

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

На правах рукописи

УДК 616.895.8.-082.4/.6-085

МАЛТАПАР ОКСАНА КУЗЬМИНИЧНА

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ
ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ, ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ У БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ
СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ**

14.01.06 – психиатрия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Экземпляр идентичный всем
существующим у ученого секретаря
Диссовета Д 01.026.06

Научный руководитель:
заведующий кафедрой психиатрии,
наркологии и медицинской
психологии ГОО ВПО ДОННМУ
ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО
д.мед.н., профессор
Абрамов Владимир Андреевич

Донецк 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
РАЗДЕЛ 1. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ СРОКАМИ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ.....	9
РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	35
РАЗДЕЛ 3. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ, СОЦИО-КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	50
РАЗДЕЛ 4. ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ (В КОНТЕКСТЕ ИХ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА)	74
РАЗДЕЛ 5. ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ И МНОГОАСПЕКТНОЙ ДЕПРИВАЦИИ.....	102
РАЗДЕЛ 6. СИСТЕМА ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	118
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	148
ВЫВОДЫ.....	167
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	171
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	172

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Принудительное лечение больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния и признанных невменяемыми, предусматривает их долговременное пребывание в условиях ограниченного социально-коммуникативного пространства и стимульно-сенсорного дефицита, и сопровождается многочисленными неблагоприятными эффектами в широком контексте их интрапсихического и социального функционирования: ограниченность социальных контактов, принудительный характер общения, вынужденность изменения привычных шаблонов поведения, необходимость пересмотра многих конвенциональных представлений, ролевых ориентаций, невозможность удовлетворения ряда социальных и духовных потребностей [1-4].

Сам по себе фактор изоляции содержит совокупность предпосылок, нарушающих микросоциальное взаимодействие, поведенческий репертуар пациентов, конгруэнтность их коммуникативных навыков [5]. Это дает достаточно оснований для того, чтобы долговременную изоляцию от привычных социальных контактов при проведении принудительного лечения, рассматривать как пролонгированную экстремальную ситуацию, сопровождающуюся коренным изменением привычного стиля жизни человека, выведением его за пределы нормального человеческого опыта [6,7], и, одновременно, как условие возникновения переживаний стресса [8-10] и формирования состояния психической депривации или депривационного синдрома, который угрожает жизненным целям индивидуума, его самооценке, препятствует самоактуализации и удовлетворению базовых, в т.ч. экзистенциальных потребностей [11-13].

Состояние психической депривации, как деструктивное для личности больного состояние, связано с фрустрацией, стигматизацией и другими негативными психоэмоциональными проявлениями [1;11]. Оно ассоциируется с такими определениями как «синдром хронической десоциализации» [14] или «синдром госпитализма» [15-20], предиктором формирования которых является длительное пребывание больного в социально изолированной, обедненной

стимулами среде. Депривационная ситуация в этих случаях порождается комплексом экстремальных обстоятельств жизнедеятельности больного, препятствующих адекватному «сенсорному насыщению» и нормальному функционированию организма [21-22].

Проявления и последствия психической депривации охватывают широкий диапазон изменений познавательных процессов, эмоций и личности [21,23]: снижается уровень абстрактного мышления, ослабевает речевая функция, ухудшается память [24]; искажается константность формы, размера и цвета воспринимаемых объектов, появляются побочные образы и ощущения, изменяется восприятие времени, состояний сна и бодрствования [3]. Депривации в когнитивной сфере способствует информационная истощаемость партнеров по межличностному общению, изменения в эмоциональной сфере характеризуются снижением или утратой интереса к ранее эмоционально значимым событиям [25], на феноменологическом уровне описаны последствия сенсорной депривации [26], а также обусловленные длительной изоляцией личностные девиации и состояния дезадаптации [27;28]. При длительной групповой изоляции описаны нарушения в сфере взаимоотношений, приводящие к конфликтам и появлению в группе «отверженных» [3].

Однако, несмотря на актуальность проблемы, в настоящее время в научной литературе и реальной клинической практике отсутствуют целенаправленные системные исследования негативных эффектов и механизмов формирования психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительного лечения в изоляционно-ограничительных условиях психиатрического стационара. Не изучены клинико-психопатологические, психологические и социально-психологические аспекты этого феномена, особенности ресурсных возможностей личности, которые могли бы стать основой для разработки эффективной системы преодоления психологической и психотерапевтической коррекции психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительного содержания в психиатрическом стационаре.

Цель исследования: на основе комплексного структурно-динамического исследования клинико-психологических особенностей состояния психической депривации разработать систему ее психотерапевтической коррекции у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-психопатологические, социокультуральные и социально-психологические аспекты долговременной изоляции больных шизофренией в психиатрическом стационаре.

2. Оценить особенности личностного потенциала (смысложизненные ориентации, диспозиционный оптимизм, субъективное благополучие) у больных шизофренией с проявлениями психической депривации.

3. Изучить особенности нервно-психической напряженности и механизмов психологической защиты у больных шизофренией в условиях долговременной принудительной изоляции и многоаспектной депривации.

4. Разработать и дать теоретическое обоснование системы преодоления негативных эффектов психической депривации у больных шизофренией, включающей стратегии преодоления личностной беспомощности и концептуально-когнитивного диссонанса.

5. Оценить эффективность предложенной системы психокоррекции на основе динамики показателей ресурсных возможностей личности.

Объект исследования: состояние психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции.

Предмет исследования: клинико-психопатологические, социокультуральные и социально-психологические аспекты долговременной изоляции больных шизофренией; особенности личностного потенциала (смысложизненные ориентации, диспозиционный оптимизм, субъективное благополучие), нервно-психической напряженности и стратегий психологической защиты; разработка системы преодоления негативных эффектов психической депривации, оценка ее эффективности.

Методы исследования – системный информационно-теоретический, клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический, метод математической обработки результатов.

Научная новизна полученных результатов. Впервые проведен теоретико-методологический анализ проблемы психической депривации и структурирующих ее психологических феноменов, а также медико-психологических подходов к реабилитации больных шизофренией в условиях их длительной изоляции при осуществлении принудительного лечения.

Впервые изучены клинико-психопатологические, социокультуральные, социально-психологические аспекты долговременной изоляции больных шизофренией.

Проведена оценка различных составляющих личностного потенциала (смысложизненных ориентаций, диспозиционного оптимизма, субъективного благополучия) у больных шизофренией с проявлениями психической депривации, выделены ее диагностические признаки. Изучены особенности нервно-психической напряженности и механизмов психологической защиты у больных шизофренией в условиях долговременной принудительной изоляции и многоаспектной депривации.

Впервые разработана и теоретически обоснована система коррекции негативных эффектов психической депривации, включающей стратегии преодоления личностной беспомощности и концептуально-когнитивного диссонанса. Оценена эффективность предложенной системы психокоррекции на основе динамики показателей ресурсных возможностей личности.

Практическое значение результатов исследования. Обоснован методологический подход к комплексной оценке психологических феноменов, структурирующих состояние психической депривации и различных составляющих личностного потенциала (смысложизненных ориентаций, диспозиционного оптимизма, субъективного благополучия) у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции.

Разработаны диагностические критерии состояния психической депривации у этого контингента больных. Выделены прогностические (компенсаторные и декомпенсирующие) механизмы психологической защиты и уровни нервно-психического напряжения (психического дискомфорта) в зависимости от длительности социальной изоляции, особенностей субъективных репрезентаций стрессогенной ситуации и проявлений депривационного синдрома.

Проведена оценка клинических характеристик дефицитарных психопатологических расстройств, особенностей уровней эмпатийных тенденций, аффилиации и основных жизненных потребностей как предикторов психической депривации.

Показана роль пессимистического атрибутивного стиля, депрессивной симптоматики и индекса субъективного благополучия в формировании феномена личностной беспомощности (когнитивного, мотивационного и эмоционального дефицита) как основных составляющих психической депривации.

Разработана система психокоррекции негативных эффектов психической депривации, включающая общие и специальные антидепривационные стратегии: преодоление концептуально-когнитивного диссонанса и личностной беспомощности. Апробированы для целевого практического использования тренинги когнитивного функционирования, социальных и коммуникативных навыков.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Диссертационная работа выполнена в рамках НИР кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО» «Психологические ресурсы личности и их активация у больных с психическими расстройствами, обусловленными переживанием травматического стресса военного времени и экстремальными условиями жизнедеятельности (гендерно-возрастные аспекты)» (номер госрегистрации УН 16.02.20). Автором выполнен раздел исследований по изучению механизмов и особенностей состояния психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками

принудительной социальной изоляции, а также по разработке системы ее психотерапевтической коррекции.

Тема диссертации и научный руководитель утверждены на заседании ученого совета ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО» (протокол № 3 от 25 апреля 2019 года).

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на следующих научных форумах: научно-практической конференции «Инновационные здоровые сохраняющие технологии в повышении качества жизни» (Донецк, 2015г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Личностно-ориентированные подходы к оказанию психиатрической помощи» (Донецк, 2017г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Теория и практика современной психиатрии и медицинской психологии» (Донецк, 2018г.), II международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2018г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами» (Донецк, 2019г.).

Результаты проведенного исследования внедрены автором работы в практическую деятельность психиатрической больницы г. Ждановка МЗ ДНР, Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка МЗ ДНР, деятельность кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО».

Публикации: По материалам диссертации опубликовано 8 работ, из них 4 статьи в научных изданиях, рекомендуемых ВАК.

РАЗДЕЛ 1

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ СРОКАМИ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ

1.1 Понятие, формы и последствия психической депривации

Известно, что многие и, особенно, хронические психические расстройства сопровождаются значительным риском социальной депривации и деструктивных форм личностного функционирования больных. Это обусловлено как выраженной тенденцией к самоизоляции и неспособностью больных устанавливать полноценные социальные отношения, так и разнообразными формами индивидуального и группового стигматизирующе – депривационного давления в социуме.

Депривация (от лат. *Deprivatio* – потеря, лишение) – психическое состояние, возникновение которого обусловлено жизнедеятельностью личности в условиях продолжительного лишения или существенного ограничения возможностей удовлетворения жизненно важных ее потребностей [11].

Наиболее полное и развернутое определение психической депривации дали Й. Лангмейер и З. Матейчик [2]: «Психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени». При этом в число «основных (жизненных)» потребностей эти авторы включают потребность в определенном количестве, изменчивости и виде стимулов и потребность в общественной самореализации, предоставляющей возможность овладения раздельными общественными ролями и ценностными целями.

Некоторые исследователи при определении понятия депривации проводят аналогию между психической и биологической недостаточностью. Серьезные

нарушения развития и функционирования организма возникают как при дефиците питания, недостатка витаминов, кислорода, так и в случае психического дефицита – недостатка социальных контактов, сенсорной стимуляции и т.п. Так, Д. Хебб определяет депривацию как биологически адекватную, но психологически ограничиваемую среду [11].

Понятие «депривация» в содержательно-психологическом плане является родственным, но не тождественным понятию «фрустрация». В отличие от фрустрации, касающейся потребности, активизированной в данный момент, уже направленной к цели и осознанием субъектом невозможности ее удовлетворения, депривация может полностью не осознаваться и представляет собой сложное, многоаспектное явление, имеющее отношение к различным сферам человеческой жизни.

По сравнению с фрустрацией, депривация, существенно более тяжелое, болезненное и иногда личностно разрушающее состояние, отличающееся качественно более высоким уровнем жесткости и устойчивости по сравнению фрустрационной реакцией. В различных обстоятельствах депривированными могут оказаться различные потребности. В связи с этим термин «депривация» традиционно рассматривается как родовое понятие, объединяющее целый класс психических состояний личности, возникающих в результате длительного ее отдаления от источников удовлетворения той или иной потребности [11]. Несмотря на разнообразие видов депривации, их проявления в психологическом плане содержательно схожи. Как правило, психическое состояние депривированной личности обнаруживается в ее повышенной тревоге, страхе, чувстве глубокой, нередко необъяснимой для самого человека неудовлетворенности собой, своим окружением, своей жизнью. Эти состояния находят свое выражение в потере жизненной активности, в устойчивой депрессии, прерываемой иногда всплесками неспровоцированной агрессии [1]. В то же время в каждом отдельном случае степень депривационного «поражения» личности различна. Решающее значение здесь имеют выраженность и соотнесенность двух основных групп факторов: 1) уровень устойчивости конкретной личности, ее

депривационный опыт, способность противостоять воздействию ситуации, т. е. степень ее психологической «закалки»; 2) степень жесткости, модификационной мощности и мера многоаспектности депривационного воздействия [11].

А. Маслоу [4] выделяет две разновидности депривации: депривацию небазовых потребностей и угрожающую депривацию. Первая легко замещается и не вызывает серьезных последствий. Вторая рассматривается как угроза личности, то есть как депривация, которая угрожает жизненным целям индивидуума, его самооценке, препятствует самоактуализации, удовлетворению базовых потребностей.

В психологии принято выделять следующие основные виды депривации: двигательная, сенсорная (стимульная) и социальная. Двигательная депривация является следствием резкого ограничения в движениях, вызванного такими специфическими условиями жизни, которые приводят к ярко выраженной хронической гиподинамии. Психологические (собственно личностные) деформации, к которым приводит двигательная депривация, по своей глубине и труднопреодолимости ни в чем не уступают, а порой и превосходят те физиологические аномалии, которые являются прямым следствием болезни или травмы. Сенсорная депривация - следствие «сенсорного голода», т. е. психическое состояние, вызванное невозможностью удовлетворить важнейшую для любого индивида потребность во впечатлениях в связи с ограничением зрительных, слуховых, осязательных, обонятельных и др. стимулов. Депривационная ситуация здесь может порождаться комплексом экстремальных обстоятельств жизнедеятельности субъекта, препятствующих адекватному «сенсорному насыщению» и нормальному функционированию организма. В психологии подобные условия описываются с помощью термина «обедненная среда» [6].

Среда, обедненная стимулами различной модальности (стимульно-сенсорный дефицит), способствует формированию депривации идентичности и ограниченной возможности для усвоения автономной (самостоятельной) роли, а, следовательно, и нарастанию самостигмы как проявления дезинтеграции идентичности [22]. В формировании этих состояний существенную роль играют

механизмы психологической защиты, которые, в свою очередь, определяют жесткость восприятия депривационной ситуации и вероятность формирования депривационного синдрома [2].

Таким образом, психическое состояние, традиционно обозначаемое понятием «депривация», является следствием по тем или иным причинам произошедшего нарушения контактов индивида с социумом. Такие нарушения всегда сопряжены с фактом социальной изоляции, степень жесткости которой может быть различной, что в свою очередь определяет меру жесткости депривационной ситуации. Формы психической депривации различны не только по степени ее жесткости, но и по тому, кто является ее инициатором, кто именно задает депривационный характер отношений человека с широким социумом — он сам или же общество, целенаправленно создавая для решения определенных задач в той или иной мере закрытое от других человеческих сообществ объединение людей.

Проявления и последствия психической депривации охватывают широкий диапазон изменений познавательных процессов, эмоций и личности [21;23]: снижается уровень абстрактного мышления, ослабевает речевая функция, ухудшается память [24]; искажаются константность формы, размера и цвета воспринимаемых объектов, появляются побочные образы и ощущения, изменяется восприятие времени, состояний сна и бодрствования [3]. Депривации в когнитивной сфере способствует информационная истощаемость партнеров по межличностному общению. Изменения в эмоциональной сфере характеризуются или повышением эмоциональной реактивности, эмоциональной лабильностью при общем снижении эмоционального фона или утратой интереса к ранее эмоционально значимым событиям [24;25].

Наиболее подробно, на феноменологическом уровне описаны последствия сенсорной депривации. Если обычные ранее сенсорные события больше не происходят, у человека возникает сильное и неприятное возбуждение, которое воспринимается как стресс, страх или дезориентация [26]. Возникающие при этом феномены включают: нарушения направленности мышления и способности

сосредоточения; «захват» мышления фантазиями и мечтаниями; расстройство ориентации во времени; иллюзии и обманы восприятия; беспокойство и потребность в активности; неприятные соматические ощущения, головные боли, боли в спине, в затылке, в глазах; идеи, подобные параноидным; галлюцинации; тревогу и страх; целый ряд других реакций, включающих жалобы на клаустрофобию, скуку, особые физические потребности [2].

Еще одна модель поведения человека, сталкивающегося с длительной невозможностью удовлетворения значимых потребностей, была описана М. Селигманом как выученная беспомощность [30]. Она представляет собой отказ от активности, если предыдущие ситуации были неподконтрольны субъекту и все его усилия ни к чему не приводили. Выученная беспомощность проявляется на трех уровнях:

- эмоциональном (появление эмоциональных расстройств – депрессии, невротической тревоги);
- мотивационном (отсутствие желания вновь и вновь пытаться решить проблему);
- когнитивном (трудность переучивания – перехода на новую модель поведения).

Основная характеристика выученной беспомощности – тенденция к генерализации. Появившись в одной ситуации, она распространяется на многие другие, блокируя активность человека. В результате он перестает предпринимать попытки решить даже те задачи, с которыми бы легко справился. Таким образом, длительная депривация важных для человека потребностей, постоянное переживание неуспеха способствует снижению общей активности человека, вызывая чувство бесполезности усилий [31].

Типичной (классической) моделью групповой депривации является длительная изоляция больных с психическими расстройствами при осуществлении принудительного лечения в условиях закрытого психиатрического стационара. Наиболее точное определение изоляции как правовой категории дал Р.С. Маковик [32]: «...принудительное, от имени государства осуществляемое

временное правовое ограничение социальных связей личности с ранее внешне окружавшей ее общественной и природной средой обитания (микросредой) в специально установленных и оборудованных государством местах, определенных законом целях, установленных компетентным органом». В этом смысле объектом воздействия на больных, находящихся на принудительном лечении, является свобода личности как ценность, которой они лишаются.

Депривационный характер взаимоотношений этих больных с социумом обеспечивает оторванность группы больных от привычного социального окружения в силу сложившихся обстоятельств, вне зависимости от их собственного желания и вопреки их воле. Типичной особенностью групповой изоляции, по сравнению с другими формами изменённых условий существования, является комплексность психических состояний, трудность отделения одного симптома от другого внутри общей «психопатоподобной» картины поведения [29].

Принудительное лечение характеризуется длительным вынужденным пребыванием группы больных в условиях ограниченного пространства, скудостью сенсорных раздражителей и постоянным общением с ограниченным количеством одних и тех же людей. К специфическим психогенным факторам групповой изоляции относятся: многоаспектность депривационных влияний, экстремальный характер условий содержания в психиатрическом стационаре, постоянная «публичность», информационная истощаемость партнеров по общению, эмоциональная напряженность, обусловленная необходимостью долгое время удерживать себя в определенной ролевой функции [29]. Условия групповой изоляции приводят к тому, что люди непрерывно находятся «под прицелом» друг у друга, вынуждены все время контролировать свои эмоции, подавлять свои истинные чувства и желания. У них формируются: интровертированность, ориентированность на собственные внутренние переживания и ощущения с недостаточной реакцией на внешние стимулы, т.е. черты аутичности, а также некоторые шизоидные характеристики, такие как эмоциональная сглаженность, неадекватность эмоций, своеобразие восприятия и суждений, проявляющееся в

странных или необычных мыслях и поступках, избирательность и поверхностность контактов [1;34].

Формально находясь среди людей и даже общаясь с ними, эти пациенты не чувствуют внутренней связи с обществом, оставаясь, по сути, отчужденными от него [35]. При этом возникает депривация экзистенциальных потребностей, связанных со стремлением понять смысл существования человека, разобраться в вопросах жизни и смерти, свободы и ответственности, общения и одиночества, понять свое предназначение, обрести свое «Я» и т.п. Осознание в условиях экзистенциальной изоляции своего глубинного одиночества является первичным источником тревоги [13;35-37], утраты значимых ролей, ощущения зыбкости и ненадежности жизни, экзистенциальной пустоты, утраты привычных повседневных ориентиров и жизненных смыслов. Именно такие состояния И. Ялом [35] назвал дефамилиаризацией.

Длительную принудительную изоляцию в психиатрический стационар можно рассматривать как депривационную ситуацию, как необходимое условие формирования депривационного синдрома, который угрожает жизненным целям индивидуума, его самооценке, препятствует самоактуализации и удовлетворению базовых потребностей [1;12]. Поэтому длительная принудительная госпитализация выступает уже не просто как практика, осуществляемая ради обеспечения наилучшего лечения в условиях постоянного наблюдения за больными, а как практика реального социального отлучения. Эффект изоляции продолжает действовать и после выписки больных из стационара и проявляется в отсутствии у них социальных ниш, стигматизации и неприятия их со стороны общества [14;23].

Таким образом, социальная депривация в условиях принудительного лечения больных обусловлена их долговременной насильственной изоляцией от общества. Другими словами, долговременная изоляция является для больных условием депривации, а также условием для возникновения переживаний стресса [15;16]. В шкале стрессогенности Холмса и Рагге изоляция или лишение свободы по выраженности и силе отрицательных эмоций занимает третье-четвертое место

и сравнима с потерей близкого человека, разрушением жилища, последствием катастрофы [8].

L.Weitz [40] выделил 8 вариантов «универсальных» ситуаций, являющихся стрессогенными для большинства категорий людей. К ним, в частности, относятся ситуации, которые содержат вредные стимулы окружающей среды, осознаваемую угрозу, изоляция, остракизм и разочарование. В дополнение к этому перечню М. Франкенхойзер [41] добавил ситуацию отсутствия контроля над событиями, а Р. Лазарус [42] – стрессовую ситуацию, когда угрозе подвергаются самые важные для человека ценности и цели.

Совершенно очевидно, что в круг стрессовых ситуаций должны быть включены условия измененного существования, приводящие к отсутствию соответствия между возможностями личности и требованиями со стороны среды. В этом случае стресс рассматривается как результат предшествовавших ему факторов и их последствий. Наиболее известной концепцией данного направления является транзактная модель стресса Т. Кокса и Р. Макэя [43]. Согласно данной модели, стресс наиболее точно может быть описан как часть комплексной и динамической системы взаимодействия человека и окружающей среды, как индивидуально воспринимаемый феномен, опосредованный психологическими особенностями личности.

Одним из вариантов транзактного анализа является когнитивная модель психологического стресса Р. Лазаруса [42]. Согласно данной модели, «стресс развивается в том случае, когда требования, предъявляемые человеку, становятся для него испытанием или превосходят его возможности приспособляться». Развитие стресса, по его мнению, зависит не только от вынужденных условий, но также от конституциональной уязвимости человека и от адекватности его механизмов когнитивной защиты. Особое значение для появления психологического стресса имеют оценка человеком ситуации, в которой он находится, переживание разочарования, конфликты или угрозы, как правило, сопутствующие ограничительно-депривационным мерам.

Изоляция как один из факторов принудительного лечения больных шизофренией сопровождается стрессом разнообразных мер принуждения, эмоциональной напряженностью, прессингом психотравмирующих и фрустрационных ситуаций. Переживание психологического стресса неизбежно для каждого индивида, оказавшегося в условиях долговременной изоляции. Лишение свободы, являясь ситуационно-продолжительной психологической травмой, связанной с ситуацией лишения привычных ценностей, изменением стереотипов жизни, оказывает отрицательное влияние на психику индивида, способствует появлению личностных девиаций и состояний дезадаптации [3;35].

Р.Л. Кричевский и Е.М. Дубровская [28] отмечают, что необычная экстремальная обстановка нередко способствует гораздо более яркому, чем в повседневной жизни, проявлению тех или иных групповых феноменов. Под влиянием определенных условий жизнедеятельности (например, экстремальных) в группе могут возникнуть элементы единообразия, взаимоидентификации, развиться специфический групповой язык и т.п.

М.А. Новиков [48] указывает на такие негативные аспекты изоляции как принудительный характер общения, ограниченность социальных контактов и вместе с тем их избыточность, излишне тесное общение с ограниченным кругом лиц, вынужденность изменения привычных шаблонов поведения, необходимость пересмотра многих конвенциональных представлений, ролевых ориентаций, невозможность удовлетворения ряда социальных и духовных потребностей. Длительное общение в изоляции при сниженной эффективности социального контроля приводит к развитию неинституционализированных форм социального взаимодействия. Практическая невозможность полного уединения, витринность проживания, неизбежность вторжения в «территориальные воды» друг друга в сильной степени влияют на состояние нервной системы и протекание межличностных процессов.

Если индивидуальная изоляция приводит к тревожности, неуравновешенности и неустойчивости настроения, то следствием групповой изоляции является депрессивные состояния, враждебность, нарушение сна и

ослабление когнитивных функций [44]. При длительной групповой изоляции отмечаются нарушения в сфере взаимоотношений, приводящие к конфликтам и появлению в группе «отверженных» [45]. Длительный информационный дефицит, возникающий при воздействии таких факторов как монотонность ощущений, и понимаемый как недостаточность или отсутствие высокозначимой сигнальной информации, может приводить к функциональным нарушениям деятельности мозга, описанным как информационный невроз [49].

1.2. Длительность пребывания в психиатрическом стационаре как предиктор формирования госпитализма и психической депривации у больных шизофренией

В многочисленных исследованиях было показано, что долговременный характер принудительного лечения больных с психическими расстройствами сопровождается многочисленными неблагоприятными эффектами, связанными с их социальной изоляцией. Длительное пребывание в психиатрических отделениях оказывает не менее деструктивное влияние на личность пациентов, чем собственно психическая болезнь [50;51].

Указания на возможность неблагоприятного влияния больничной среды и длительной госпитализации на течение заболеваний имелись еще в работах В. Гризингера, 1867; С.С. Корсакова, 1887; Н.Н. Баженова, 1909; E. Kraepelin, 1910; H. Simon, 1927. В дальнейшем обсуждением этой проблемы занимались Д.Е. Мелехов, И.А. Полищук, Е.Д. Красик, М.М. Кабанов. Изучая клинику и структуру изменений личности при прогрессивных психозах, они отмечали, что социальная изоляция и бездействие в условиях больничной среды могут способствовать угасанию психической деятельности, нарушению нормального

онтогенетического развития и регрессу личности («социальная смерть» по А.Д. Зурабашвили). Личность теряет свои определяющие, наиболее существенные качества – способность вступать в интерперсональные, социальные отношения, «выступать в ролях», за исключением одной роли – быть призреваемой и существовать за счет общества.

Рядом исследований установлено [52], что факторы больничной обстановки существенно ограничивают жизнь больных, длительно находящихся в стационаре, а само заболевание (шизофрения) в значительной мере является продуктом их окружения. В ситуациях недостаточного социального побуждения и стимулирования у них формируются апатия, отчужденность, а также привычки и взгляды, которые снижают их шансы когда-либо адаптироваться к внешнему миру.

По некоторым данным [53], профиль проблем (неблагоприятных факторов), характерных для пациентов, длительное время находящихся на лечении в психиатрических стационарах традиционного типа, выглядит следующим образом:

- выраженная бытовая несостоятельность;
- значительные нарушения мышления;
- опасность для себя;
- склонность к совершению насилия;
- негативные симптомы и расторможенность влечений;
- соматические заболевания;
- склонность к бродяжничеству.

Рядом авторов [54] выделяются факторы дестимулирующего влияния условий больничной среды: полная утрата контактов с внешним миром, стереотипное бездействие, авторитарная тактика со стороны медицинского персонала. Количество времени, в течение которого каждый отдельный пациент ничем не занят, является критическим фактором госпитализации. Формирование у пациентов патологической связи с окружающей средой, процесс адаптации к ее условиям, утрата индивидуальных свойств личности, и как следствие утрата

способности жить вне стен больницы, является результатом длительного пребывания пациентов в таких условиях. Положительной динамике хронических психических заболеваний препятствует также неогоспитализм [55], формирующийся при определении бессрочной инвалидности, особенно в молодом возрасте.

Пациент, с длительными сроками пребывания в психиатрическом стационаре, лишенный социальных связей, каких-либо полномочий, взаимоотношений с другими людьми, дохода, работы, жилья, различных форм поддержки, оказывается в ситуации, способствующей угасанию психического существа человека как субъекта социальных отношений, разрушению его жизненной программы. Такая патологическая адаптированность пациента к условиям психиатрического стационара, особенно при отсутствии мер социально-реинтеграционного характера, традиционно рассматривается с позиций госпитализма или институционализма [15;16;18]. Для обозначения этого состояния, как неотъемлемой части шизофрении, использовались также такие обозначения как «синдром хронической десоциализации» [14], «кризис, сопряженный с увеличением социальной изоляции», «дефектоподобная функционально наслаивающаяся симптоматика» [57].

В современной психиатрии термин «госпитализм» означает [18] совокупность явлений жизненной дезадаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре. В результате продолжительной социальной депривации в условиях психиатрического отделения, работающего по устаревшим принципам изоляции, надзирательства, одностороннего медикаментозного лечения, наступает не только утрата всевозможных жизненных и бытовых практических навыков, но и выраженная личностная дезадаптация, которая ведет к утрате «социальной роли» больного, растворению его в повседневных стереотипных реакциях. В целом, госпитализм, по мнению этого автора, можно рассматривать как клиническую реальность, в значительной мере являющуюся следствием односторонней клинико-

биологической идентификации больного в условиях институционализированной психиатрической помощи.

В качестве одной из форм (или аналогов) госпитализма в литературе описан так называемый «институциональный (больничный) невроз», «как самостоятельное заболевание... при котором характерны апатия, отсутствие инициативы, потеря интересов». Воловик В.М. [60], Barton R. [61] подкрепили эту точку зрения описанием «институционализма» у хронических больных. На основании проведенного в трех британских больницах обследования пациентов, находившихся на излечении долгое время, они выдвинули гипотезу, что «социальные условия, в которых живет пациент (в особенности бедность социального окружения), несут реальную ответственность за часть симптоматики (в особенности за негативные симптомы)».

В некоторых работах описываются структурные особенности синдрома депривационной десоциализации. Основной предпосылкой его формирования является длительная изоляция больных в общепсихиатрических отделениях и дестимулирующее влияние условий больничной среды. Распространенность этого варианта госпитализма прямо пропорциональна продолжительности заболевания и общей длительности стационарного лечения.

Чаще всего он проявляется в структуре аспонтанно-апатического дефекта личности и характеризуется полной утратой социальных, в т.ч. семейных и родственных связей, инициативы, побуждений к деятельности. Патологическая адаптация к условиям стационара проявлялась в выраженной ригидности психики и крайне упрощенном жизненном стереотипе больных. У них обнаруживалась полная несостоятельность в решении элементарных бытовых задач, во взаимоотношениях в обществе, нивелировались преморбидные особенности личности. Постепенно нарастала беспомощность в вопросах самообслуживания и поведения в условиях внебольничной жизни, пассивность и безразличие к окружающей обстановке, эмоциональная опустошенность; утраченной оказывалась вся предыстория жизни человека [19;20].

Рядом авторов, в качестве основной причины хронизации процесса при шизофрении и инвалидизации больных, рассматривается институционализация (или синдром десоциализации), являющаяся следствием социальной изоляции и сегрегации. [62;63]. Наступающую при этом дезадаптацию (патологическую адаптацию) можно рассматривать с позиции регрессивных форм приспособительного поведения больных [17;60].

Диалектика категории «патологическая адаптация» такова, что адаптация к определенным условиям может одновременно рассматриваться как следствие дезадаптации к другим. В частности, наблюдаемая при госпитализме или неогоспитализме адаптация больного шизофренией к больничным условиям, есть не что иное, как выражение ее дезадаптации к условиям обычной жизни [64].

По данным разных авторов у больных шизофренией отмечается наивысший риск формирования госпитализма [65;66]. Довольно быстро у них происходит разрушение социальных связей, контактов с близкими, утрата навыков самообслуживания [67;68].

Теоретически проблему госпитализма у больных шизофренией правомерно рассматривать в контексте ограниченной способности интеграции в сообщество [69;70], их социального исключения (социальной эксклюзии) и невозможности в полной мере реализовать свой потенциал [71-74]; дисфункция социальных ролей [75]; социокультуральной компетентности [76]; социальной мобильности и ограничения жизнедеятельности [77-81].

В частности при анализе нисходящей социальной мобильности, отражающей дефицитарные трансформации социальных ролей пациента, на первый план выступают закрепившиеся модели дезадаптивного поведения и значительное снижение социальных ресурсов (социальных связей и сети социальной поддержки).

Больные шизофренией со сформировавшимся синдромом госпитализма в максимально выраженном виде представляют собой группу исключенных из общества. На микросоциальном уровне основными факторами, определяющими риск социального исключения, является количество социальных связей больного,

а также то, насколько эти связи обеспечивают его поддержку в трудной жизненной ситуации. Длительное время, пребывая в стационаре в условиях социальной изоляции, больные испытывают недостаток значимых социальных связей, вербальных и невербальных форм общения. Без полноценных личностных контактов они не получают социальной помощи и поддержки, не чувствуют себя комфортно, практически не имеют доступа к социальным ресурсам. В конечном счете, это способствует формированию так называемого феномена выученной беспомощности, когда человек приобретает экстернальный локус контроля и не предпринимает никаких действий для того, чтобы самостоятельно преодолевать свои трудности [31].

Таким образом, длительная социальная изоляция в психиатрической больнице и сопряженные с ней трудовая незанятость, ограничение социальных контактов, социальная незащищенность, дискриминация способствуют снижению у пациента круга общения, потере автономии, невостребованности, фрустрации наиболее значимых потребностей личности. Другими словами, длительная изоляция является своеобразным пролонгированным стрессовым фактором, затрагивающим все стороны жизнедеятельности пациента. Это, в конечном счете, приводит к усилению «негативных» симптомов, таких как бедность речи, социальная отгороженность, апатия, отсутствие побуждений, а также к формированию малообратимых изменений «нравственной конституции» пациента, как проявлениям клинической сущности кризиса идентичности.

1.3. Атрибутивный стиль в контексте совокупности феноменов, структурирующих состояние психической депривации

Существенную роль в формировании психической депривации и детерминации поведения, а также структурирующих ее феноменов (депрессивность, беспомощность, безнадежность) у больных шизофренией с длительными сроками изоляции играют негативные факторы, в частности то, как они атрибутируют (обозначают, интерпретируют) сложившуюся для них экстремальную ситуацию. Поскольку, как утверждают авторы различных теорий атрибуции (Ф. Хайдер, М. Селигман, Б. Вайнер), предшественником любой реакции индивида является его оценка событий, представляется целесообразным краткий анализ этих теорий применительно к совокупности феноменов, сопровождающих состояние психической депривации.

Проблематика атрибутивного или объяснительного стиля разрабатывалась, начиная с конца 70-х гг. в работах Мартина Селигмана [30], Кристофера Петерсона [82], Лин Абрамсон [83] и их коллег. Под атрибутивным стилем понимается характерный способ, которым люди объясняют себе причины различных событий. Понятие атрибутивного стиля является ключевым понятием теории выученной беспомощности и депрессии, предложенной Abramson, Seligman, Teasdale [83] и ее последней версии - теории безнадежности [84].

Продолжая направление работ, начатое В. Weiner, М. Селигман ввел понятие атрибутивного стиля и охарактеризовал его, используя параметры интернальности, стабильности и глобальности [86]. Интернальность соответствует понятию локуса контроля и представляет собой оценку индивидом собственной причастности к появлению той или иной ситуации. В случае с неприятными событиями человек может обвинить себя (внутренний локус), либо других людей и обстоятельства (внешний локус). Стабильность имеет отношение к объяснению причин событий, происходящих с индивидом, постоянными или временными факторами. Глобальность характеризует степень универсальности оценки индивидом возникающих ситуаций (может иметь место чрезмерное обобщение или конкретное рассмотрение отдельных ситуаций). Каждое из этих измерений влияет на формирование эмоциональной реакции человека.

Дальнейшие эмпирические исследования и прогресс в области теории привели к тому, что параметр интернальности в последней версии теории был исключен [84;85]. Сравнительно недавно М. Селигман также отказался от использования параметра локуса при оценке атрибутивного стиля [86]. В то же время были выдвинуты серьезные аргументы в пользу важности параметра контролируемости, поскольку именно ощущение неподконтрольности происходящего приводит к беспомощности и депрессии [87].

В соответствии с этими характеристиками М. Селигман выделил два стиля объяснения событий – пессимистический и оптимистический. При оптимистическом атрибутивном стиле успехи воспринимаются как стабильные, глобальные и контролируемые, а неудачи как временные (случайные), локальные (затрагивающие лишь небольшую часть жизни) и изменяемые (контролируемые). Оптимист видит в неудаче вызов, то есть интересную и трудную задачу, которую предстоит решить, а не опасность или угрозу (например, угрозу своей самооценке в случае длительной изоляции). При пессимистическом стиле объяснения человек рассматривает происходящие с ним негативные события как вызванные постоянными и широкими причинами (как нечто, что продлится долго и затронет большую часть его жизни) и не склонен верить, что он может их контролировать. Пессимисты часто задают себе вопрос «кто виноват?», веря, что в любой неприятности всегда кто-то виноват, и важно выяснить, кто именно, они склонны к обобщениям, а также ригидному застреванию на одной-единственной возможной причине происходящего. Удачи же, напротив, воспринимаются ими как временные, случайные и, по сути, не поддающиеся контролю, от них не зависящие.

Некоторые исследователи считают, что атрибутивный стиль касается объяснения причин негативных событий [90-93]. Д. Нидлес и Л. Абрамсон [93] была предложена модель выздоровления после депрессии, и в специальном исследовании ими было показано, что выздоровление депрессивных пациентов было связано с оптимистическими объяснениями позитивных событий при наличии одновременного опыта переживания ими этих событий.

Помимо подхода к исследованию оптимизма-пессимизма как атрибутивного стиля, существует подход диспозиционного оптимизма или позитивных ожиданий относительно будущего. Диспозиционный оптимизм рассматривается как совокупность обобщенных положительных ожиданий индивида, которые можно в большей или меньшей степени распространить на всю его жизнь [94;95]. Пессимизм является противоположным полюсом оптимизма и описывает отрицательные обобщенные ожидания индивида относительно будущего. Оптимизм и пессимизм, по сути, представляют собой двуединую ориентацию личности (диспозицию) относительно жизненных ситуаций.

В основе подхода к оптимизму Карвера и Шейера лежит предложенная ими модель поведенческой саморегуляции [95;96;97]. Корни ее лежат в традиции теории мотивации как ожидаемой ценности, которые учитывают два важнейших условия мотивации – привлекательность результата и веру в его достижимость (ожидания относительно будущего). Конструкт диспозиционного оптимизма раскрывает именно эту, вторую составляющую эффективной саморегуляции. Согласно этой модели, люди совершают усилия, направленные на преодоление трудностей для достижения поставленных целей, лишь до тех пор, пока их ожидания будущих успехов достаточно благоприятны. Когда же у людей возникают серьезные сомнения в достижении успешного результата, они склонны оставлять попытки достичь своих целей. Предполагается, что эти различные ожидания также сопровождаются различными эмоциональными переживаниями. Ощущение приближения к желаемым целям связано с преобладанием позитивного аффекта, и, напротив, при возникновении существенных проблем на пути к достижению целей возникает негативный аффект [98].

Существуют психологические конструкции, имеющие общие черты с оптимизмом и пессимизмом. Так, оптимизм имеет схожие черты с такими явлениями как чувство контроля [99], чувство личной эффективности [100]. Дифференциация этих понятий возможна при анализе процесса ожидания положительного исхода событий. Оптимистами, следовательно, можно назвать

людей, которые склонны придерживаться позитивных ожиданий относительно будущего; пессимисты, соответственно, более склонны к негативным. В исследованиях Ч. Карвера и М. Шейера [94;95], а также их последователей выявлены различные взаимосвязи и с другими индивидуально-типологическими особенностями, такими, как соматическое здоровье и субъективное благополучие (well-being), широта социальных контактов, подверженность депрессии и стрессам, стили совладания (copingtendecies), проявляющиеся, например, в особенностях переживания тяжелого соматического заболевания [101].

Значительное количество исследований атрибутивного стиля касается проблем беспомощности, депрессии и пессимизма. Так, атрибутивный стиль традиционно операционализировался как когнитивный фактор риска беспомощности для депрессии [102]. Психологические исследования показывают, что люди в состоянии депрессии действительно склонны к пессимистическим размышлениям и негативным объяснениям различных жизненных событий. В серии исследований, проведенных под руководством М. Селигмана, было показано, что люди, обладающие пессимистическим стилем объяснения, в большей мере поддаются депрессии. Изучалось также влияние атрибутивного стиля на последующее возникновение депрессии у заключенных. Было обнаружено, что люди с пессимистическим атрибутивным стилем, оказавшиеся в тюрьме, переживали там более тяжелую депрессию, чем оптимисты [84]. Прогностическая ценность атрибутивного стиля в плане предсказания депрессии была продемонстрирована и на младших школьниках [102]. Дети, объяснявшие неблагоприятные события внутренними, стабильными и глобальными причинами, с большей вероятностью проявляли симптомы депрессии, чем те, кто приписывал эти события внешним, нестабильным и конкретным (специфическим) причинам.

Важно также обратить внимание и на то, что негативные когнитивные установки, которые рассматриваются А. Беком как причина психогенной депрессии, могут служить фактором риска формирования выученной беспомощности и одной из составляющих личностной беспомощности. Автор рассматривает когнитивную триаду как причину депрессии: негативное

отношение пациента к собственной персоне, склонность к негативной интерпретации своего текущего опыта, негативное отношение к собственному будущему [103].

По наблюдениям М. Селигмана [30], больных депрессией и людей с выученной беспомощностью объединяет убеждение в безрезультативности их действий, часто это сопровождается убежденностью в собственной несостоятельности, человек воспринимает себя жертвой обстоятельств, которые оказались слишком сильны. В цепочке «выученная беспомощность-депрессия» важно учитывать роль пессимистического атрибутивного стиля.

Существует ряд исследований [104], подтверждающих, что атрибутивный стиль диагностируется у людей, которые с большей вероятностью подвержены депрессии. Такая тенденция наблюдалась и на выборке заключенных, у которых развивалась депрессия через несколько месяцев лишения свободы, и на выборке беременных, у которых пессимистический стиль атрибуции предшествовал послеродовой депрессии [30].

Метаанализ исследований, посвященных изучению связи между объяснительным стилем и депрессией [89], убедительно свидетельствует в пользу теории выученной беспомощности и депрессии, предложенной М. Селигманом, Л. Абрамсон и Дж. Тисдейлом [89;90]. В исследованиях было убедительно показано, что пессимистический стиль объяснения является предиктором депрессии, в то время как оптимистический – предиктором психического и физического здоровья. Было показано, что при депрессии индивид действительно, как-то и предсказывает теория, склонен объяснять неудачи постоянными, внутренними и широкими причинами [84;105;106;107]. Впоследствии, в это положение была внесена важная поправка, состоящая в том, что атрибуции вызывают депрессию только в том случае, если они в дальнейшем порождают у людей чувство безнадежности, и наибольшее значение при этом имеют стабильность и глобальность объяснений, а также наличие негативных жизненных событий [84;108].

Следовательно, люди с пессимистическим атрибутивным стилем не живут в постоянном состоянии безнадежности. В обычной жизни они нормально функционируют и демонстрируют относительную удовлетворенность жизнью. Однако, столкнувшись с неблагоприятным стрессовым событием (длительная изоляция), они оказываются склонными к переживанию безнадежности, беспомощности и к депрессии. Стабильный и глобальный атрибутивный стиль в отношении негативных событий приводит субъекта к ощущению, что он имеет ограниченный контроль над событиями, что в свою очередь ведет к состоянию беспомощности. Беспомощность характеризуется тремя характерными симптомами – замедленной инициацией волевой активности (произвольности, образующий мотивационный параметр), чувствами грусти (эмоциональный параметр) и негативными мыслями (когнитивная составляющая). Ожидания своей способности или неспособности оказывать влияние на события обуславливают последующие копинг-реакции.

С другой стороны, было показано, что улучшение психологического состояния людей, испытывающих депрессию, сопровождается изменением атрибутивного стиля. В одном исследовании депрессивных пациентов просили заполнить опросник атрибутивного стиля до терапии и после нее. В конце лечения состояние пациентов улучшилось, а их атрибутивный стиль стал менее постоянным, глобальным и внутренним [109].

В рамках пессимистического или депрессивного, неконструктивного мышления (пессимистического атрибутивного стиля) рассматривается также феномен безнадежности, описываемый как отсутствие ожиданий позитивных событий в будущем [110;111]. Этот феномен включает в себя постоянный личностный компонент, который может усиливаться ситуационным компонентом, обусловленным состоянием эмоционально-аффективной сферы [112].

1.4. Выученная и личностная беспомощность как проявление психической депривации

Многофакторная депривация в условиях длительной принудительной изоляции больных шизофренией в психиатрическом стационаре в связи с невозможностью удовлетворения ими значимых потребностей, ограниченной возможностью для усвоения самостоятельной социальной роли, депривации идентичности и накопления опыта неконтролируемых травмирующих событий, как правило, сопровождается изменением (снижением) формы организации жизнедеятельности больных и формированием состояний выученной и личностной беспомощности [31;113]. В этой связи возникла необходимость проанализировать современные представления об этих феноменах как предполагаемых мишенях для разработки и научного обоснования подходов к их профилактике и коррекции.

Выученная беспомощность традиционно рассматривается как состояние, возникающее в качестве реакции на неконтролируемые события и проявляющееся в ожидании неподконтрольности будущих событий и результатов деятельности [114-115]. Выученная беспомощность (англ. *learned helplessness*), также приобретенная или заученная беспомощность – состояние человека, при котором индивид не предпринимает попыток к улучшению своего состояния (не пытается избежать негативных стимулов или получить позитивные), хотя имеет такую возможность. Появляется, как правило, после нескольких неудачных попыток воздействовать на негативные обстоятельства среды (или избежать их) и характеризуется пассивностью, отказом от действия, нежеланием менять враждебную среду или избегать ее, даже когда появляется такая возможность, неверием в возможность изменений и в собственные силы.

История изучения выученной беспомощности берет свое начало в 80-е годы прошлого столетия [116-125]. Она напрямую связана с опытом неподконтрольности негативного жизненного опыта, который формирует установку на то, что между внутренними усилиями и внешними событиями (как последствиями этих усилий) нет никакой прямой взаимосвязи. Со временем развивается генерализованное ожидание неконтролируемости, которое является

отличительной особенностью выученной беспомощности. Генерализация в данном случае проявляется неспособностью воспринимать благоприятное сочетание внешних факторов для получения положительного результата деятельности, соответствующими негативными эмоциональными состояниями, такими как уныние, сниженное самоуважение, депрессия, тревожность, подавленность. Появляется дефицит в мотивационной сфере, характеризующийся отсутствием инициативы, упорства, настойчивости в достижении целей, активности. Подобная генерализация является основой развития депрессивного состояния [126-140].

Ощущение человеком неконтролируемости грядущих и текущих событий влечет за собой развитие фактической недостаточности контроля деятельности, что впоследствии оказывает прямое влияние на снижение мотивации, способности обучаться и проявление таких отрицательных эмоций, как повышенный уровень тревожности, фрустрация, депрессия, чувство подавленности, ощущение безысходности, предопределенности бытия и печали. Неконтролируемость последствий деятельности естественным образом формирует пессимизм, пассивность, устойчивое нежелание преодолевать трудности, объективное отношение к окружающей действительности, стремление переложить ответственность за последствия любой активности на внешние детерминанты. Причем решающим фактором в механизме возникновения выученной беспомощности являются не тяжелые эмоциональные переживания, связанные с безрезультативностью усилий, а непреодолимое чувство неконтролируемости, безучастности, беспомощности [141-142].

М. Селигман [30] выделяет три дефицита выученной беспомощности: когнитивный, мотивационный, эмоциональный. Мотивационный дефицит проявляется в снижении попыток активного вмешательства в ситуацию. Когнитивный – в трудности научения тому, что в аналогичной ситуации действие может оказаться вполне эффективным. Эмоциональный дефицит проявляется в возникающем из-за бесплодности собственных действий подавленном и даже депрессивном состоянии [117;143].

Существует три основных источника формирования беспомощности:

1. Опыт переживания неблагоприятных жизненных событий, т.е. отсутствие возможности контролировать события собственной жизни; при этом приобретенный в одной ситуации отрицательный опыт начинает переноситься и на другие ситуации, когда возможность контроля реально существует [144-150].
2. Опыт наблюдения беспомощных людей [151;30].
3. Сформированный в процессе онтогенеза посредством приобретения отрицательного опыта пессимистический взгляд на жизнь, трудности с постановкой цели, инициированием действий и преодолением препятствий [151-153].

В отечественной психологии выученную беспомощность принято рассматривать не только как состояние, но как устойчивое специфическое образование личностного уровня, включающее в себя сочетание определенных личностных особенностей, пессимистического атрибутивного стиля и устойчивых невротических нарушений, которое получило название симптомокомплекса личностной беспомощности [31], формирующегося под влиянием системы взаимоотношений с окружающими.

В соответствии с концепцией, основанной на субъектно-деятельностном подходе, личностная беспомощность представляет собой качество субъекта, включающее в себя единство специфических личностных особенностей, возникающих в результате взаимодействия внутренних условий с внешними (системой семейных взаимоотношений, опытом неконтролируемых травмирующих событий). Личностная беспомощность способствует развитию низкого уровня субъектности, который характеризуется низким уровнем развития способности преобразовывать действительность, управлять событиями собственной жизни, ставить цели и достигать их, преодолевая различного рода трудности. Одной из специфических особенностей личностной беспомощности определена ее целостность как психического образования – все ее компоненты взаимно влияют и обуславливают друг друга [154-156].

Личностная беспомощность является устойчивым образованием (тогда как выученная – временное состояние), включает в себя симптомокомплекс личностных особенностей, создающий предрасположенность к частому и легкому возникновению состояния выученной беспомощности.

Личностная беспомощность имеет четырехкомпонентную структуру, включающую в себя когнитивный, эмоциональный, мотивационный и волевой компоненты. Волевой компонент личностной беспомощности включает в себя: безынициативность, нерешительность, низкую сформированность таких качеств личности, как организованность, настойчивость, недостаточную выдержку. Мотивационный компонент личностной беспомощности характеризуется экстернальным локусом контроля, мотивацией избегания неудач, низкой самооценкой, низким уровнем притязаний, страхом отвержения. Эмоциональный компонент личностной беспомощности характеризуется замкнутостью, равнодушием, неуверенностью, склонностью к чувству вины, ранимостью, низким самоконтролем, возбудимостью, тревожностью, депрессивностью, фрустрированностью. Когнитивная составляющая включает в себя пессимистический атрибутивный стиль, ригидность мышления, а также низкие показатели дивергентного мышления, т.е. низкий уровень креативности и дивергентной продуктивности.

Таким образом, структура личностной беспомощности имеет волевой компонент, характерный только для человека, тогда как «дефициты выученной беспомощности» сходны у человека и животных. Следует отметить тот факт, что если выученная беспомощность может быть присуща как животным (более того, открытие выученной беспомощности было совершено именно в экспериментах с животными), так и человеку, то личностная беспомощность является сугубо человеческой характеристикой. Выученная беспомощность может являться звеном в цепочке «неконтролируемые события – депрессия». Ряд авторов считает, что выученная беспомощность неизбежно приводит к депрессии. Личностная же беспомощность включает в себя депрессивность (или склонность к депрессии), которая рассматривается как один из ее диагностических признаков. Как

личностная, так и выученная беспомощность проявляется в поведении пассивностью. Выученная беспомощность ухудшает адаптацию, личностная беспомощность также связана с нарушениями адаптации.

На основе теоретического анализа были выделены три функции личностной беспомощности, которые являются полезными для индивида: защитная, адаптивная и манипулятивная. В основу дифференциации функций личностной беспомощности легли факторы ее формирования, а именно средовые факторы [155].

В число факторов, детерминирующих устойчивость к беспомощности, включают высокую и устойчивую самооценку, самоуважение к себе как личности, опыт преодоления трудностей, требующих мобилизации интеллектуальных, моральных и физических сил. Выявлена устойчивая взаимосвязь между выученной беспомощностью, алекситимией и возникновением психосоматических заболеваний [157].

Таким образом, формы организации жизнедеятельности в условиях длительной изоляции и сформировавшихся состояний психической депривации и личностной беспомощности характеризуются общей редукцией потенциала личности, пессимистической направленностью оценочных суждений, выраженным дефицитом активности и коммуникативных возможностей.

РАЗДЕЛ 2

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика больных

С целью изучения клинико-психологических особенностей состояния (симптомокомплекса) психической депривации, формирующейся в условиях долговременной социальной изоляции в психиатрическом стационаре, было обследовано 120 больных параноидной шизофренией. В период обследования (2012-2014 гг.) весь контингент больных находился на лечении в областной психиатрической больнице г. Ждановки: основная группа (70 человек), совершивших общественно-опасные действия и признанных невменяемыми – на принудительном лечении в отделении усиленного режима; группа сравнения (50 человек) – на лечении в общепсихиатрическом стационаре в связи с обострением заболевания. Все обследованные – лица мужского пола.

Распределение обследованных больных по возрасту представлено в таблице 2.1.

Таблица 2.1 - Распределение больных шизофренией по возрасту

Возраст	Количество больных			
	Основная группа		Группа сравнения	
	абс	%	абс	%
До 30 лет	12	17,1	8	16,0
31-40 лет	27	38,6	23	46,0
41-50 лет	17	24,3	9	18,0
Старше 50 лет	14	20,0	10	20,0

Таким образом, абсолютное большинство больных шизофренией, находившихся на принудительном лечении, составили лица трудоспособного возраста. Группа сравнения была сопоставима с основной по возрасту и клиническим проявлениям. Верификация диагностических оценок в обеих

группах осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями параноидной шизофрении (F20.0) МКБ-10. У всех больных тип течения шизофренических расстройств был определен как непрерывный (F20.0 x 0). В основной группе 100,0% больных имели группу инвалидности, в группе сравнения – 48 человек (96,0%).

Распределение больных по семейному положению (табл.2.2) свидетельствует о преобладании в обеих сравниваемых группах больных, не имеющих собственной семьи и располагающих ограниченными возможностями, как для самореализации, так и для получения социальной (семейной) поддержки.

Таблица 2.2 - Распределение больных по фактору «семейное положение» (абс; %)

Семейное положение	Основная группа (N=70)	Группа сравнения (N=50)
Холост	42 (60,0)	35 (70,0)
Женат	8 (11,4)	7 (14,0)
Разведен	20 (28,6)	8 (16,0)
Вдовец	-	-

Данные о длительности пребывания больных в ограничительно-изоляционных условиях психиатрического стационара представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3 - Распределение больных по длительности пребывания в условиях изоляции (абс; %)

Основная группа (N=70)		Группа сравнения (N=50)	
Длительность лечения	Количество больных	Длительность лечения	Количество больных
До 3-х лет	29 (41,4)	До 1 мес.	27 (54,0)
4-6 лет	4 (5,8)	2 мес.	13 (26,0)
7-9 лет	22 (31,4)	3 мес.	3 (6,0)
> 9 лет	15 (21,4)	> 3 мес.	7 (14,0)

Из таблицы 2.3 следует, что длительность изоляции, а, следовательно, социальной депривации в сравниваемых группах существенно ($p < 0,01$) отличалась: в основной группе средняя длительность изоляции больных составила $5,94 \pm 0,34$ лет, в группе сравнения средний срок пребывания в общепсихиатрических отделениях – $1,88 \pm 0,12$ месяцев. Таким образом,

значительно большая длительность изоляции больных основной группы сама по себе дает основания для констатации наличия депривационной ситуации, однако для ее верификации учитывались следующие особенности госпитальной среды:

- принудительная социальная изоляция в рамках закрытых групп вне зависимости от желания и воли человека (депривационная ситуация);
- многоаспектный характер депривационного воздействия в условиях изоляции от стимульной среды;
- длительное ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей и полноценных контактов индивидуума с социумом;
- невозможность адекватного «сенсорного насыщения», наличие «обедненной среды» постоянного пребывания;
- деформация коммуникаций, идентификация с постоянными членами группы взаимодействия в неизменяющейся монотонной среде;
- отчуждение от привычных отношений с окружающим миром; ограничение возможностей для усвоения автономной социальной роли;
- несовпадение «ценностных ожиданий» и «ценностных возможностей» пациента;
- постоянная «публичность» и информационная истощаемость партнеров по общению.

Перечисленные факторы рассматривались как ситуационные предпосылки для формирования депривационного синдрома.

В группе сравнения вышеприведенные особенности госпитальной среды не имели такого очевидного и долговременного характера.

2.2. Методы исследования

В работе использовались методы: системный информационно-теоретический, клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический и метод математической обработки результатов.

С помощью системного информационно-теоретического метода нами был проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников по вопросам современных подходов к изучению состояний психической депривации и способов их коррекции у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции при проведении принудительного лечения. Полученные данные позволили сформулировать научную гипотезу и разработать дизайн научного исследования.

Клинико-психопатологический метод основывался на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию больных и включал традиционный опрос, анализ психического статуса пациента, а также изучение динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения. В контексте изучения структурных особенностей депривационного синдрома, ассоциируемых с мотивационным, когнитивным и эмоциональным дефицитом, использовалась русская версия клинической шкалы SANS (Scale of the Assessment of Negative Symptoms), предназначенная для стандартизованной оценки дефицитарных расстройств и их глубины. Шкала включает в себя 29 пунктов (симптомов), которые объединены в 5 субшкал: эмоциональное уплощение, алогия, апатия-абулия, ангедония, патология внимания. Оценка выраженности симптомов осуществлялась при помощи полужформализованного интервью по шестибальной системе. Предусматривалась общая оценка по каждой субшкале и дополнительная оценка общей тяжести негативных расстройств с помощью суммирования значений оценок по всем пунктам шкалы.

Психодиагностическое исследование проводилось с использованием ряда опросников-шкал, отражающих различные составляющие личностного потенциала больных: удовлетворенность основных потребностей,

смыслоразножизненные ориентации, уровень оптимизма-пессимизма, выраженность депрессии и безнадежности, субъективное благополучие, нервно-психическое напряжение и напряженность механизмов психологической защиты.

Исследование удовлетворенности потребностей проводилось при помощи методики диагностики степени удовлетворения основных потребностей (метод парных сравнений В.В. Скворцова в модификации И.А. Акиндиновой).

Методика предназначена для выявления актуальности базовых потребностей: материальных, потребности в безопасности, в самовыражении (самоактуализации). Данная методика позволяет выявить базовые потребности – мотиваторы (А. Маслоу) личности. Ее основой является процедура парных сравнений.

В данной методике испытуемым предлагалось оценить, попарно сравнивая между собой 15 утверждений.

Анализ результатов осуществлялся посредством подсчета количества баллов (т.е. выборов), выпавших на каждое утверждение. После окончания подсчета утверждения распределялись по иерархии в соответствии с количеством баллов, 5 утверждений, получивших максимальное количество баллов, являлись главными потребностями. В дальнейшем определялась степень удовлетворенности данных потребностей.

В результате подсчитывалась сумма баллов по каждой из 5-ти секций, и выстраивался график результатов, который иллюстрировал три зоны удовлетворенности по пяти потребностям. Интерпретация результатов исследования осуществлялась на основе следующих условных критериев:

- полная удовлетворенность – 0-13 баллов;
- частичная неудовлетворенность – 14-27 баллов;
- неудовлетворенность – 28-42 балла.

Для исследования смыслоразножизненных ориентаций в работе использовался тест «Смыслоразножизненные ориентации» (методика СЖО) Д.А. Леонтьева (1993), которая позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть

найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни.

Тест СЖО является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Методика была разработана на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора Франкла и преследовала цель эмпирической валидации ряда представлений из этой теории.

На основе факторного анализа адаптированной Д.А. Леонтьевым версии этой методики рядом исследователей (Леонтьев, Калашников, Калашникова) был создан тест СЖО, включающий, наряду с общим показателем осмысленности жизни, также пять субшкал, отражающих три конкретных смысловых ориентации (цели в жизни, насыщенность жизни и удовлетворенность самореализацией) и два аспекта локуса контроля (локус контроля – Я и локус контроля – жизнь).

Тест СЖО содержит 20 пар противоположных утверждений, отражающих представление о факторах осмысленности жизни личности. В тесте СЖО жизнь считается осмысленной при наличии целей, удовлетворении, получаемом при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из наличных, и добиваться результатов. Важным является ясное соотнесение целей – с будущим, эмоциональной насыщенности – с настоящим, удовлетворения – с достигнутым результатом, прошлым. Так ситуация предоставляет каждому человеку возможность сделать в настоящем определенный выбор в виде поступка, действия или бездействия. Основой такого выбора является сформированное представление о смысле жизни или его отсутствии. Совокупность осуществленных, актуализированных выборов формирует «прошлое», которое неизменно, вариациям подвержены лишь его интерпретации. «Будущее» есть совокупность потенциальных, ожидаемых результатов усилий, предпринимаемых в настоящем, в этой связи будущее принципиально открыто, а различные варианты ожидаемого будущего имеют разную мотивирующую притягательность.

В качестве нормативных показателей СЖО использовались средние и стандартные отклонения субшкал и общего показателя СЖО взрослых лиц в возрасте от 30 до 55 лет (Е. Петрова, А.А. Шестаков, 2002).

Для оценки уровня оптимизма-пессимизма как атрибутивных стилей в теории выученной беспомощности М. Селигмана нами использовался опросник диспозиционного оптимизма (Life Orientation Test, LOT), методика, разработанная американскими психологами Майклом Шейером и Чарльзом Карвером в 1985 году на основе модели поведенческой саморегуляции (адаптация О.А. Сычева, 2008). Опросник предназначен для оценки оптимизма-пессимизма.

В основу модели поведенческой саморегуляции легли представления о том, что оптимизм – это обобщенные ожидания относительно будущих событий, которые носят позитивную окраску. Диспозиционный оптимизм в этой связи рассматривается как стабильная личностная характеристика, отражающая позитивные ожидания субъекта относительно будущего, а диспозиционный пессимизм - негативные ожидания.

Опросник включает 10 утверждений, в отношении каждого из которых испытуемому необходимо выразить степень своего согласия или несогласия. Три утверждения имеют прямое отношение к шкале оптимизма, другие три имеют обратную формулировку, а оставшиеся утверждения – «буферные», то есть маскирующие истинную цель исследования.

Ключ к тесту.

За ответ "да" - 4 балла, "скорее да" – 3 балла, "ни да, ни нет" - 2, "скорее нет" - 1, "нет" - 0.

Оптимизм (О): 1,4,10 (Минимум - 0, максимум - 12).

Пессимизм (П): 3,7,9 (Минимум - 0, максимум - 12).

Итоговый показатель: О-П+12 (Минимум - 0, максимум - 24).

Ранжирование степени оптимизма - пессимизма (итоговый показатель):

- 22-24 балла - высокий уровень оптимизма;
- 19-21 балл - умеренный уровень оптимизма;
- 17-18 баллов - умеренный уровень пессимизма;

- 16 и менее баллов - высокий уровень пессимизма.

Полученные с использованием опросника диспозиционного оптимизма данные дополнялись результатами структурированного интервьюирования, направленного на уточнение структурных особенностей атрибутивного (пессимистического или оптимистического) стиля и характеристик выученной (личностной) беспомощности у больных сравниваемых групп.

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI) предназначена для самооценки наличия депрессивных симптомов у лиц, переживших экстремальные, стрессовые ситуации. Шкала разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. Систематизация этих наблюдений позволила выделить 21 утверждение, каждое из которых представляет собой отдельный тип психопатологической симптоматики и включает следующие пункты: печаль; пессимизм; ощущение невезучести; неудовлетворенность собой; чувство вины; ощущение наказания; самоотрицание; самообвинение; наличие суицидальных мыслей; плаксивость; раздражительность; чувство социальной отчужденности; нерешительность; дисморфофобия; трудности в работе; бессонница; утомляемость; потеря аппетита; потеря в весе; озабоченность состоянием здоровья; потеря сексуального влечения. Выделенные шкалы дают возможность выявить степень выраженности депрессивной симптоматики, так как каждая из них представляет группу вопросов, состоящую из 4 утверждений, оцениваемых в баллах от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составил от 0 до 63 и снижался по мере улучшения состояния.

При интерпретации данных учитывался суммарный балл по всем категориям:

- 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов;
- 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия);
- 16-19 – умеренная депрессия;
- 20-29 – выраженная депрессия;

- 30-63 – тяжелая депрессия.

Шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Inventory – ВНИ) – шкала, измеряющая выраженность негативного отношения по отношению к субъективному будущему. Шкала была разработана А. Беком и группой его сотрудников в Центре Когнитивной Терапии Медицинской школы Университета Пенсильвании (США). В основе данного понятия как теоретического конструкта лежит когнитивная теория психических процессов, в том числе о депрессии как следствии когнитивных заблуждений. При разработке шкалы авторы следовали концепции Stotland, в рамках которой безнадежность рассматривается как система когнитивных схем, общим признаком для которых является негативная окраска ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего. Индивиды с высокими показателями безнадежности верят, что:

- все в их жизни будет идти не так;
- они никогда ни в чем не преуспеют;
- они не достигнут своих целей;
- их худшие проблемы никогда не будут разрешены.

Такое описание безнадежности соответствует негативному образу себя, негативному образу своего функционирования в настоящем и негативному образу будущего.

Шкала состоит из 20 утверждений. При ответе респондент выражает свое согласие или несогласие с каждым утверждением. Подсчитывается один общий балл, при этом ряд вопросов интерпретируется в «прямом», а ряд – в обратном направлениях.

	Прямые утверждения (верно)	Обратные утверждения (неверно)
Безнадежность	2,4,7,9,11,12,15,16,17,18,20	1,3,5,6,8,10,13,14,19

Максимальное количество баллов – 20

Интерпретация:

- 0-3 балла – безнадежность не выявлена;
- 4-8 баллов – легкая безнадежность;

- 9-14 баллов – умеренная безнадежность;
- 15-20 баллов – тяжелая безнадежность.

Шкала субъективного благополучия (шкала СБ) была создана в 1988 году французскими психологами Perrudel-Badoux, Mendelsohn и Chiche. Поводом для ее создания послужило расширение исследований в области психологии стресса и его влияния на здоровье индивида. Шкала субъективного благополучия представляет собой скрининговый психодиагностический инструмент для измерения эмоционального компонента субъективного благополучия (СБ) или эмоционального комфорта (ЭК). Определение субъективного благополучия включает три критериальных признака.

Благополучие определяется по внешним критериям, таким как добродетельная, «правильная» жизнь. Такие определения получили название нормативных. В соответствии с ними человек ощущает благополучие, если он обладает некоторыми социально желательными качествами; критерием благополучия является система ценностей, принятая в данной культуре.

Определение субъективного благополучия сводится к понятию удовлетворенности жизнью и связывается со стандартами респондента в отношении того, что является хорошей жизнью.

Третье значение понятия субъективного благополучия тесно связано с обыденным пониманием счастья как превосходства положительных эмоций над отрицательными. Это определение подчеркивает приятные эмоциональные переживания, которые либо объективно преобладают в жизни человека, либо человек субъективно склонен к ним.

Шкала включает в себя 17 пунктов, содержание которых связано с эмоциональным состоянием, социальным положением и некоторыми физическими симптомами. В соответствии с содержанием, пункты делятся на 6 кластеров:

1. Напряженность и чувствительность.
2. Признаки, сопровождающие основную психоэмоциональную симптоматику.

3. Изменения настроения.
4. Значимость социального окружения.
5. Самооценка здоровья.
6. Степень удовлетворенности повседневной деятельностью.

Сумма баллов по всем пунктам составляет итоговый балл по тесту. Итоговый балл является показателем наличия и глубины эмоционального дискомфорта личности, а по ответам на отдельные пункты исследователь может выявить зоны особого напряжения или конфликта.

Методика оценивает качество эмоциональных переживаний субъекта в диапазоне от оптимизма, бодрости и уверенности в себе до подавленности, раздражительности и ощущения одиночества. Дифференцировка пунктов по шести кластерам позволяет проводить наряду с количественным качественный анализ ответов испытуемого.

Средние оценки (4-7 стенов) свидетельствуют о низкой выраженности качества. Лица с такими оценками характеризуются умеренным субъективным благополучием, серьезные проблемы у них отсутствуют, но и о полном эмоциональном комфорте говорить нельзя.

Оценки, отклоняющиеся в сторону субъективного неблагополучия (8-9 стенов), характерны для людей, склонных к депрессии и тревогам, пессимистичных, замкнутых, зависимых, плохо переносящих стрессовые ситуации.

Крайне высокие оценки (10 стенов) свидетельствуют о значительно выраженном эмоциональном дискомфорте. У лиц с такими оценками возможно наличие комплекса неполноценности. Они, скорее всего, не удовлетворены собой и своим положением, лишены доверия к окружающим и надежды на будущее, испытывают трудности в контроле своих эмоций, неуравновешенны, негибки, постоянно беспокоятся по поводу реальных и воображаемых неприятностей.

Оценки, отклоняющиеся в сторону от субъективного благополучия (2-3 стена) говорят об умеренном эмоциональном комфорте испытуемого: он не испытывает серьезных эмоциональных проблем, достаточно уверен в себе,

активен, успешно взаимодействует с окружающими, адекватно управляет своим поведением.

Крайне низкие оценки по шкале СБ (1 стень) свидетельствуют о полном эмоциональном благополучии испытуемого и отрицании им серьезных психологических проблем. Такой человек, скорее всего, обладает позитивной самооценкой, не склонен высказывать жалобы на различные недомогания, оптимистичен, общителен, уверен в своих способностях, эффективно действует в условиях стресса, не склонен к тревогам.

Опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин) – представляет собой перечень признаков нервно-психического напряжения (НПН), содержащий 30 основных характеристик этого состояния, разделенных на три степени напряженности. По содержанию все признаки также разделены на три группы. Первая группа отражает наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны соматических систем организма. Вторая группа признаков отражает наличие или отсутствие психического дискомфорта и жалоб со стороны нервно-психической сферы. Третья группа описывает общие характеристики нервно-психического напряжения: частоту, продолжительность, генерализованность и степень выраженности состояния.

Подсчет баллов производится путем их суммирования. При этом за знак «+», поставленный против подпункта А, начисляется 1 балл, против подпункта Б – 2 балла. Против подпункта В – 3 балла. Максимальное количество баллов, которое может набрать испытуемый, равно 90, минимальное – 30. Диапазон слабого или «детензивного» НПН с относительной сохранностью характеристик психического и соматического состояния располагается в промежутке от 30 до 42,5 баллов; умеренного или «интенсивного» - от 42,6 до 75 баллов; чрезмерного или «экстензивного» - от 76 до 90 баллов.

Методика Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI), предложенная в 1979 году на основе психо-эволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman. Эта методика является адекватным диагностическим средством, позволяющим диагностировать всю систему

механизмов психологической защиты (МПЗ), выявить их содержательные характеристики и оценить степень напряженности каждого из них. Окончательный вариант опросника включает в себя 97 вопросов, служащих для измерения 8 видов МПЗ: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивные образования, проекцию, интеллектуализацию и регрессию. Каждому из этих 8 МПЗ соответствовало от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции индивида, которые обычно возникают в различных ситуациях. Ответы на эти утверждения фиксировались на бланке по типу «верно-неверно» и затем подсчитывалось количество баллов по каждому виду МПЗ.

При обработке результатов исследования учитывались нормативные данные, согласно которым напряженность механизмов психологической защиты в районе 40-50% является нормой, в то время как, показатели напряженности, превышающие 50% барьер, свидетельствуют о реально существующих, но неразрешенных, внешних и внутренних конфликтах.

Социально-психологическое исследование включало изучение уровня эмпатии и аффилиации.

Для исследования уровня эмпатии у данных больных, нами была использована методика И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций». Данная методика служит для исследования эмпатии (сопереживания), т.е. умения поставить себя на место другого человека, способности к произвольной эмоциональной отзывчивости на переживания других людей. Опросник содержит 6 диагностических шкал эмпатии, выражающих отношение к родителям, животным, старикам, детям, героям художественных произведений, знакомым и незнакомым людям. Опросник включает в себя 36 утверждений, каждое из которых испытуемого просят оценить приминительно к себе, используя 6 вариантов ответов: «не знаю», «никогда или нет», «иногда», «часто», «почти всегда», «всегда или да». Каждому варианту ответа соответствует числовое значение: 0, 1, 2, 3, 4, 5.

Для оценки уровня аффилиации использовался опросник А. Мехрабиана. Испытуемым предлагается несколько десятков суждений, ознакомившись с

которыми им необходимо выразить степень своего согласия с каждым из этих суждений.

Предлагаемый опросник оценивает две мотивационные тенденции, функционально взаимосвязанные и соотносимые с потребностью аффилиации: стремление к людям и боязнь быть отвергнутыми. Соответственно, испытуемым предлагаются для ответов два разных опросника, один из которых предназначен для оценки первой мотивационной тенденции (30 вопросов), а другой – второй (32 вопроса).

По каждой из шкал в отдельности определяется сумма баллов, полученных испытуемым. Для этого пользуются ключом и переводными оценочными шкалами, представленными ниже.

Ключ к шкале «стремление к людям»: +1, +2, -3, -4, +5, -6, +7, -8, -9, -10, -11, +12, -13, +14, +15, -16, +17, -18, -19, +20, -21, +22, -23, -24, -25, +26, -27, -28, -29, +30.

Ключ к шкале «боязнь быть отвергнутым»: +1, +2, +3, +4, -5, -6, +7, +8, +9, +10, -11, +12, -13, +14, +15, -16, +17, +18, +19, -20, -21, +22, +23, -24, +25, -26, +27, +28, -29, +30, -31, +32.

Для определения суммы баллов по каждой шкале используется следующая процедура. Пунктам опросника, помеченным в ключе знаками «+», приписываются баллы в соответствии со следующей переводной шкалой, где в числителе представлены оценки, данные испытуемыми соответствующим суждениям, а в знаменателе – те баллы, которые, в конечном счете, должны получить эти пункты шкалы, и которые суммируются:

- 3	- 2	- 1	0	1	2	3
1	2	3	4	5	6	7

Пунктам опросника, помеченным в ключе знаком «-», точно так же приписываются баллы, но в соответствии с другим соотношением:

- 3	- 2	- 1	0	1	2	3
7	6	5	4	3	2	1

Для каждого из испытуемых отдельно устанавливаются уровень развития мотива «стремление к людям» и уровень развития мотива «боязнь быть отвергнутым». При этом пользуются следующей суммарной шкалой:

Сумма баллов от 32 до 112 – низкий уровень развития данного мотива.

Сумма баллов от 113 до 224 – высокий уровень развития мотива.

Возможны следующие типичные сочетания двух обсуждаемых мотивов и способы их интерпретации:

1. Высокий уровень развития мотива «стремление к людям», сочетаемый с высоким уровнем развития мотива «боязнь быть отвергнутым». Индивид, имеющий такое сочетание обоих мотивов, характеризуется сильно выраженным внутренним конфликтом между стремлением к людям и их избеганием, который возникает каждый раз, когда ему приходится встречаться с незнакомыми людьми.

2. Высокий уровень развития мотива «стремление к людям», сочетаемый с низким уровнем развития мотива «боязнь быть отвергнутым». Такой человек активно ищет контактов и общения с людьми, испытывая от этого в основном только положительные эмоции.

3. Высокий уровень развития мотива «боязнь быть отвергнутым» в совокупности с низким уровнем развития мотива «стремление к людям». Индивид, обладающий таким сочетанием обоих мотивов, напротив, активно избегает контактов с людьми, ищет одиночества.

4. Низкий уровень развития обоих мотивов. Такое сочетание данных мотивационных тенденций характеризует человека, который, живя среди людей, общаясь с ними, не испытывает от этого ни положительных, ни отрицательных эмоций и хорошо себя чувствует как среди людей, так и без них.

Полученные нами результаты были подвергнуты статистической обработке с вычислениями средних величин и ошибок. Для оценки достоверности различий в показателях нами был использован t-критерий Стьюдента.

РАЗДЕЛ 3

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ,
СОЦИОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
КОНТЕКСТ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**3.1 Клиническая характеристика дефицитарных расстройств у
больных шизофренией с различной длительностью изоляции**

Длительная изоляция и депривационный характер взаимоотношений больных шизофренией с социумом при осуществлении принудительного лечения обеспечивает их оторванность от социального окружения и сопровождается формированием разнообразных состояний с общей девиантной картиной поведения [12]. Объективизация и оценка тяжести этих состояний позволяет оценить психопатологический контекст их участия в формировании депривационного синдрома. Преимущественное значение при этом отводится дефицитарной симптоматике как патогенетически связанной со структурными проявлениями симптомокомплекса психической депривации.

Результаты стандартизированной оценки дефицитарных расстройств у больных шизофренией с различной длительностью изоляции в психиатрическом стационаре, полученные с помощью методики SANS, приведены в таблице 3.1.

Таблица 3.1- Результаты исследования по методике SANS в сравниваемых группах

Пункты шкалы	Группы		P
	Основная	Сравнения	
Общая оценка аффективного поведения	2,89±0,27	1,34±0,19	0,039*
Субъективная оценка алогии	2,46±0,23	1,71±0,21	0,027*
Глобальная оценка абулии-апатии	2,74±0,21	1,54±0,17	0,017*
Общая оценка ангедонии и социального ухода	3,24±0,29	1,28±0,14	0,043*
Общая оценка невнимательности	1,84±0,24	1,66±0,21	0,275

По кластеру «общая оценка аффективного поведения» общий уровень экспертной оценки эмоциональной выразительности достоверно выше у группы сравнения ($p=0,039$). В группе длительно изолированных больных диапазон значений этого показателя соответствовал умеренной или выраженной степени тяжести и отражал значительное снижение эмоционального резонанса, отгороженность и обособленность больных. Показатель «субъективная оценка алогии» у больных основной группы свидетельствовал о снижении продуктивности и целенаправленности мыслительной деятельности, что можно объяснить тем, что длительное пребывание в стационаре детренирует познавательные возможности пациентов в связи с их социальной депривацией.

Показатель «глобальная оценка абулии-апатии» у больных основной группы был достоверно выше ($p=2,74\pm 0,21$), чем в группе сравнения, что свидетельствует о наличии, как минимум, умеренно выраженной симптоматики гипобулического типа. Такую степень выраженности гипобулических тенденций было бы неправильно рассматривать лишь как следствие биологически обусловленного шизофренического процесса. В значительной степени гипобулия связана с длительностью пребывания в специфических депривационно-агрессивных условиях психиатрического стационара, что само по себе инактивирует и демотивирует больных.

Наиболее значительные различия в сравниваемых группах относятся к общей оценке ангедонии и социального ухода. Избегание общества и неспособность поддерживать конструктивные отношения с окружающими проявляются в редукции социальных контактов и достоверно ($p=3,24\pm 0,29$) более выражены у больных основной группы. Выявленные негативные последствия длительной детренированности навыков социального взаимодействия ставят под сомнение успешность поисковой активности больных.

Нарушения внимания, как элемента когнитивного функционирования, в виде трудности в сосредоточении и концентрации у пациентов обеих групп существенно не отличались и соответствовали среднему уровню выраженности.

Резюмируя стандартизованную характеристику клинических проявлений по данным методики SANS, следует отметить, что по абсолютному большинству пунктов шкалы (обобщенных оценок) у больных, находящихся на принудительном лечении, выявлены более глубокие дефицитарные нарушения, чем в группе сравнения. Из этого можно сделать вывод о негативном влиянии на базисные психические функции больных длительных сроков изоляции. Это дает основание рассматривать выявленные различия тяжести психопатологических симптомов не как проявление патодинамических особенностей заболевания (обследовались репрезентативные группы больных), а как результат их длительной изоляции и социальной депривации. Эти дефицитарные проявления в совокупности с общими диагностическими признаками (описаны во 2-ом разделе) структурируют синдром психической депривации.

3.2 Особенности уровня эмпатийных тенденций у больных шизофренией в условиях долговременной изоляции и социальной депривации

Долговременная изоляция больных шизофренией при осуществлении принудительного лечения предусматривает длительное их пребывание в условиях ограниченного социально-коммуникативного пространства и социальных контактов. Сам по себе фактор изоляции и социальной депривации содержит совокупность предпосылок, нарушающих микросоциальное взаимодействие, поведенческий репертуар пациентов, конгруэнтность их коммуникативных навыков [5], а также является стрессогенным фактором [158-160].

Конкретный социокультуральный контекст долговременной изоляции больных шизофренией с учетом их социальной приспособляемости и адекватности поступков в качестве одного из важнейших аспектов предполагает не только оценку клинико-психопатологических феноменов, но и изучение

границ коммуникативных возможностей пациентов в условиях дискомфортного влияния окружения. Одним из негативных последствий изоляции, как известно, является невозможность использования собственного эмоционального опыта, лежащего в основе взаимоотношений и взаимодействия в группе больных и порождающего конфликты, групповое неприятие т.п. Наиболее частой причиной таких коммуникативных контактов, прямо или косвенно влияющих на вероятность совершения больными насильственных действий, является нарушение эмпатийного взаимодействия, под которым понимается контакт двух или более человек с включением в процессе взаимодействия эмпатийного компонента [161].

В литературе не существует единства во взглядах на структуру эмпатии. Первоначально данное понятие рассматривалось в рамках эмоциональной концепции (эмоциональный отклик на переживания другого человека в форме сопереживания или сочувствия). Позднее эмпатия стала рассматриваться как аффективно-когнитивное явление, которое характеризуется как опосредованный эмоциональный ответ на переживания другого человека, сопряженный с отражением его внутренних состояний (мыслей, чувств). Наиболее перспективным стало «интегративное направление» исследований, в котором эмпатия изучается как сложное психологическое явление. Однако, среди работ, относящихся к данному направлению, в которых бы рассматривались не только качественные характеристики эмпатии (эмоциональная, когнитивная, предиктивная и действенная эмпатия), но и ее содержательные особенности (эмпатическая направленность) практических исследований немного [162].

Эмпатия подразумевает принятие роли и понимание чувств, мыслей и установок другого человека [163]. В контексте широкого определения эмпатии, различные теоретики и исследователи определяли этот термин совершенно по-разному, подчеркивая в нем различные аспекты или смысловые значения [164].

Эмпатия-постижение эмоционального состояния другого человека сопереживанием. В понятии «эмпатия» обобщены близкие по содержанию идеи о симпатии и положения концепции вчувствования. Эмпатия может быть

эмоциональной, интеллектуальной (когнитивной) и предикативной (предсказывающей переживания другого человека, его аффективные реакции в конкретных ситуациях). Различают также особые формы эмпатии – сопереживание и сочувствие. Сопереживание – переживание эмоционального состояния другого на основе отождествления с ним; сочувствие – переживание по поводу чувств другого [59;167].

Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков [165], поэтому этот феномен следует воспринимать не как сочувствие или переживание, а как вчувствование [166], соучастие в эмоциях другого, разделение их [167] или как эмпатийное взаимодействие, использующее не функциональные механизмы как идентификация, понимание и рефликация [168-169].

По мнению ряда исследователей, эмпатия рассматривается как коммуникативный навык и как одна из составляющих просоциального, противоположного асоциальному, поведения, ориентированного на благо другого человека или социальных групп [161]. Для понимания особенностей просоциального поведения важна, скорее, не эмпатия как личностное свойство, а эмпатийная (эмпатическая) установка. Эмпатическая установка определяется как ориентированная на другого ответная реакция, возникающая вследствие воспринимаемого субъектом страдания, переживаемым другим индивидом, и соответствующая субъективной оценке этого страдания. Она возникает, когда субъект ставит себя на место другого человека, занимает его позицию и требует субъективной оценки благополучия другого [170;171]. Исходя из этого, в психиатрии оценка эмпатических тенденций используется при разработке методов социальной реабилитации больных и при изучении генеза и механизмов немотивированных правонарушений [172].

Результаты проведенного исследования позволили выявить три уровня эмпатийных тенденций, присущих больным сравниваемых групп: высокий (17 чел, 14,2%), средний (71 чел, 59,2%) и низкий (32 чел, 23,6%). Ниже представлены основные содержательные характеристики больных шизофренией с

разной склонностью к эмпатии. Люди с высокой эмпатийностью чувствительны и восприимчивы к нуждам и проблемам окружающих, эмоционально отзывчивы, общительны, без особого труда устанавливают контакты с окружающими и находят с ними общий язык. Как правило, они хорошо переносят критику в свой адрес, стараются не допускать конфликтов, легко находят компромиссные решения. В оценке событий больше доверяют своим чувствам и интуиции, чем аналитическим выводам, одиночеству предпочитают пребывание в коллективе, хорошо интерпретируют эмоции окружающих. Постоянно нуждаются в одобрении своих действий, однако не всегда аккуратны при выполнении той или иной работы, легко теряя состояние равновесия. Окружающие считают таких пациентов душевными людьми, несмотря на проявления болезни.

Больные со средним уровнем эмпатийности не относятся к числу особо чувствительных лиц. В личностных отношениях они предпочитают судить о других по их поступкам или доверять своим личным впечатлениям. Им не чужды эмоциональные реакции, однако чаще всего они пытаются контролировать свои поступки, за исключением фрустрирующих ситуаций. В общении они внимательны, стараются прислушиваться к мнению окружающих, понять их, усвоить инструкции, однако при излишней эмоциональности собеседника быстро теряют терпение. Предпочитают не высказывать свою точку зрения, не рассчитывая, что она будет понята и принята. Испытывают затруднения при прогнозировании развития отношений между людьми, из-за чего поступки окружающих нередко оказываются неожиданными и неприемлемыми. Отсутствие раскованности чувств мешает полноценному восприятию людей, установлению с ними продуктивных контактов, без чего возможность сопереживания становится проблематичной.

При низком уровне эмпатийности больные испытывают затруднения в установлении контактов с людьми, стесненно чувствуют себя в окружении мало знакомых людей. Эмоциональные проявления в поступках окружающих кажутся им непонятными и лишены смысла. Поэтому они избегают общения, предпочитают уединенные занятия, обособленность от других людей.

Отзывчивость и чуткость не демонстрируются как важные для них качества, они не способны к сопереживанию, испытывают дефицит внимания и взаимопонимания со стороны окружающих, чувствуют свою отчужденность. В целом, они равнодушны к переживаниям других людей и сконцентрированы на собственных проблемах. Переживания межличностных контактов характеризуются негативной модальностью, коммуникативной интолерантностью и коммуникативными штампами с элементами предвзятости, подозрительности, недоверчивости или нестандартного поведения, не соответствующего групповым нормам.

Распределение больных шизофренией с различной продолжительностью изоляции по уровням эмпатийных тенденций представлено в таблице 3.2.

Таблица 3.2 - Распределение больных сравниваемых групп по уровню эмпатийных тенденций

Уровни эмпатийных тенденций	Основная группа		Группа сравнения		P
	абс	%	абс	%	
Высокий	13	18,5	4	8	P<0,05
Средний	35	50	36	72	P<0,01
Низкий	22	31,5	10	20	P<0,01

Из визуального анализа полученных результатов видно, что в обеих группах больных преобладает средний уровень эмпатийных тенденций (50% больных в основной группе и 72% в группе сравнения). Это соответствует нормативному распределению этого показателя. Из достоверных данных следует отметить преобладание среди больных шизофренией с долговременной изоляцией, в отличие от больных группы сравнения, как высоких, так и низких уровней эмпатийных тенденций. В то же время при анализе показателей выраженности уровней эмпатии (табл. 3.3) достоверных различий в сравниваемых группах больных не выявлено. В качестве тенденции, приближающейся к значимой, можно указать на концентрацию как менее низких ($32,91 \pm 2,16$) и наиболее высоких ($65,92 \pm 5,85$) показателей у больных основной группы. Это находит отражение в общем показателе эмпатийных тенденций у больных сравниваемых

групп и, в конечном счете, не позволяет уровень склонности к эмпатии однозначно связать с длительностью изоляции и социальной депривации.

Таблица 3.3 - Средние значения показателей выраженности эмпатии в сравниваемых группах

Уровни эмпатийных тенденций	Основная группа	Группа сравнения
	M±m	M±m
Высокий	65,92±5,85	74,5±5,07
Средний	48,37±0,7	45,39±4,04
Низкий	32,91±2,16	28,4±2,03

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что у больных с длительным сроком изоляции и социальной депривации, по сравнению с больными с кратковременными госпитализациями, достоверно чаще встречается как низкий, так и высокий уровень эмпатии.

Больные с низким уровнем эмпатийных тенденций, постоянно общаясь с одними и теми же людьми, характеризуются бедностью сенсорных раздражителей, перцептивных, коммуникативных и интерактивных действий. Со временем у них начинают проявляться эмоциональное напряжение, неадекватность восприятия, снижение толерантности к «значимому» окружению. Эти особенности сопровождаются снижением возможности адекватно воспринимать партнера по общению, оценивать реально происходящие события, торможением эмоционально-эмпатийных и перцептивно-рефлексивных возможностей личности. К факторам с наибольшей изоляционно-депривационной нагрузкой, по нашим наблюдениям, можно отнести: 1) постоянную «публичность» и информационное истощение партнеров по общению, 2) эмоциональное напряжение, обусловленное необходимостью в течении длительного времени сдерживать себя в определенной ролевой функции, 3) актуализацию потребности в одиночестве, неудовлетворение которой приводит к фрустрации и неспособности скрывать свои мысли и чувства, 4) персонификацию переживаний «открытости мыслей», провоцирующую конфликтность и аутизацию. Все это свидетельствует о коммуникативной

несостоятельности пациентов и неспособности проявлять коммуникативные качества, в том числе эмпатической направленности, которые мешают им быть активными участниками личностного взаимодействия, включающего элементы сопереживания.

Низкий уровень эмпатийных тенденций у длительно изолированных больных шизофренией, с нашей точки зрения, является следствием сформированного у некоторых из них состояния выученной беспомощности [30;31] с отсутствием возможности контролировать происходящее и воздействовать на него. Это сводит к минимуму активные действия, необходимость вчувствования, включения эмпатийного компонента взаимодействий с окружающими. Реальность переживаний, связанных с изоляцией и социальной депривацией, порождает в этих случаях не отражение внутреннего аспекта жизненного мира окружающих (их феноменологическую перспективу), а элементарный эмоциональный отклик на нечто, возникающее в воображении [5]. При этом не используется ни собственный эмоциональный опыт, ни когнитивные аспекты эмпатического взаимодействия [168;173].

Высокие показатели эмпатии у части больных шизофренией с длительными сроками групповой изоляции и социальной депривации можно объяснить тем, что в замкнутом коллективе оттачивается способность людей понимать эмоциональное состояние друг друга. Длительная изоляция больных в состоянии ремиссии продуктивных симптомов и необходимость приспособляться и выживать в сложившихся условиях, предполагает наличие (как одного из защитных механизмов) тенденции к эмпатийной отзывчивости и эмпатийному взаимодействию с окружающими, проявляющихся в реальных отношениях терпения, заботливости, сочувствия, взаимной поддержки. В этих случаях высокий уровень эмпатии, продемонстрированный в эмпирическом исследовании, свидетельствует о существенном влиянии исполняемой в течение продолжительного времени социальной роли, о достаточно высоком уровне жизнестойкости больных, в частности, их вовлеченности, об ощущении

самоценности и стремлении включаться в решение конкретных жизненных задач даже при наличии стрессогенных факторов [174].

Однако в этом состоит и негативный компонент тесного эмпатийного взаимодействия: узнать друг о друге все чревато в условиях плохой совместимости фиксацией на уязвимых особенностях окружающих, созданием конфликтных ситуаций и отходом от просоциального поведения. С другой стороны, в условиях принудительной долговременной групповой изоляции пациенты находятся «под постоянным прицелом» друг у друга, вынуждены все время контролировать эмоции, подавлять свои чувства и желания.

При этом следует иметь в виду, что доступная социальная поддержка в качестве модерлирующего эффекта смягчает негативное воздействие изоляции, независимо от степени изолированности больных, а степень реализации ожиданий относительно социальной поддержки проявляется с увеличением степени изолированности группы [175]. Это подтверждается такими элементами относительной социальной комфортности и субъективной оценки уровня удовлетворенности жизнью больных, находящихся на принудительном лечении, как приближение условий пребывания к «домашним», организованный досуг, возможность отправления религиозных обрядов, масштабные реабилитационные мероприятия, социальные тренинги, пенсионное обеспечение, возможность творческой деятельности. Такой уровень социально психологической поддержки существенно превышает объём социализирующих, а, следовательно, усиливающих эмоционально – эмпатические возможности больных мероприятий, проводимых как в условиях обычного психиатрического стационара, так и во внебольничных условиях. Именно поэтому высокий уровень эмпатических тенденций значительно чаще встречается у больных, находящихся на принудительном лечении. Однако такой уровень эмпатии в условиях сенсорной депривации и иммобилизации волевых усилий больных содержит в себе риск возникновения противоположных форм эмоционального реагирования (подозрительность, враждебность, агрессивность) при их столкновении со

стигматизирующими и фрустрирующими нагрузками после завершения принудительного лечения.

Таким образом, долговременная изоляция у больных шизофренией сопровождается общим снижением объема и разнообразия входящих информационных потоков, количества источников коммуникации и коммуникаторов. Это постепенно приводит к уменьшению коммуникативной активности как элементу успешного приспособления к существованию в обедненной, монотонной информационной среде. Оценивая низкие показатели эмпатии, а также качественные ее характеристики у больных с длительными сроками изоляции и социальной депривации, с учетом существенной роли эмпатийных тенденций и установок в просоциальном поведении человека [170], можно прийти к выводу о низком уровне просоциальной активности у этого контингента больных, а, следовательно, о большей вероятности прогнозируемого асоциального поведения, по сравнению с кратковременно госпитализируемыми больными. В то же время, модулирующие эффекты социальной поддержки, более широко представленные в отделении, осуществляющем принудительное лечение, по сравнению с краткосрочными госпитализациями, «смягчают» негативные последствия долговременной изоляции, способствуют повышению стрессоустойчивости больных, что можно рассматривать как один из факторов, благоприятно влияющих на возможность реализации социально-опасных действий больных шизофренией.

Проведенное исследование показало, что сам по себе уровень эмпатийных тенденций не является надежным критерием про- или асоциального поведения. Его следует учитывать в комплексе с другими личностно-психологическими особенностями и ресурсными возможностями больных.

3.3 Особенности аффилиации у больных шизофренией в условиях длительной изоляции и социальной депривации

Потребность в аффилиации, доверительном общении является величайшей человеческой потребностью. Аффилиация - общее понятие, понимаемое как психическое явление, мотив, побуждение, намерение, стремление к другим людям. В основе его лежит внутренняя потребность человека в эмоциональных и доверительных контактах, являющаяся движущей стороной общения. Она проявляется в стремлении установить близкие отношения, участвовать в совместных действиях, целью которых является процесс общения, приносящий удовлетворение. Лишение человека возможности взаимодействовать вызывает у него то, что называют потребностью в аффилиации, или потребностью быть с людьми [177].

Аффилиация состоит из двух сторон - получение и отдача, поэтому цель потребности аффилиации можно определить как взаимную доверительную связь, где каждый из партнеров дружески поддерживают друг друга. О мотивированности поведения стремлением к аффилиации можно судить по количеству и позитивному содержанию речевых высказываний, по выражению лица, длительности контакта, жестикуляции [178].

А. Мехрабианом и С. Кшесински введено понятие «направленность на аффилиацию», рассматриваемое ими как внутренняя нацеленность человека на установление и поддержание контакта, близко к понятию контактности, коммуникабельности [179].

Аффилиационный мотив вступает во взаимосвязь с тягой индивида к получению одобрения со стороны окружающих, с жадой самоутверждения. Субъекты с доминирующим аффилиационным мотивом лучше относятся к другим субъектам и сами пользуются повышенной симпатией и уважением окружающих. Отношения у них строятся на основании взаимного доверия. Противоположным мотиву аффилиации является мотив отвергания, который проявляется в боязни быть отвергнутым, непринятым значимыми для него людьми, в ожидании непонимания, неудачи при построении отношений, сформированном на основании предыдущего опыта и связанном с личностными

особенностями. Превалирование такого мотива ведет к скованности, неуверенности, напряженности, неловкости [180].

Аффилиативное поведение - проявление через поведение заинтересованности, доброжелательности и т.п. при взаимодействии с партнером по общению. В основе аффилиативного поведения может находиться как мотив аффилиации (тогда мы говорим об истинной аффилиации), так и мотив достижения, самоутверждения и т.д. (в этом случае аффилиативное поведение выполняет инструментальную функцию).

Аффилиативное взаимодействие - сумма действий, направленных на установление, поддержание и развитие межличностных отношений с целью формирования близких, доверительных отношений; отличается от аффилиативного поведения наличием выраженной потребности в аффилиации, в частности, потребности в эмоционально- доверительном общении. Характеристиками, сопровождающими аффилиативное взаимодействие (компоненты аффилиативного взаимодействия), являются легкость, доверие, понимание и эмоциональная притягательность. Все они важны для установления близких, доверительных отношений, однако значимость каждой их характеристик изменяется при развитии и изменении межличностных отношений [181].

Изменения характера мотивов аффилиации может рассматриваться как показатель развития созависимости. Те или иные мотивы аффилиации, несомненно, могут служить отдельными признаками созависимой личности. Так, высокий уровень страха отвержения как ведущий мотив аффилиации свойствен созависимой личности, т.к. указывает на боязнь потерять значимые отношения и, как следствие, возможность подтверждения собственной значимости и ценности [182].

Чрезмерно высокий уровень стремления к принятию, в свою очередь, также может указывать на склонность к созависимым отношениям, т.к. гипертрофированные мотивы принятия служат базой для создания сверхценности отношений, в которых может не оставаться места для самой личности [181].

А. Мехрабиан [179] выделяет две тенденции потребности аффилиации: надежду на аффилиацию (ожидание отношений симпатии, взаимопонимания в общении, стремление к принятию) и страх быть отвергнутым другими. Сочетание этих тенденций дает четыре типа мотивов аффилиации:

- высокая надежда на аффилиацию, низкая чувствительность к отвержению;
- низкая потребность в аффилиации, высокая чувствительность к отвержению;
- низкая надежда на аффилиацию и чувствительность к отвержению;
- высокая надежда на аффилиацию и чувствительность к отвержению.

Приведенные данные об особенностях потребности в аффилиации имеют непосредственное отношение к проблеме групповой принудительной изоляции больных в психиатрическом стационаре. В ситуации изоляции (как одном из типов экстремальной ситуации) при проведении принудительного лечения пациент оказывается перед лицом диалектического противоречия потребности в частной жизни, персональном пространстве – и аффилиации, реализующейся путем социального проникновения [183]. С этой точки зрения, изоляция потенциально более способствует самопроявлению и удовлетворению потребности в аффилиации и эмпатии, чем открытая система [184;185]. М. Шоу [186] также предлагает рассматривать групповое членство в малой изолированной группе как источник удовлетворения аффилиативной потребности, потребностей связанных со сферой человеческого общения. Показано, в частности, что способность личности к отражению состояния других людей, проявлять эмпатию, социальное понимание и социальность (социальная сензитивность) позитивно коррелирует с положением в группе [28].

Данные, полученные с помощью опросника аффилиации А. Мехрабиана, относящиеся к различным уровням потребности в общении, представлены в табл. 3.4.

Таблица 3.4 - Распределение больных сравниваемых групп по уровням потребности аффилиации

Группы больных	Стремление к людям	Боязнь отвержения
----------------	--------------------	-------------------

	Высокий уровень	Низкий уровень	Высокий уровень	Низкий уровень
Основная группа	48 (68,5%)	22 (31,5%)	46 (65,7%)	24 (34,3%)
Группа сравнения	31 (62,0%)	19 (38,0%)	23 (46,0%)	27 (54,0%)

Анализ результатов проведенного исследования по мотиву аффилиации в сравниваемых группах существенных различий не выявил: преобладали больные с высокими показателями стремления к людям (68,5 и 62,0%). Это свидетельствует о стиле их взаимоотношений с людьми, характеризующимся уверенностью, непринужденностью, озабоченностью установлением и поддержанием нарушенных взаимоотношений с другими людьми. Мотив аффилиации коррелирует со стремлением пациентов к одобрению со стороны окружающих на основе взаимного доверия.

Значительно меньшее количество пациентов обеих групп (соответственно 31,5 и 34,3%) выявили низкий уровень стремления к людям (потребности в эмоционально-доверительном общении). Такие люди характеризуются как более доминантные и подозрительные, чем лица с высокими потребностями аффилиации.

По мотиву «боязнь отвержения» в основной группе больных с высоким уровнем этого показателя было значительно больше (65,7%), чем в группе сравнения (46,0%). Преобладание этого мотива у больных с проявлениями психической депривации ведет к неуверенности, скованности, неловкости, напряжённости, создает препятствия на пути межличностного общения.

Доминирующий мотив отвержения в этих случаях обусловлен социальным уходом больных, потерей значимой деятельности и отношений, в которых они могли бы оценить ценность своей личности. Мотивы аффилиации здесь, по-видимому, указывают на то, что личность стремится не к созданию и преобразованию существующих социальных связей, а к поддержанию и сохранению уже имеющихся (отношения по типу созависимых).

Такие люди вызывают недоверие к себе, они одиноки, у них слабо развиты умения и навыки общения. И все же, невзирая на страх быть отвергнутыми, они

так же, как и те, у кого выражен мотив аффилиации, стремятся к общению, поэтому нет оснований утверждать, что у них нет потребности в общении. Просто реализуемость этой потребности достаточно низкая.

Таким образом, лица, ориентированные на отвержение не есть прямая противоположность тем, кто ориентирован на аффилиацию. Для обеих групп поиск аффилиации и ее достижение являются первостепенной целью. Они различаются, таким образом, не столько по привлекательности аффилиации, сколько по ожиданию успеха, по умению осуществить направленное на аффилиацию поведение, а также по реальному успеху у партнера. Невзирая на страх (ожидание неудачи) отвержения (негативная привлекательность), мотивированные им испытуемые стремятся к аффилиации. Несмотря на накопленный ими опыт изоляции, аффилиация, по-видимому, обладает такой позитивной ценностью, требующей своей реализации, что страх отвержения приходится преодолевать.

Распределение больных по стандартным вариантам сочетания основных тенденций потребности аффилиации показано в табл. 3.5.

Таблица 3.5 - Распределение больных по стандартным вариантам основных тенденций потребности аффилиации

	Высокий уровень «стремления к людям», высокий уровень «боязни быть отвергнутым»	Высокий уровень «стремления к людям», низкий уровень «боязни быть отвергнутым»	Низкий уровень «стремления к людям», высокий уровень «боязни быть отвергнутым»	Низкий уровень развития обоих мотивов
Основная группа	31 (44,2%)	16 (22,8%)	13 (18,5%)	10 (14,5%)
Группа сравнения	16 (32%)	15 (30%)	13 (26%)	6 (12%)

Наиболее частым вариантом потребности в аффилиации явилось сочетание высоких уровней мотива «стремление к людям» и «боязни быть отвергнутым» (44,2% пациентов основной группы и 32% больных группы сравнения). Индивид, имеющий такое сочетание высоких значений обоих мотивов, характеризуется сильно выраженным внутренним конфликтом между стремлением к людям и их избеганием, который возникает каждый раз, когда ему приходится встречаться с

незнакомыми людьми. При этом страх быть отвергнутым группой препятствует удовлетворению их потребности в принятии, в общении с другими людьми. Этот тип аффилиации, по мнению А. Мехрабиана, является мотивационной основой ярко выраженного конформного поведения, т.е. показателем мотива зависимости, ибо частое применение позитивных и негативных санкций есть средство формирования у индивида тенденции к зависимости.

Высокий уровень развития мотива «стремление к людям», сочетаемый с низким уровнем развития мотива «боязнь быть отвергнутым» отмечается у 16 пациентов (22,8%) основной группы и у 15 (30%) больных шизофренией группы сравнения. Человек с данным сочетанием аффилиационных мотивов активно ищет контактов и общения с людьми, испытывая от этого в основном только положительные эмоции. При выраженной потребности в эмоционально-доверительных контактах, характерно стремление к принятию группой, а так же тревожность и неуверенность в себе.

Преобладание такого сочетания у больных группы сравнения логично объяснить их недлительным пребыванием в условиях изоляции и, следовательно, отсутствием стимульно-сенсорного дефицита и проявлений психической депривации. Это свидетельствует о меньшей выраженности у них коммуникативной недостаточности, а также тенденции к использованию незрелых (декомпенсирующих) механизмов психологической защиты.

Сочетание высокого уровня развития мотива «боязнь быть отвергнутым» в совокупности с низким уровнем развития мотива «стремление к людям», выявлено у 18,5% больных основной группы и у 26% пациентов составляющих группу сравнения. Индивид, обладающий таким сочетанием обоих мотивов, активно избегает контактов с людьми, ищет одиночества. Низкая потребность в аффилиации и высокая чувствительность к отвержению означает, что в большинстве ситуаций потребность в аффилиации остается неудовлетворенной или вовсе отвергается.

Меньшая представленность сочетания высокого уровня развития мотива «боязнь быть отвергнутым» и низкого уровня развития мотива «стремление к

людям» у пациентов основной группы, говорит о сформировавшейся у таких больных, внутренней установки на одиночество, полное исключение их из социального микроклимата окружающей их внешней среды, низком уровне эмпатийных тенденций. Сравнительно низкий процент таких пациентов, может свидетельствовать о том, что данное сочетание аффилиационных мотивов, формируется постепенно, по мере накопления депривационных эффектов и переходит из фазы сочетания высоких уровней обоих мотивов. Из этого при тщательной и своевременной психологической помощи вытекает возможность предупреждения формирования данной аффилиационной установки.

Сочетание низких уровней развития обоих мотивов (надежды на аффилиацию и чувствительность к отвержению) свидетельствует о том, что большинство ситуаций обладают для больных лишь очень слабым позитивным или негативным релевантным аффилиации подкрепляющим действием; в этом случае они предпочитают одиночество. Приблизительная одинаковость интенсивности мотивов указывает на наличие у этих пациентов внутреннего дискомфорта, напряженности, а слабая их выраженность на отсутствие сверх значимых отношений, а, следовательно, такой характеристики личности как созависимость. Общение при этом не имеет самостоятельной ценности и выступает в качестве средства реализации целей, ограниченных условиями психиатрического стационара.

Низкий уровень развития обоих мотивов характеризует больных в ситуации межличностного общения как безразличных и незаинтересованных. Живя среди людей, общаясь с ними, они не испытывают от этого ни положительных, ни отрицательных эмоций, комфортно чувствуя себя как среди людей, так и без них. Такое сочетание аффилиационных мотивов примерно в одинаковых пропорциях наблюдалось как у больных основной группы (14,5%), так и в группе сравнения (12,0%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о сложных и разнообразных состояниях основных тенденций аффилиации в сравниваемых группах больных. К общей закономерности, характерной для обеих групп,

относится преобладание больных с высоким уровнем мотивации аффилиации (мотивации общения). Однако, реализация потребности в общении, способности контактировать с людьми, быть членом группы, взаимодействовать с окружающими, предоставлять и принимать помощь, из-за более высокого уровня страха отвержения значительно чаще наблюдается у больных с проявлениями психической депривации. Это свидетельствует о том, что длительная изоляция больных в психиатрическом стационаре за счет нарастания боязни отвержения существенно угнетает коммуникативные потребности больных (потребности во взаимоотношениях с другими людьми и в принадлежности к социальной общности).

3.4 Исследование неудовлетворенности основных жизненных потребностей у больных шизофренией как предиктора состояний психической депривации

Принудительное лечение с изоляцией больных шизофренией в условиях психиатрического стационара сопровождается многочисленными неблагоприятными эффектами в широком контексте их интрапсихического и социального функционирования. К негативным аспектам изоляции относят принудительный характер общения, ограниченность социальных контактов и вместе с тем их избыточность, излишне тесное общение с ограниченным кругом лиц, вынужденность изменения привычных шаблонов поведения, необходимость пересмотра многих конвенциональных представлений, ролевых ориентаций, невозможность удовлетворения ряда социальных и духовных потребностей. Длительное общение в изоляции при сниженной эффективности социального контроля приводит к развитию неинституционализированных форм социального взаимодействия. Практическая невозможность полного уединения, витринность проживания, неизбежность вторжения в «территориальные воды» друг друга в

сильной степени влияют на состояние нервной системы и протекание межличностных процессов [48;187].

Это дает достаточно оснований для того, чтобы долговременную изоляцию от привычных социальных контактов при проведении принудительного лечения рассматривать как экстремальную ситуацию и одновременно как условие формирования состояний психической депривации (депривационного синдрома, депривационного поражения). Алгоритм формирования депривационного синдрома показан на рис. 3.1.



Рисунок 3.1 - Алгоритм формирования депривационного синдрома

Экстремальными или чрезвычайными условиями называются предельные, крайние значения тех элементов ситуации, которые в своих средних значениях создают оптимальный «фон» или, по крайней мере, не ощущаются как источник дискомфорта [7]. Эти условия жизни человека, характеризуются непредсказуемостью, неупорядоченностью будущего при несформированности, неясности для субъекта способов достижения цели [188]. Длительная экстремальная ситуация оказывает крайне неблагоприятное влияние на человека, вызывая нарушения поведения, конфликтность, социальные девиации (от позднелат. *deviatio* – отклонение) [189].

Экстремальные и особые условия деятельности связывают с возникновением психической напряженности [190], которая рассматривается как самостоятельная характеристика ситуации. В некоторых работах раскрываются общие черты напряженной ситуации: внезапность, неожиданность, необходимость смены стереотипа деятельности, ломка установок, эмоциональная

напряженность [191]. В качестве критерия неадекватности (экстремальности) условий существования (В.П. Казначеев) предлагает использовать степень незавершенности адаптационного процесса, т.е. признаки частичной или полной дезадаптации. С помощью данного критерия автор предлагает градацию воздействующих факторов на сильные, очень сильные и сверхсильные, только последние два из которых являются экстремальными [192].

Л.А. Китаев-Смык [193] под экстремальными факторами понимает факторы, небезразличные для организма, более того, вызывающие в нем предельно допустимые изменения. Автор выделяет условия, делающие стрессоры экстремальными:

- а) субъективная оценка опасности стрессора (физической целостности, целостности социального статуса и т.п.);
- б) субъективная чувствительность к стрессору (значимость стрессора);
- в) степень неожиданности стрессора;
- г) близость действия стрессора к крайним точкам шкалы «приятно-неприятно»;
- е) неопределенность сроков действия стрессора.

Другие авторы считают, что экстремальными являются такие условия и факторы, возникновение которых приводит к состоянию динамического рассогласования, характеризующегося нарушением адекватности физиологических и поведенческих реакций и приводящего к ухудшению качества деятельности [194;195]. Ц.П. Короленко указывает, что понятие «экстремальные условия» охватывает «чрезвычайно сильные воздействия внешней среды», которые находятся на грани переносимости и могут вызывать нарушения адаптации [178].

Таким образом, длительную изоляцию при осуществлении принудительного лечения психически больных можно рассматривать как пролонгированную экстремальную ситуацию, сопровождающуюся коренным изменением привычного стиля жизни человека, выведением его за пределы нормального человеческого опыта. Это позволяет априори квалифицировать

состояние больных, находящихся в условиях пролонгированной социальной изоляции, как состояние психической депривации, носящей деструктивный характер и связанной с фрустрацией и другими негативными психоэмоциональными проявлениями. Однако с учетом того, что в самом общем плане такого рода экстремальная ситуация и возникающее в таких условиях состояние психической депривации характеризуется с позиции невозможности реализации основных жизненных потребностей (мотивов, стремлений, ценностей, интересов и т.д.), представилось целесообразным объективизировать наличие этого состояния путем оценки базовых потребностей обследованных контингентов больных шизофренией (основная группа и группа сравнения).

Анализ результатов исследования (рис. 3.2) показал, что больные основной группы характеризовались полной неудовлетворенностью по всему спектру изучавшихся базовых потребностей (оценки превышали 27 баллов).

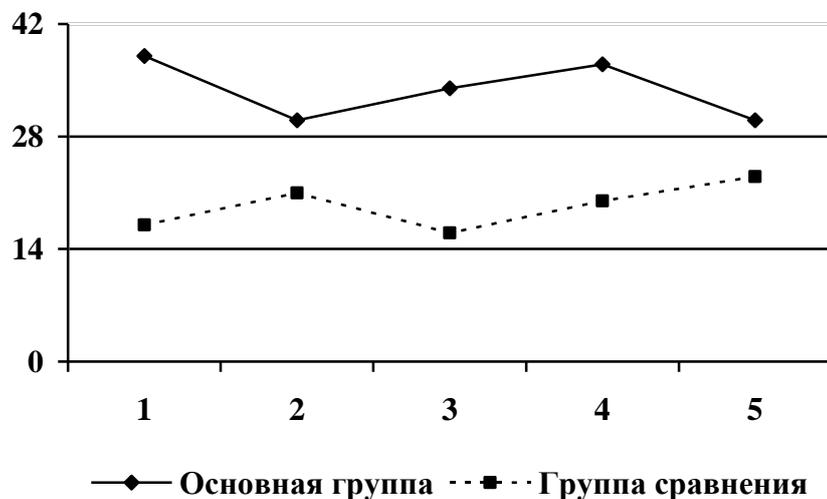


Рисунок 3.2 - Удовлетворенность базовых потребностей

Примечание: 1. Материальные потребности. 2. Потребности в безопасности. 3. Социальные (межличностные) потребности. 4. Потребности в уважении и признании. 5. Потребность в самовыражении.

Неудовлетворенность материальных потребностей (37 баллов) свидетельствовала об отсутствии нормальных условий для трудовой и иной деятельности, комфортного быта, условий для физического и интеллектуального развития, индивидуализированных занятий. Ущербность потребности в

безопасности (31 балл) выражалась в отсутствии желания обеспечить свое будущее, стремления жить в относительно стабильной, безопасной и предсказуемой обстановке, чувства свободы «Я» и доверия окружающим. Неудовлетворенность межличностными отношениями (35 баллов) означала нарушение психологически приемлемых взаимоотношений с окружающими, снижение чувства взаимного интереса к другим людям, стремления к совместной деятельности и сотрудничеству. Это делало возможным установление близких личных отношений с окружающими и свидетельствовало о дефицитности желания быть понятыми другими. Теряется ощущение принадлежности к социальной общности, чувство беспокойства, сочувствия и поддержки по отношению к окружающим. При этом затрудняется выбор не только постоянных, но и ситуативных партнеров общения.

Дефицитность потребности в уважении распространяется на сферу самоуважения (чувство компетентности и личных достижений) и потребность уважения другими (общественное признание и оценка). Неудовлетворенность потребности в самоуважении у больных основной группы (37 баллов) сопровождалась появлением чувства неуверенности в себе, неполноценности, беспомощности, снижением чувства собственного достоинства, полезности.

Неудовлетворенность потребности в самовыражении, как наивысшего уровня потребностей человека (30 баллов), характеризовалась невозможностью реализации своего потенциала, раскрытия способностей и возможностей, проявления индивидуальных качеств, бесцельностью жизни. В наиболее обобщенном смысле неудовлетворенность потребности в самовыражении отражала нарушение индивидуальной мотивации пациентов к преобразованию восприятия самого себя в реальность [4].

В группе сравнения полученные показатели статистически достоверно ($p < 0,05$) позволяют ассоциировать уровень актуальности базовых потребностей с зоной их частичной неудовлетворенности (оценки в пределах 16-25 баллов), а, следовательно, со значительно меньшей их редукцией у больных с кратковременными сроками госпитальной изоляции.

Таким образом, полная неудовлетворенность базовых жизненных потребностей в основной группе больных шизофренией в условиях длительной изоляционно-экстремальной ситуации позволяет объективизировать у них состояние психической депривации. В то же время частичная неудовлетворенность базовых потребностей у больных группы сравнения свидетельствует об отсутствии достаточных оснований для диагностики у них депривационного синдрома. Это делает корректным проведение сравнительного анализа результатов исследования в этих группах.

РАЗДЕЛ 4

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ (В КОНТЕКСТЕ ИХ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА)

4.1 Особенности смысложизненных ориентаций у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции

Важную роль в формировании положительной картины качества жизни играет адекватное функционирование высших регуляторных систем личностной структуры - личностных смыслов. Важность последних определяется тем, что они выступают в виде ценностных ориентаций личности, основная функция которых заключается в интегрировании личности в новые условия социальной жизни, обеспечивая адаптацию в социуме. Являясь компонентами более сложной системы - личности, они сами представляют систему, организованную в определенной иерархической последовательности и приобретаемую индивидом в его жизненном пространстве [196]. Высший социальный уровень системы личностных смыслов представлен смысложизненными отношениями человека, которые не просто являются комплексом отдельных отношений к себе, другим, миру, а отражают целостное восприятие человеком своей жизни как значимости [197]. В ходе жизнедеятельности смысловые системы формируют опыт человека, организуют когнитивную и эмоциональную сферы индивида, служат источником поведения.

Вывод из анализа философских учений о смысле жизни состоит в том, что говорить об этом понятии безотносительно к личности нельзя, так как всегда существует чей-то и кем-то осознанный смысл жизни. Однако, будучи личностным феноменом, смысл жизни по своей сути, содержанию есть нечто наиндивидуальное, связывающее жизнь индивида с системой, которая подчиняет

его себе - но подчиняет таким способом, что это «покорение» становится собственным атрибутом личности и выявлением ее свободы. Смысл жизни также осознается человеком и формируется на определенной мировоззренческой (философской или религиозной) основе и поэтому является своеобразной интеграцией системы ценностей, которые функционируют в определенном обществе.

Личностный смысл возникает в реальной жизнедеятельности, отражает отношение целей и обстоятельств совершения действий к мотивам деятельности, что становится основанием для формирования позитивного, негативного и конфликтного смысла [198-201]. Основной единицей жизненного пути личности выступает смысл жизни, поскольку в нем отражается жизненная позиция человека, осознанный и обобщенный принцип жизни. Он дает ощущение самостоятельности, полноты самовыражения и причастности к социуму, позволяет каждому выступить архитектором своей судьбы. Итогом многочисленных жизненных впечатлений и успехов является чувство интенсивности собственной жизни. Значимым показателем личностных достижений является удовлетворенность, характеризующая степень соответствия достигнутого и задуманного.

Д. А. Леонтьев [202] отождествляет смысл жизни с личностным смыслом. Смысл жизни автор рассматривает как стержневую, обобщенную, динамическую систему смыслов, детерминирующих общую направленность жизни субъекта, в то время как в личностном смысле эмоционально отражается и трансформируется жизненный смысл для субъекта.

Э. Чудновский [203] выделяет две функции поиска смысла жизни: интегрирующая (состоит в консолидировании отдельных возрастных этапов в единую линию жизни), эмансипирующая (строится на поиске и обретении внутренней позиции личности). Обобщенное ожидание степени контроля своей жизни является характеристикой локуса контроля. Его проявления в виде интернальности или экстернальности отражают внешний аспект ответственности. Первые работы исследователей в данном направлении указывали на неизменно

позитивную роль внутреннего локуса контроля и негативную значимость экстернальности, что в дальнейшем не получило своего практического подтверждения. К. Муздыбаев [204;205] эмпирически обосновывают, что существует положительная корреляция между интернальностью и наличием смысла жизни, который определяется внутренними мотивами, а их значение переживается субъектом как истинное и ценностное. Данное положение подтверждается исследованием О.С. Васильевой, Е.А. Демченко [206] установившими, «что, чем выше уровень ответственности человека за свою жизнь, тем выше степень осмысленности его жизни, тем большую осмысленность и направленность приобретают его жизненные цели и тем больше его уверенности в способности контролировать свою жизнь..., т. е. человек в большей степени удовлетворен прошлым, если за каждое событие своей жизни он чувствовал ответственность».

Смысл жизни является наиболее общей, интегральной характеристикой состояния смысловой сферы человека, он соотносится не с отдельной деятельностью, а с жизнедеятельностью в целом. Смысл жизни выступает отражением общего вектора системы отношений индивида с миром и становится одним из основных «вершинных» проявлений личности, в которых последняя наиболее ярко обнаруживает свою индивидуальную специфику. Б.С. Братусь [207] называет стремление к обретению сквозного общего смысла своей жизни в качестве одного из критериев нормального развития. Смысл жизни проявляется как в субъективных феноменах (эмоциональное переживание осмысленности жизни, наличие целей, обобщенной мировоззренческой системы), так и в объективных (особенности жизненного пути, структуры и динамики деятельности, паттерны поведения и т.п.). Правомерно говорить о трех компонентах смысла жизни [208], которые напоминают расхожую триаду когнитивный-аффективный - поведенческий образ цели, на достижение которой направлена жизнь, непосредственное эмоциональное переживание осмысленности жизни не зависимо от представления о ней и объективная направленность жизни, проявляющаяся в конкретных действиях. Отсутствие какого-либо из компонентов

приводит к разным вариантам редукции целостной реальности смысла жизни: либо к рациональной жизненной цели, либо к прекраснодушному бессилию, либо бездумному растворению в повседневности.

Такие состояния обычно идентифицируются как проявления психологического кризиса, тяжелого психологического состояния, являющегося проявлением социально-психологической дезадаптации личности в ситуации утраты или угрозы утраты значимой ценности или невозможности преодолеть препятствия в достижении жизненно важных целей. В феноменологическом аспекте это состояние проявляется в виде переживаний смыслоутраты, экзистенциального вакуума или экзистенциальной фрустрации, отсутствия в жизни смыслового содержания [209].

С психологической точки зрения, утрата смысла проявляется в ряде взаимосвязанных феноменов:

- переживание пустоты и бессмысленности жизни, проявляющееся в различных ситуациях;
- преобладающее чувство скуки, неудовлетворённости жизнью, негативный эмоциональный фон;
- утрата переживания субъективной значимости намерений, целей и видов деятельности, которые планирует или осуществляет индивид. Отсутствие чётких сознательных представлений о направлении собственной жизни, намерения не переходят в конкретные цели; цели ограничиваются краткосрочной временной перспективой и не образуют иерархии;
- сужение широты круга мотивов, осуществляемых индивидом в деятельности, приводящее к фрагментации деятельности;
- преобладание потребностной регуляции над ценностной. С содержательной стороны деятельность сводится к удовлетворению потребностей и соответствию социальным нормам;
- формирование убеждений, отражающих невозможность смысла или его реализации. Ценности не рефлексированы или рассматриваются как абстрактные,

оторванные от жизни содержания, неспособные побуждать реальную деятельность.

Человек, которому свойственны перечисленные признаки, иными словами, жизнедеятельность которого не ориентирована на смыслы и ценности, а всецело сводится к удовлетворению потребностей, реагированию на стимулы и соответствию принятым в социуме нормам поведения, скорее всего, будет признан здоровым в соответствии с традиционными критериями психического здоровья, опирающимися на статистические нормы и показатели адаптации [210]. Вместе с тем, экзистенциальная фрустрация, согласно В. Франклу [209], может приводить к возникновению неспецифической клинической симптоматики. Ноогенный невроз может проявляться в формах алкоголизма, депрессии, навязчивости, девиантного поведения, гипертрофированной сексуальности или безрассудства, во всех этих случаях сочетаясь с блокированной волей к смыслу [35]. В числе других неспецифических следствий экзистенциальной фрустрации можно назвать такие проявления дезадаптации как неврозы, суициды, алкогольная и наркотическая зависимость

С феноменом смыслоутраты, описанным В. Франклом [209], пересекается понятие «метапатологий», введённое А. Маслоу. В список «общих метапатологий», выделенных А. Маслоу, входят отчуждение, аномия, ангедония, потеря смысла, потеря вкуса к жизни, десакрализация жизни, желание смерти, чувство собственной бесполезности, отсутствие ощущения свободы воли, цинизм, вандализм, отчуждение от других людей [210].

Известно, что неудача в поиске человеком смысла своей жизни (экзистенциальная фрустрация) и вытекающие из нее ощущения утраты ее смысла (экзистенциальный вакуум) являются причиной особых душевных состояний, не тождественных просто психической патологии [209;211;212]. В том случае, когда поступки человека теряют значимость и превращаются в чисто функциональные, происходит отчуждение жизни, что проявляется в отсутствии активных действий и достижений личности и выступает основной причиной ее стагнации. В. Франкл определяет тягостное состояние пустоты, фатализма, апатии и бессмысленности

жизни понятием «экзистенциальный вакуум», выступающим общей причиной широко распространенных расстройств психики и поведения человека. Алкоголизм, наркомания, попытки суицида и т. п. являются маркерами нецелесообразности личного существования, смысл жизни приходит через ценности творчества, переживания, отношения [211], а другие исследователи рассматривают смыслоутрату как переживание отчуждения.

Представленные данные позволяют сделать вывод о том, что система ценностей человека представляет собой осознаваемую, интернализированную часть системы его личностных смыслов. Результат осознания целей и смысла собственной жизни представляют собой смысложизненные ориентации человека [213-215]. Недостаточность реализации каких-либо из основных психологических механизмов смыслообразования или искажение развития когнитивного и аффективно-волевого компонента психической деятельности приводят к изменению структуры и интенсивности проявления личностных смыслов, а через них - к неадаптивным формам поведения в социуме. Актуальной данная проблема становится в отношении людей с психическими заболеваниями, поскольку закономерности развития личности неразрывно связаны у них с закономерностями протеканиями патологического процесса. В частности у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия выявлен общий низкий уровень осмысленности жизни и значительное снижение мотивации к поиску смысложизненных целей [216;217].

Результаты проведенного исследования (табл. 4.1.) свидетельствуют о значительном снижении у больных шизофренией как общего показателя СЖО, так и показателей по отдельным шкалам.

Таблица 4.1- Результаты исследования смысложизненных ориентаций в группах больных в сравнении с нормальными показателями

Шкалы	Основная группа		Группа сравнения		Норма
	Сумма баллов	Средне кол-во баллов на 1 человека	Сумма баллов	Средне кол-во баллов на 1 человека	
Цель в жизни	1899	27,12	1243	24,85	38,91
Процесс жизни	1720	24,57	1155	23,1	35,95
Результативность жизни	1433	20,47	1042	20,84	29,83
Локус контроля - Я	1226	17,5	773	15,46	24,65
Локус контроля - жизнь	1756	25	1118	22,36	34,59
Общий показатель СЖО	6118	87,4	4004	80,8	120,36

Первые три шкалы образуют смысложизненные ориентации: цели в жизни (будущее), насыщаемость жизни (настоящее) и удовлетворенность самореализацией (прошлое).

Шкала «цели в жизни». Баллы по этой шкале характеризуют наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и перспективу. Низкие баллы по этой шкале присущи людям, живущим сегодняшним или вчерашним днем, планы которых не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личностной ответственностью за их реализацию.

Шкала «процесс жизни». Данная шкала позволяет оценить интерес и эмоциональную насыщенность жизни, чувственную ее наполненность. Содержание этой шкалы соответствует известному положению о том, что единственный смысл жизни, состоит в том, чтобы просто жить. Если испытуемый

воспринимает данный принцип, то его процесс жизни переживается им не только, как наполненный эмоциональным содержанием, но и как наполненный смыслом. Низкие баллы по этой шкале указывают на неудовлетворенность своей жизнью в настоящем: жизнь воспринимается как однообразная, скучная, рутинная и неинтересная, либо как пустая, бесцельная и бессмысленная.

Шкала «результативность жизни». Баллы по этой шкале отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть, насколько испытуемый удовлетворен самореализацией. Высокие баллы по данной шкале характеризуют человека, в целом довольного своей жизнью, мало о чем сожалеющего, не стремящегося ее изменить коренным образом, намеренного жить так и дальше. Низкие баллы указывают на неудовлетворенность прожитой частью жизни, ощущение того, что она была недостаточно продуктивной и осмысленной с низким уровнем реализации личностных ресурсов.

Два оставшихся фактора характеризуют внутренний локус контроля как общее мировоззренческое убеждение в том, что контроль возможен, и собственную способность осуществлять такой контроль.

Шкала «Локус контроля – Я». Эта шкала позволяет оценить, насколько испытуемый ощущает себя хозяином своей жизни, насколько он чувствует, что может управлять ею, мобилизоваться в нужное время, планировать её, находить в ней смыслы. Высокие баллы по данной шкале соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей волей и характером, способной к свободному выбору, чтобы построить жизнь и вести себя в ней сообразно своим целям и представлениям о ее смысле. Низкие баллы свидетельствуют о слабохарактерности, безволии и неверии в свои силы и способности контролировать события собственной жизни и свой образ жизни.

Шкала «Локус контроля – жизнь». Данная шкала нацелена на выявление управляемости жизнью, насколько испытуемому дано контролировать её, принимать решения, адекватные обстоятельствам, и воплощать их в жизнь. При высоких баллах имеется убежденность в том, что с большинством обстоятельств

жизни в принципе можно справиться и что большинство своих планов можно реализовать. Низкие баллы по этой шкале свидетельствуют о фатализме, о неверии в возможность управления своей жизнью, поскольку жизнь человека неподвластна сознательному контролю, свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее. У обследованных больных часто звучали обвинения в свой адрес в том смысле, что они не могут проявить силу воли, упорство, настойчивость.

Шкалу «общий показатель СЖО» мы рассматриваем в контексте актуального смыслового состояния (АСС), представляющего собой совокупность актуализированных, генерализованных смыслов, размещенных во временной перспективе (опыт, реальность цели). На формирование актуального смыслового состояния влияет способность индивида анализировать и обобщать актуальные смыслы (т.е. значения прошлого и настоящего) и формировать жизненные цели (т.е. проектировать будущее). Адекватное осмысление реальности в настоящем возможно при критическом осмыслении прошлого опыта и относительно индивидуальной цели (т.е. будущего). Посредством синхронизации смысловых локусов происходит расширение границ субъективной реальности, т.е. интеграция личности в новые условия жизни [218].

По результатам проведенного исследования и в соответствии с выделяемыми классами испытуемых с различными актуальными смысловыми состояниями [218] больные двух групп отнесены к первому классу АСС. Этот класс АСС характеризуется низкими показателями осмысленности прошлого, настоящего и будущего. Для данного класса характерны неудовлетворенность прожитой частью жизни, низкая осмысленность своей жизни в настоящем, отсутствие целей в будущем и, следовательно, дискретное восприятие своей жизни в целом. Личностные смыслы больных в подобном случае лишены направленности и временной перспективы. Кроме того, испытуемые данной группы демонстрируют неверие в свои силы контролировать события собственной жизни, фатализм и убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, свобода выбора иллюзорна, и

бессмысленно что-либо загадывать на будущее (низкие баллы по субшкалам «Локус контроля – Я» и «Локус контроля – жизнь»). Этот показатель подтверждается выраженным экстернальным общим локусом контроля и низким уровнем субъективного контроля в области неудач, невыраженностью стремления к приобретению знаний об окружающем мире. Основными защитными механизмами являются проекция, отрицание и отказ от своих намерений, выражающийся в снижении настроения.

Исходя из того, что интегрирование личности в новые условия социальной жизни (основными признаками которой являются существенные ограничения социальных контактов и социальная депривация) и адаптация к специфическим («агрессивным») условиям психиатрического стационара (секвестральный микросоциум) в значительной степени определяется функционированием высших регуляторных систем личностной структуры – личностных смыслов, нами было сформулировано гипотетическое положение о том, что длительной изоляции и проявлениям социальной депривации сопутствуют более глубокие нарушения смысло-жизненных ориентаций. Однако при существенном снижении анализируемых показателей результаты проведенного исследования не позволили выявить достоверного результата выраженности СЖО (как на уровне общего показателя, так и по отдельным шкалам) в сравниваемых группах больных шизофренией (табл. 4.2; рис. 4.1).

Таблица 4.2 - Средние значения и стандартные отклонения показателей смысложизненных ориентаций в сравниваемых группах

Шкалы	Основная группа	Группа сравнения	P
Цель в жизни	27,12±4,41	24,86±4,28	>0,05
Процесс жизни	24,57±4,24	23,1±4,13	>0,05
Результативность жизни	20,47±3,82	20,84±3,89	>0,05
Локус контроля - Я	17,5±3,44	15,46±3,24	>0,05
Локус контроля - жизнь	25±4,27	22,36±4,08	>0,05
Общий показатель СЖО	87,4±21,5	80,8±18,71	>0,05

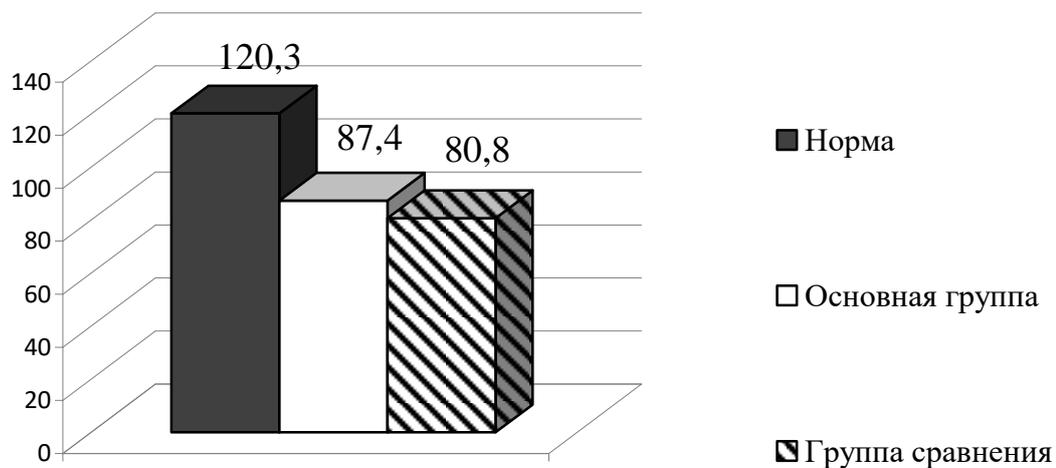


Рисунок 4.1 - Общий показатель СЖО

Таким образом, в обследованных группах больных шизофренией, независимо от характера госпитализации (добровольная/недобровольная), длительности изоляции и социальной депривации, наблюдаются однотипные нарушения процесса синхронизации смысловых локусов, не осуществляется расширение границ субъективной реальности, т.е. интеграция личности в новые условия жизни. Поскольку личностный смысл возникает в реальной

жизнедеятельности, которая у больных шизофренией, как правило, ограничивается различными дискриминационно-стигматизирующими факторами (сопоставимыми в сравниваемых группах), можно предположить, что именно эти факторы, а не продолжительность изоляции, определяют уровень СЖО, актуальность смыслового состояния, реальную способность выразить себя в различных формах жизни. Существенные затруднения в поиске смысла своей жизни порождают у больных состояния экзистенциальной фрустрации и вытекающее из нее ощущение утраты ее смысла (экзистенциальный вакуум). Эти состояния, не тождественные стандартной клинической психопатологии, отражают глубокий уровень душевных страданий пациентов, уровень их психологического кризиса. Роль механизмов продолжительной социальной депривации в их формировании нуждается в дополнительном изучении. Не исключено, что депривационный синдром у больных шизофренией является не причиной, а одним из проявлений психологического кризиса, приводящего к редукции целостной реальности смысла жизни.

4.2 Особенности оптимизма-пессимизма как составляющих личностного потенциала у больных шизофренией с синдромом психической депривации

К основным феноменам, структурирующим состояние психической депривации, возникающее в экстремальных условиях длительной принудительной изоляции больных шизофренией, относятся такие состояния как выученная (личностная) беспомощность и депрессивное настроение [219]. В основе этих сопряженных состояний лежат индивидуальные особенности личности, определяющие ожидания (положительные или отрицательные) человека, относительно будущих событий [220;221] и взглядов на причины прошлых событий (стили атрибуции или объяснения). Эти особенности принято

рассматривать в контексте соотношения таких феноменов как оптимизм-пессимизм, являющихся неотъемлемой частью природы человека [222-226] .

В современной литературе выделяют два основных подхода к изучению оптимизма и пессимизма: 1) исследование диспозиционного оптимизма и 2) исследование оптимизма как атрибутивного стиля. В настоящей работе нами использовался методологический подход, ориентированный на исследование диспозиционного оптимизма.

Суть данного подхода заключается в том, что оптимизм рассматривается как обобщенные положительные ожидания индивида, которые можно в большей или меньшей степени распространить на всю его жизнь. Этот конструкт можно также называть диспозиционным оптимизмом [220]. Пессимизм является противоположным полюсом оптимизма и описывает отрицательные обобщенные ожидания индивида относительно будущего.

Психологическое наполнение этих понятий М.Ф. Шейер и Ч.С. Карвер [220;221] описывают через теорию мотивации, основная идея которой в том, что поведение направлено на достижение желаемых целей. Цели – это действия, конечные состояния или значения, которые человек воспринимает либо как желательные, либо как нежелательные. Люди стараются выстраивать свое поведение в соответствии с желательным результатом и стараются держаться подальше от того, что считают нежелательным. Таким образом, если цели недостаточно значимы, никакие действия не выполняются.

Следующая основная идея заключается в противоречии чувства уверенности и сомнения в достижении цели. Если личности не хватает уверенности, то это также будет вызывать отсутствие действия. Только если у человека достаточно уверенности, он совершает целенаправленные усилия. Эти идеи относятся к оптимизму и пессимизму. На этих принципах строится прогнозирование поведения оптимистов и пессимистов. В частности, отмечается, что оптимисты, выбирающие более эффективные копинг-стратегии, чем пессимисты, в результате более успешно справляются с проблемами, пессимисты же чаще сталкиваются с неудачами, и сбывшиеся ожидания подкрепляют

оптимизм первых и пессимизм вторых [221]. Таким образом, Ч.С. Карвер и М.Ф. Шейер определяют диспозиционный оптимизм и пессимизм через особенности ожиданий человека. Оптимистами, с их точки зрения, можно назвать людей, которые склонны придерживаться позитивных ожиданий относительно будущего, пессимисты, соответственно, более склонны к негативным.

Современные российские психологи при исследовании оптимизма личности чаще всего опираются на уже сложившиеся в зарубежной психологии подходы и теории. Так, например, Д.А. Леонтьев и Т.О. Гордеева [229] проводят исследования оптимистического мышления как одной из составляющих личностного потенциала, опираясь при этом преимущественно на подход М. Селигмана. Т.Л. Крюкова [224] и М.С. Замышляева [228], интегрируя различные зарубежные подходы к исследованию оптимизма и пессимизма, рассматривают эти понятия как «структурные когнитивные личностные диспозиции, включающие позитивный/негативный объяснительный стиль (как оценка и способ объяснения причин уже произошедших позитивных и негативных событий), надежду/безнадежность (как позитивные/негативные ожидания в конкретной ситуации в будущем, подразумевающие готовность к поведенческому акту для достижения желаемого блага) и самоэффективность (как веру в эффективность собственных действий)».

К. Муздыбаев [225] оптимизм и пессимизм рассматривает как личностные аттитюды, диспозиции или мнения, настроения, отражающие позитивные или негативные ожидания относительно конкретных событий или будущего в целом. При этом данный автор отмечает, что характер ожиданий не является единственным отличительным признаком этих двух типов личностей, подчеркивая различия в настроении и эмоциональных состояниях. По мнению К. Муздыбаева, эмоциональные особенности оптимистов и пессимистов являются следствием определенного избирательного восприятия и понимания мира: «пессимист исключает из своего миропонимания все, что может его радовать».

Различия между оптимистами и пессимистами, кроме того, по мнению К. Муздыбаева, связаны с волей к достижению целей и мужеством в преодолении

трудностей на пути к лучшему. Оптимистам присуща вера в положительные жизненные перспективы, вера в себя и в свое окружение, в то время как пессимисты готовы уступать трудностям и довольствоваться малым, принимая страдания, как должное.

Выявлены различные взаимосвязи оптимизма-пессимизма с другими индивидуально-типологическими особенностями, такими, как соматическое здоровье и субъективное благополучие, широта социальных контактов, подверженность депрессии и стрессам, стили совладания [227-231].

Данные, полученные с помощью опросника диспозиционного оптимизма, представлены в табл. 4.3.

Таблица 4.3 - Показатели диспозиционного оптимизма у больных сравниваемых групп

	Субшкала позитивных ожиданий	Субшкала негативных ожиданий	Общий показатель диспозиционного оптимизма	P
Основная группа	7,3±1,21	4,2±0,74	11,5±1,67	<0,05
Группа сравнения	11,28±1,48*	2,0±0,11*	13,28±1,74	<0,05
Примечание - * различия между сравниваемыми группами - p<0,05				

Анализ результатов полученных с помощью опросника диспозиционного оптимизма в сравниваемых группах выявил стойкое преобладание оптимистических установок (позитивных ожиданий) у пациентов группы сравнения, в отличие от пациентов основной группы.

Было установлено, что пациенты основной группы, пребывающие долгое время в психиатрическом стационаре, менее склонны оптимистично рассматривать происходящие с ними события. Для них характерно отсутствие уверенности в своих способностях и возможностях и наличие сомнения в возможности достижения поставленной цели. Неудачи, такими больными оценивались как, неотъемлемая закономерная часть их жизни, происходящая с

ними из-за личностных внутренних характеристик, а успех, скорее как случайное событие, достигаемое ими крайне редко и исключительно по причине внешних факторов. У пациентов группы сравнения, показатель позитивных ожиданий ($11,28 \pm 1,48$ балла) был выше, нежели у основной группы ($7,3 \pm 1,21$ балла). Этим пациентам было свойственно с позитивной стороны оценивать происходящие в их жизни негативные моменты и находить пути их решения. Неудачи, они связывали с какими-то внешними факторами, не постоянными и конкретными. В тоже время успехи, такие пациенты приписывали себе, как свои личные заслуги, сам успех, трактуется такими пациентами как стабильное, глобальное и контролируемое ими самими явление. Больные данной группы чаще ставили перед собой какие-либо цели и стремились достигать их, а не оставлять при первой же неудачной попытке.

Показатель субшкалы негативных ожиданий был выше у пациентов основной группы ($4,2 \pm 0,74$ балла), чем у группы сравнения ($2,0 \pm 0,11$ балла). Больные, находящиеся в условии длительной социальной изоляции, были более пессимистично настроены в отношении своего будущего, а так же в отношении к своей болезни и жизни в целом. У таких больных отмечалось подавленное настроение, большая склонность к депрессиям, неверие в наличие нормального будущего и в возможность полностью излечится от психического заболевания. Пациенты группы сравнения, напротив, менее пессимистично оценивали свое настоящее и высказывали больше оптимистических надежд, касательно своего будущего.

Общий показатель диспозиционного оптимизма у пациентов группы сравнения ($13,28 \pm 1,74$ балла) был выше, чем у больных основной группы ($11,5 \pm 1,67$ балла) и соответствовал умеренному уровню оптимизма. У больных основной группы итоговый показатель соответствовал высокому уровню пессимизма. В общем, для больных группы сравнения было характерно в относительно активной манере реагировать на трудности, увеличивая настойчивость в попытках достижения цели. Сами трудности, воспринимались этими пациентами как локальные (затрагивающие лишь небольшую часть жизни)

и контролируемые. Они видели в них не угрозу или опасность для себя, а рассматривали проблемы с точки зрения их предстоящего решения. Пациентам основной группы, напротив, свойственны менее инициативные реакции на возникшие трудности. Эти пациенты не испытывают позитивных ожиданий в отношении преодоления проблем в их жизни, отвечая на возникновение последних пассивным и избегающим поведением, не веря в то, что могут каким-то образом повлиять на неблагоприятную ситуацию.

Таким образом, выявленные различия показателей диспозиционного оптимизма в обеих группах свидетельствуют об их зависимости от длительной социальной изоляции и депривационных влияний. Негативное влияние изолирующих факторов в процессе принудительного лечения способствовало подавленному и пессимистичному отношению к жизни данных пациентов. Отсутствие мотивации и положительных результатов в каком-либо из видов деятельности, по-видимому, обеспечивало позицию «смирения» пациентов с неспособностью их справиться с ситуацией, а факт длительной изоляции таких пациентов в психиатрическом стационаре, совокупно с выработавшимся состоянием депривации - формированию стойкого мнения данных пациентов, в отношении своей неспособности, контролировать и влиять на события, происходящие в их жизни. Косвенно, о вреде длительной социальной изоляции психиатрических пациентов свидетельствует и более высокий уровень диспозиционного оптимизма у больных группы сравнения. В целом, у больных находящихся в условиях депривации и длительной социальной изоляции, формируется ощущение отъединенности от жизни, одиночества, неспособность контролировать свою жизнь и, в конечном счете, состояние выученной беспомощности.

Основным негативным фактором состояния выученной беспомощности является ее тенденция к генерализации, т.е. появившись в одной жизненной ситуации, она распространяется на все аспекты жизненной активности пациентов. Таким образом, сформированная выученная беспомощность, является серьезным препятствием на пути их реабилитации и социальной реинтеграции. В процессе

длительного принудительного лечения, она характеризуется стойким отсутствием мотивации к выздоровлению, создавая у больных ощущение невозможности своими силами повлиять на ход событий их собственной жизни. Таким пациентам присуща пассивность поведения, неспособность использовать имеющиеся возможности для адекватного преодоления ситуации, а так же трудности во взаимоотношениях с окружающими.

С учетом данных интервьюирования полученные результаты можно интерпретировать с позиции роли преобладающего атрибутивного стиля в формировании феномена вынужденной беспомощности больных шизофренией с явлениями психической депривации. Так, пессимистический атрибутивный стиль, лежащий в основе феномена беспомощности, отличает внутренний дискомфорт, выражающийся в подавленном настроении, в неудовлетворенности качеством своей жизни, в ощущении себя несчастливым, тогда как для оптимистов характерна внутренняя гармония, бодрость, ощущение счастья, удовлетворенность разными сторонами жизни. В отличие от оптимистов пессимисты обладают весьма низким потенциалом для преодоления жизненных трудностей. В их суждениях преобладает неспособность изменить ситуацию, невозможность добиться поставленных целей, тогда как респонденты, придерживающиеся позитивного взгляда на жизнь, считают себя удачливыми, способными найти решение в критических обстоятельствах и добиться желаемого. Стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями у последних рациональны и эффективны. Пессимисты же применяют большей частью иррациональные, непродуктивные, пассивные стратегии. В результате, как показали данные, пессимисты остаются хуже адаптированы к сложившимся условиям по сравнению с оптимистами, решающими свои жизненные проблемы. В целом позитивный взгляд на жизнь свидетельствует о жизнеутверждающих, созидательных, располагающих к совместной деятельности диспозициях личности, тогда как негативный характеризует низкий интерес к жизни, слабую волю и мотивацию, иррациональную, непродуктивную и мало привлекательную жизненную стратегию.

Анализ качественных характеристик атрибутивного стиля больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции позволил выделить симптомокомплекс личностной беспомощности как основного содержания феномена психической депривации:

1) Пессимистическое мировосприятие, негативный атрибутивный стиль, пассивные формы организации жизнедеятельности;

2) Наличие субъективной оценки невозможности самому справиться с проблемами, высокий уровень избегания неудач;

3) Низкая способность управлять событиями собственной жизни, преобразовать действительность, ставить цели, достигать их, отказ от поисковой активности;

4) Убежденность в некой беспомощности и непродуктивности собственных действий и поступков (атрибуция неуспеха), избегание лишних усилий;

5) Неконструктивные стратегии преодоления трудностей, пассивность, приписывание причины неуспеха себе и своим негативным личностным качествам;

6) Повышенная зависимость от других, склонность к чувству вины; фиксация внимания на текущем эмоциональном состоянии;

7) Преобладание стереотипных действий (псевдоактивность) без отслеживания внешних и внутренних изменений.

Схематически симптомокомплекс психической депривации показан на рис. 4.2.



Рисунок 4.2 - Симптомокомплекс психической депривации

4.3. Депрессивный контекст психической депривации

По данным самооценочной шкалы Бека усредненный показатель тяжести депрессии в основной группе ($24,4 \pm 2,14$) соответствовал депрессии средней тяжести и статистически достоверно ($P < 0,05$) превышал суммарный показатель группы сравнения ($12,3 \pm 1,38$), что соответствовало уровню субдепрессии. Распределение больных разных групп по степени тяжести депрессивных симптомов показано в табл. 4.4. и на рис. 4.3.

Таблица 4.4 - Результаты исследования тяжести депрессивной симптоматики в сравниваемых группах

Тяжесть симптомов	Основная группа n=70	Группа сравнения n=50	P
1. Отсутствуют	-	19 (38±5,6%)	0,001
2. Субдепрессия	12 (17,1±3,24%)	21 (42±5,9%)	0,001
3. Умеренная депрессия	43 (61,4±7,21%)	10 (20±4,7%)	0,002
4. Выраженная депрессия	15 (21,5±4,85%)	-	0,001
5. Тяжелая депрессия	-	-	-

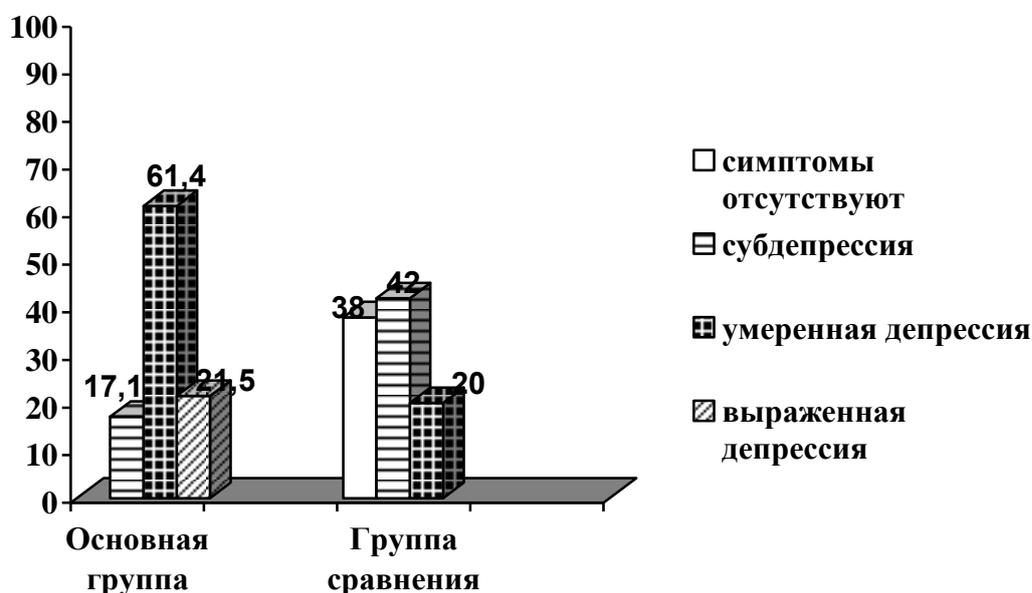


Рисунок 4.3 - Распределение больных по степени тяжести депрессии

Данные, полученные с помощью шкалы безнадежности Бека, в целом совпадают с результатами исследования по самооценочной шкале депрессии. Усредненный показатель степени выраженности безнадежности в основной группе ($12,6 \pm 1,74$ балла) значительно, на уровне статистической достоверности, превышает суммарный показатель группы сравнения ($6,31 \pm 0,98$ балла). Выраженность чувства безнадежности, испытываемой больными основной группы, соответствовала умеренной степени, а в группе сравнения – легкой степени. Распределение сравниваемых групп по степени тяжести безнадежности приведено в табл. 4.5. и на рис. 4.4.

Таблица 4.5- Результаты исследования больных сравниваемых групп по шкале безнадежности Бека

Степень тяжести	Основная группа n=70	Группа сравнения n=50	P
1. Безнадежность не выявлена	2 (2,9±0,24%)	12 (24±2,2%)	0,001
2. Легкая безнадежность	21 (30,0±2,6%)	32 (64±3,81%)	0,002
3. Умеренная безнадежность	44 (62,8±3,7%)	6 (12±1,7%)	0,001
4. Тяжелая безнадежность	3 (4,3±0,29%)	-	0,001

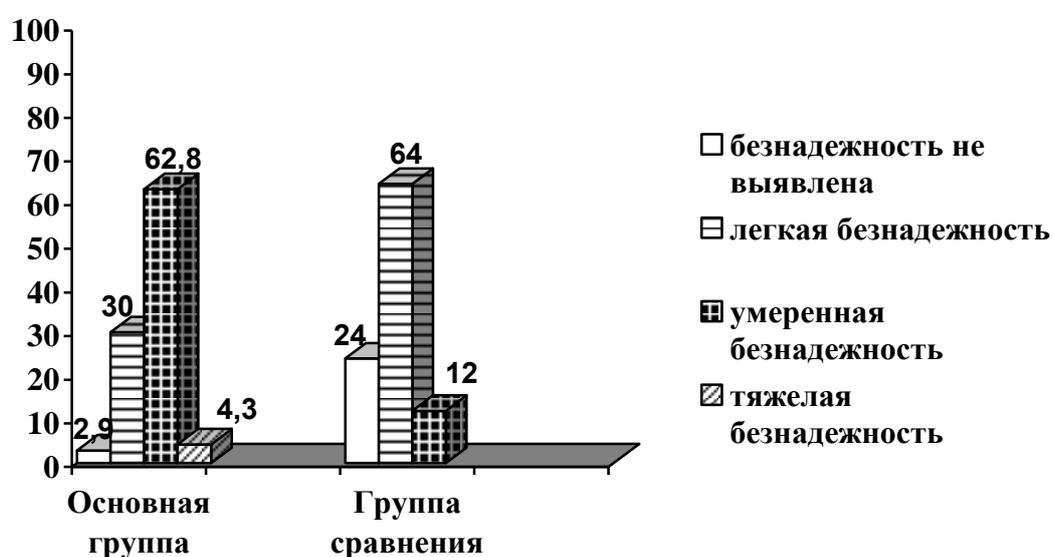


Рисунок 4.4 - Распределение больных по степени тяжести безнадежности

Таким образом, безысходность, затрагивающая самые важные аспекты человеческой жизни (потребность в привязанности, потребность в выживании ощущение собственных возможностей) и лежащая в основе чувства собственной беспомощности, в значительно большей степени характерна для состояний психической депривации, обусловленной длительной социальной изоляцией больных шизофренией. У больных с кратковременными сроками госпитализации в психиатрический стационар без признаков психической депривации переживания безысходности и бессилия не являются актуальными; у них сохраняются ощущения возможности повлиять на ход событий, принятия собственных решений и контроля за собственной жизнью. В целом симптомы

депрессии, в т.ч. безысходности, оказались достаточно типичными для состояний психической депривации. Более того, есть основания, с учетом результатов проведенного исследования, считать чувство безысходности и беспомощности ядром психической депривации у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении.

4.4. Уровень субъективного благополучия в сравниваемых группах больных

Личность является интегратором всей психической активности индивида. В ее реальном бытии, в ее самосознании она есть то, что человек, осознавая себя как субъекта, называет своим «Я». «Я» - это личность в целом, в единстве всех сторон бытия, отраженная в самосознании. В широком смысле все, что человек переживает, все психическое содержание его жизни входит в состав личности [232-236].

Потребность выхода за пределы дихотомии «здоровье-болезнь» и обращение исследователей к позитивным аспектам функционирования личности (ресурсам, самоактуализации личности) обусловили актуальность исследования феномена субъективного благополучия личности (как составляющей Я-концепции, которая в соответствии с теорией самодетерминации R.M. Ryan, E.H. Deci [256;257] связывает личностное благополучие с базовыми психологическими потребностями: автономии, компетентности и связи с другими) при различных состояниях, сопровождающихся ограничением или невозможностью реализации высших потребностей. К одним из таких состояний, сопровождающихся снижением индекса и разрушением субъективного благополучия, является состояние многофакторной социальной депривации напряженности в значимых

межличностных связях больных шизофренией при длительном принудительном лечении, отсутствии полноценных социальных контактов и невозможности удовлетворения потребностей в разных сферах отношений в обществе [237-241].

Переживание благополучия является важнейшей составной частью доминирующего настроения личности. Именно через настроение субъективное благополучие, как интегративное, особо значимое переживание, оказывает постоянное влияние на различные параметры психического состояния человека и, как следствие, на успешность поведения, продуктивность деятельности, эффективность межличностного взаимодействия и многие другие стороны внешней и внутренней активности индивида [242;243]. Психологическое благополучие представляет собой совокупность личностных ресурсов, которая обеспечивает субъективную и объективную успешность личности в системе «субъект-среда». Благополучие зависит от наличия ясных целей, успешности реализации планов деятельности и поведения, наличия условий для достижения целей. Благополучие создают удовлетворяющие межличностные отношения, возможности общаться и получать от этого положительные эмоции [237;244].

В субъективном благополучии (в целом и в его составляющих) выделяют два основных компонента: когнитивный (рефлексивный) – представление об отдельных сторонах своего бытия и эмоциональный – доминирующий эмоциональный тон отношений к этим сторонам. Когнитивный компонент благополучия возникает при целостной, относительно непротиворечивой картине мира у субъекта, понимании текущей жизненной ситуации. Диссонанс в когнитивную сферу вносит противоречивая информация, восприятие ситуации как неопределенной, информационная или сенсорная депривация. Эмоциональный компонент благополучия предстает как переживание, объединяющее чувства, которые обусловлены успешным (или неуспешным) функционированием всех сфер личности. Дисгармония в любой сфере личности вызывает одновременно и эмоциональный дискомфорт [245].

Феномен субъективного психологического благополучия принято рассматривать в русле интегративных моделей [244;246]. В частности, E. Diener

[247;248] разработана концепция психологического благополучия, которая представляет баланс, достигаемый постоянным взаимодействием двух видов аффекта – позитивного и негативного. Разница между позитивным и негативным аффектом является показателем психологического благополучия и отражает общее ощущение удовлетворенностью или неудовлетворенностью жизнью [247;249]. При этом субъективное благополучие уравнивается с переживанием счастья [250-252]. Другая группа исследователей рассматривает феномен СПБ на основе изучения проблемы позитивного психологического функционирования личности [30;232;233;253]. Основоположник этого подхода К. Рифф [254] выделил шесть основных компонентов психологического благополучия: самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни, личностный рост. Эти компоненты соотносятся с различными структурными элементами теорий, в которых так или иначе речь идет о позитивном функционировании личности.

В обобщенном виде компоненты психологического благополучия и их содержание могут быть представлены следующим образом.

Аффективный – баланс положительных и отрицательных аффективных переживаний, субъективное ощущение счастья, общая удовлетворенность жизнью, отсутствие выраженной тревожности, депрессивных симптомов, эмоциональный комфорт [248-250;255].

Метапотребностный – личностный рост (мера самореализации): возможность реализации базовых потребностей в автономии, компетентности, связи с другими [4;37;255-258].

Мировоззренческий – наличие целей, занятий, убеждений, придающих жизни смысл, чувство осмысленности своего прошлого и настоящего [254].

Интрарефлексивный – самопринятие, позитивная оценка себя и своей жизни в целом, осознание и принятие не только своих положительных качеств, но и своих недостатков, внутренний контроль, развитое самосознание [247;249;255].

Интеррефлексивный – компетентность в отношении с окружающей средой, гармоничные отношения с миром, осознание человеком самого себя в контексте отношений с собой, другими людьми, обществом, природой [249;254-255].

Эти компоненты психологического благополучия взаимосвязаны между собой в зависимости от субъективных и объективных факторов. Так, в настоящее время активно исследуется связь смысложизненных ориентаций, осмысленности жизни, суверенности психологического пространства, толерантности, стратегий жизни, ценностных ориентаций и стратегий поведения личности с психологическим благополучием личности [238;246].

Существует, наконец, понимание феномена «психологическое благополучие» на основе психофизиологической сохранности функций. В частности, было показано, что физические симптомы являются индикатором уменьшения субъективной жизнеспособности [257;259]. На этой основе была разработана уровневая модель психического благополучия: на разных уровнях пространства бытия человека, формируемых в разных типах деятельности, закладываются внутренние интенции (сознательные и бессознательные ресурсные установки). Они складываются в качественные своеобразно-иерархические уровни психологического благополучия человека: психосоматического здоровья, социальной адаптации, психического здоровья и психологического здоровья [255].

Таким образом, понятие субъективного благополучия (subjective well – being – SWB) неоднозначно. Родственными понятиями для него и часто употребляемыми в научной литературе являются «оптимизм», «удовлетворенность жизнью», «счастье». В большинстве исследований субъективное благополучие рассматривается как синонимичное понятию «счастье».

В качестве рабочего определения в нашей работе принято следующее: «субъективное благополучие личности представляет собой интегральное психологическое образование, включающее оценку и отношение человека к своей жизни и к самому себе. Оно содержит все три компонента психического явления –

когнитивный, эмоциональный, конотативный (поведенческий), и характеризуется субъективностью, позитивностью и глобальностью измерения» [247]. Ценностно-целевой подход к изучению SWB связывает его с ориентацией на конечную цель и определяет в качестве мотива деятельности не стремление к благополучию, а соотношение между конкретным побуждением и результатом деятельности.

Результаты проведенного исследования представлены в табл. 4.6.

Таблица 4.6 - Выраженность показателей субъективного благополучия (СБ) у больных сравниваемых групп

Наименование показателей	Основная группа	Группа сравнения	tst
Напряженность и чувствительность	8,41±1,21	5,12±0,86	3,24**
Психоземotionalная симптоматика	7,35±1,08	5,11±0,81	3,45**
Изменение настроения	5,83±0,84	4,51±0,72	1,41
Значимость социального окружения	7,57±1,08	4,47±0,7	4,11***
Самооценка здоровья	5,96±0,79	5,03±0,79	0,86
Степень удовлетворенности повседневной деятельностью	7,02±0,7	5,07±0,81	4,28***
Индекс СБ	7,02±0,7	4,89±0,74	3,12*
Примечание - * p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001			

Межгрупповой сравнительный анализ выраженности показателей субъективного благополучия в исследуемых выборках показал существование различия на достоверно значимом уровне относительно большинства показателей и итогового балла СБ.

Итоговый усредненный балл или индекс СБ (7,02±0,7) позволяет констатировать более выраженный уровень субъективного неблагополучия или эмоционального дискомфорта у больных шизофренией с длительными сроками групповой изоляции, по сравнению с краткосрочно госпитализированными больными (4,89±0,74). Низкий уровень СБ в таких случаях связан с дисбалансом аффективных переживаний, доминированием отрицательных эмоциональных состояний над положительными, снижением интереса к самому себе,

использованием для оценки своей внутренней ценности внешних достижений или оценок других, низкой фрустрационной толерантностью и аутентичностью. Такие оценки, отклоняющиеся в сторону субъективного неблагополучия, свидетельствуют о слабой выраженности таких качеств личности как самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни, личностный рост. Эти особенности оказывают негативное влияние на общий уровень самоактуализации и эффективность стратегий решения жизненных проблем.

Зонами наибольшего конфликта у больных с длительными сроками изоляции являются показатели «напряжение и чувствительность» (8,41), «значимость социального окружения» (7,57) и «психоэмоциональная симптоматика» (7,35). Высокий показатель (8,41±1,21) эмоционально-оценочного компонента, как наиболее значимого в структуре СБ означает существенные затруднения самовосприятия, снижение уровня самоактуализации личности и более высокий уровень психоэмоционального напряжения и частоты испытываемых негативных эмоциональных переживаний. Высокие оценки значимости социального окружения (7,57±1,08) также свидетельствуют о низком уровне самооценки, самопринятия и самоуважения и препятствуют проявлению аутентичности как важного механизма самоактуализации.

Низкий уровень представлений об удовлетворенности жизнью (когнитивный компонент СБ - 7,02±0,7) отражает недостаточную способность жить «настоящим» и видеть свою жизнь целостной во временном континууме и не способствует формированию готовности к преодолению жизненных трудностей.

Таким образом, длительная социальная изоляция приводит к снижению индекса субъективного благополучия и невозможности реализации высших потребностей у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. С учетом того, что субъективное благополучие (subjective well – being – SWB) рассматривается как синонимичное понятию счастье, можно прийти к выводу о существенном снижении интенсивности переживаний этого феномена больными

с депривационным синдромом, обусловленном длительными сроками принудительной изоляции.

РАЗДЕЛ 5

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ И МНОГОАСПЕКТНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Анализ данных, полученных с помощью опросника ОНПН, свидетельствует о различной выраженности и структурно-функциональных особенностях нервно-психической напряженности в сравниваемых группах больных. В обобщенном виде эти особенности могут быть представлены следующим образом:

1. Слабая степень НПН (от 30 до 42,5 баллов) отличается относительной сохранностью характеристик психического и соматического состояния, ощущением физического и психического комфорта;

2. Умеренная (интенсивная) степень НПН (от 42,6 до 74 баллов) характеризуется умеренно выраженными неприятными ощущениями со стороны различных органов и систем и изменениями психического состояния в направлении его активации и повышения эффективности психической деятельности.

Структурно-функциональные особенности чрезмерно-выраженной напряженности (>75 баллов) характеризуются дезорганизацией психической деятельности и соматических функций, существенными отклонениями в психомоторике, нейродинамическими сдвигами, ощущением физического и психического дискомфорта, снижением продуктивности деятельности. На первый план выступают жалобы на нарушение деятельности внутренних органов, в частности, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, выделения. Чувство физического дискомфорта сопровождается отрицательным эмоциональным фоном, снижением настроения, тревогой, беспокойством, апатией, неудовлетворенностью собой, безысходностью, ожиданием неблагоприятных

последствий сложившейся ситуации. Психическая составляющая чрезмерной НПН характеризуется также нарушением когнитивных функций: ухудшением сообразительности, умственной работоспособности, помехоустойчивости, координации движений. Значительно снижается объем внимания, его устойчивость, способность к концентрации и переключению внимания. Существенно нарушается продуктивность кратковременной памяти, способность к долговременной фиксации информации и решению логических задач.

Распределение больных по степени нервно-психической напряженности (дискомфорта) в сравниваемых группах больных представлено в таблице 5.1.

Таблица 5.1- Распределение больных (абс.; %) по степени нервно-психической напряжённости в сравниваемых группах больных

Степень НПН	Основная группа (N=70)	Группа сравнения (N=50)
Слабая (детензивная)	5 (7,2%)	25 (50%)
Умеренная (интенсивная)	16 (22,8%)	16 (32%)
Чрезмерно выраженная (экстенсивная)	49 (70%)	9 (18%)

Данные, приведенные в таблице 5.1., свидетельствуют о том, что в основной группе преобладают больные (70%) с чрезмерной (экстенсивной) степенью НПН (в 3,5 раз больше, чем в группе сравнения). В то же время у половины больных группы сравнения наблюдались незначительные проявления (по существу нормативные значения) НПН, которые практически отсутствовали у больных основной группы.

Анализ средних показателей общих характеристик НПН (табл. 5.2) также свидетельствует о достоверно ($p < 0,05$) более глубоком уровне психического дискомфорта и общей степени выраженности нервно-психической напряженности у больных основной группы, чем у больных группы сравнения. Такая же закономерность выявлена и в отношении показателей уровня генерализованности и продолжительности НПН. В то же время, показатели физического дискомфорта в сравниваемых группах существенных различий не имели.

Таблица 5.2 - Средние показатели ($M \pm m$) общих характеристик нервно-психической напряженности (дискомфорта) в сравниваемых группах больных

Общие характеристики НПН	Средние показатели НПН в основной группе (N=70)	Средние показатели в группе сравнения (N=50)	P
Физический дискомфорт	2,0±0,14	1,6±0,1	>0,05
Психический дискомфорт	2,6±0,21	1,4±0,09	<0,05
Генерализованность НПН	2,8±0,32	1,2±0,08	<0,05
Частота НПН	1,8±0,12	1,4±0,09	>0,05
Продолжительность НПН	2,7±0,29	1,3±0,08	<0,05
Общая степень выраженности	2,4±0,24	1,5±0,1	<0,05

Анализ распределения больных шизофренией по фактору напряженности отдельных механизмов психологической защиты существенных различий в сравниваемых группах больных не выявил: диапазон таких пациентов составил от 61,4% до 82,8 % в основной группе и от 56% до 91% - в группе сравнения. Однако по характеру выраженности напряжения МПЗ пациенты имели специфические особенности.

Показатели напряженности МПЗ у больных шизофренией с различной длительностью изоляции представлены в таблице 5.3.

Таблица 5.3 - Степень напряженности механизмов психологической защиты у больных шизофренией в сравнении с нормативными показателями

Механизмы психологической защиты	Норма	Основная группа (N=70)	Группа сравнения (N=50)
		M±m	M±m
1 Отрицание	3,81±0,20	8,12±1,48*	6,23±1,13*/*
2 Подавление	2,59±0,17	6,54±0,1*	4,77±0,43*/*
3 Регрессия	5,12±0,30	7,41±0,77*	6,4±0,5
4 Компенсация	4,38±0,18	4,48±2,36	4,98±1,92
5 Проекция	5,51±0,30	7,2±0,56*	7,1±1,2*
6 Замещение	3,12±0,20	4,41±0,43	6,07±0,83*/*

7 Интеллектуализация	6,32±0,19	7,89±1,25*	6,43±1,13/*
8 Реактивное образование	2,80±0,23	5,76±0,88*	4,1±0,8*/*
9 ОНЗ	50%	66,4±0,93%	59±0,8%
Примечание- *p<0.05 – достоверность различий по сравнению с нормативными показателями /*p<0.05–достоверность различий показателей сравниваемых групп			

Для больных шизофренией основной группы было характерно напряжение практически всех механизмов защиты (за исключением компенсации), при наибольших показателях напряженности (по сравнению с нормой) «отрицания» (8,12±1,48) и «подавления» (6,54±0,1), при нормативных показателях этих механизмов 3,81 и 2,59 соответственно. Наименее напряженными, а, следовательно, реже используемыми механизмами психологической защиты у пациентов этой группы выступают «компенсация» (4,48±2,36) при нормативном показателе 4,38 и «замещение» (4,41±1,25), при нормативном показателе 3.12. Отмечены также достаточно высокие показатели напряжения реактивного образования (5,76±0,88) при нормативном показателе 2.8, и интеллектуализации (7,89±1,25).

В группе сравнения наименее напряженными и редко используемыми механизмами являются «компенсация» (4,98±1,92), «интеллектуализация» (6,43±1,13) и «регрессия» (6,4±0,5), что свидетельствует о значительном сужении профиля МПЗ. К механизмам с высоким, по сравнению с нормативными данными, уровнем напряженности отнесены «отрицание» (6,23±1,13), «подавление» (4,77±0,43), «проекция» (7,1±1,2) и «замещение» (6,07±0,83). В частности, широкое использование механизма «замещение» больными с кратковременными сроками изоляции проявляется в разряде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие личную опасность или более доступны, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции. В большинстве случаев замещение разряжает эмоциональное напряжение, возникающее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению цели. В этой ситуации

повышается вероятность совершения больным неожиданных, подчас бессмысленных действий, которые разряжают внутреннее напряжение.

Высокие показатели проекции свидетельствуют о частом использовании пациентами обеих групп механизма, посредством которого неосознанные или неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне и приписываются другим людям. Функцией проекции является нейтрализация болезненных для себя аспектов собственной личности, в особенности связанных с чувствами стыда, унижения, страха, агрессивности. Фиксация вовне, на окружающих вызывает у пациента искусственное ощущение непринадлежности этих переживаний себе, делая их переносимыми. Проекция обычно нарушает контакт с окружающими, вследствие излишней подозрительности в связи с якобы причиненными ими неприятностями.

При сопоставлении показателей напряженности МПЗ у исследованных контингентов больных (рис.5.1) установлены достоверно более высокая напряженность «отрицания», «подавления», «интеллектуализации» и «реактивного образования» у больных основной группы.

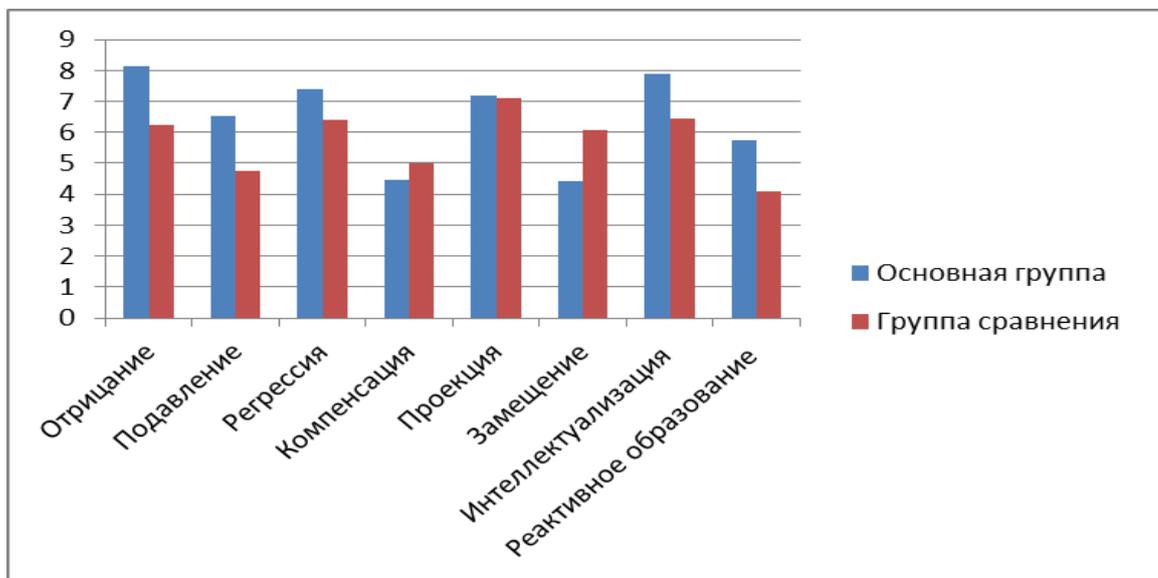


Рисунок - 5.1 Сравнение степени напряженности МПЗ у пациентов обеих групп

«Отрицание»- форма психологической защиты, при которой отрицается существование (в настоящем или прошлом) внешней реальности, своих переживаний, действий, намерений, достоверно очевидных для окружающих. Основной функцией отрицания является защита от негативных эмоций, связанных с признанием существования неприемлемого побуждения, внешней угрозы, возможного неприятного представления или гнева. Отрицание как механизм психологической защиты реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искаженным восприятием реальности.

Напряженность «отрицания» реальности отражает отсутствие осознания определенных событий, элементов жизненного опыта или чувств, болезненных в случае их осознания. Отрицание развивается с целью сдерживания эмоции принятия окружающих, если они демонстрируют эмоциональную индифферентность или отвержение. Беззащитное восприятие факта отвержения значимыми другими подвергает серьезному испытанию ощущение своей ценности (первоначально для других, затем и для себя, может привести к самонеприятию). Отрицание подразумевает инфантильную подмену приятия окружающими вниманием с их стороны. Кроме того, это механизм, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс или сторона отрицает сама себя. Как правило, действие этого механизма проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее, не принимаются, не признаются самой личностью. Иными словами, информация, которая тревожит и может привести к конфликту, не воспринимается. Имеется в виду конфликт, возникающий при проявлении мотивов, противоречащих основным установкам личности, или информация, которая угрожает ее самосохранению, самоуважению или социальному престижу.

Суть механизма «подавления» - исключение из сознания смысла травмирующего события и связанных с ним эмоций. Подавление развивается для сдерживания эмоции страха, проявления которой неприемлемы для положительного самовосприятия, а также грозят попаданием в прямую

зависимость от окружающих. Происходит как бы сокрытие от себя факта этого негативного опыта. Страх блокируется посредством забывания реального стимула, вызвавшего страх, а также всех объектов, фактов и обстоятельств, ассоциативно связанных с ним. Этот механизм лежит в основе действия и других защитных механизмов личности. Вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психо-вегетативные компоненты. Типична ситуация, когда содержательная сторона психотравмирующей ситуации не осознается, и человек вытесняет сам факт какого-либо неблагоприятного поступка, но интрапсихический конфликт сохраняется, а вызванное им эмоциональное напряжение субъективно воспринимается как внешне немотивированная тревога. Наиболее часто вытесняются многие свойства, личностные качества и поступки, не делающие личность привлекательной в собственных глазах и в глазах других.

Действие интеллектуализации проявляется в нахождении правдоподобных причин для оправдания действий, вызванных запретным, неприемлемым, осуждаемым побуждением, в преодолении конфликтной или фрустрирующей ситуации без переживаний. Иными словами, личность пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного. При этом способе защиты нередко наблюдаются очевидные попытки снизить ценность недоступного для личности опыта. Так, оказавшись в ситуации конфликта, человек защищает себя от его негативного действия путем снижения значимости для себя и других причин, вызвавших этот конфликт или психотравмирующую ситуацию.

Таким образом, рационализация – это защитный психологический механизм, основанный на использовании переживаний в ответ на неприятную или субъективно неприемлемую ситуацию и привлечение так называемого здравого смысла (слов, абстракций) для объяснения поведения, установок и представлений.

Интеллектуализация лишь количественно снижает возможность эмпатического вчувствования в правильно идентифицируемое состояние индивидуума. В то же время внешние правдоподобные, но неверные объяснения при рационализации имеют целью увести, собеседника от распознавания качества скрываемой субъектом эмоции.

Доминирующее использование механизма «реактивного образования» способствует тому, что личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность. Это способствует предупреждению проявления неприемлемых желаний и чувств (особенно сексуальных и агрессивных) путем развития и акцентирования противоположного по смыслу отношения или поведения. Развитие этого механизма защиты связывают с усвоением человеком «высших социальных (моральных) ценностей». Реактивное образование развивается для сдерживания эмоции радости обладания определенным ценным объектом (например, собственным телом) и возможностями использования его (в частности, для агрессии). Этот механизм предполагает реализацию в поведении прямо противоположной установки.

К достоверно ($p < 0,05$) менее напряженным механизмам защиты, характерным для больных основной группы, можно отнести «замещение». Действие этого защитного механизма проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению поставленной цели. В этой ситуации субъект может совершать неожиданные, подчас бессмысленные действия, которые разрешают внутреннее напряжение. Такой механизм снятия

напряжения и обращения агрессии на более безопасный объект не является типичным для больных с долгосрочной изоляцией и социальной депривацией. Вместе с тем, низкая частота регистрации «замещения» в сочетании с высокой напряженностью «отрицания» свидетельствует, по мнению составителей опросника, о низкой агрессивности и доверчивости больных.

Показатели «регрессии», «компенсации» и «проекции» в сравниваемых группах существенно не отличались и не были непосредственно связаны с длительностью изоляции больных. Нужно отметить только тенденцию, приближающуюся к достоверной, в отношении механизма «регрессии» с большей ею напряженностью у больных основной группы и в отношении механизма «компенсации» с большей напряженностью в группе сравнения. Регрессия рассматривается как механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние этапы развития. При этой форме защитной реакции личность, подвергаясь действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся обстоятельствах, а неосознаваемые желания или конфликты прямо выражаются в действиях, препятствующих их осознанию. Актуализацией этого механизма защиты на общем фоне изменения мотивационно-потребительской сферы определяется импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля.

«Компенсация» - как механизм психологической защиты проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Часто это происходит при необходимости избежать конфликта с этой личностью и повышения чувства самодостаточности. При этом заимствованные ценности, установки или мысли принимаются без анализа и переструктурирования и поэтому не становятся частью самой личности.

Таким образом, у всех обследованных больных, как основной группы, так и группы сравнения установлен выраженный дисбаланс МПЗ с достоверно более высокими показателями ($p < 0,05$) и значительной напряженностью практически всех механизмов психологической защиты в основной группе больных шизофренией. При этом следует отметить, что защитные механизмы у обследованного нами контингента больных играли не только дезадаптивную роль, но и способствовали адаптации, охраняя не только самоуважение человека, но и помогая ему справляться с жизненными трудностями. В связи с этим все механизмы психологической защиты были разделены на две группы: 1) компенсаторный набор, включавший относительно зрелые механизмы психологической защиты (рационализация-интеллектуализация, замещение, компенсация) и 2) декомпенсирующий набор – незрелые механизмы психологической защиты: вытеснение, отрицание, проекция и регрессия.

Особенности психологической защиты у больных основной группы характеризуются тенденцией к повышению напряженности как зрелых (компенсаторных), так и декомпенсирующих механизмов. Профиль МПЗ у этой категории отличается наиболее высокой напряженностью таких механизмов как отрицание ($8,12 \pm 1,48$), регрессия ($7,41 \pm 0,77$), а так же интеллектуализация ($7,89 \pm 1,25$). В то же время такие показатели психологической защиты как замещение ($4,41 \pm 0,43$) и, особенно, компенсация ($4,48 \pm 2,36$) не отличались от нормативных, что свидетельствовало о слабой напряженности большинства компенсаторных МПЗ и низкой их представленности в структуре адаптивных ресурсов личности и системе их преодолевающего поведения. В частности, больными обеих групп редко использовался механизм компенсации, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой либо эмоционально-личностной недостаточности с помощью такой подмены объекта, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало этот дефект. На этом фоне значительная напряженность механизмов интеллектуализации ($7,89 \pm 1,25$) у больных с высоким уровнем депривации можно рассматривать в контексте резкого снижения возможности

эмпатического вчувствования и стремления псевдорациональным путем скрыть от окружающих качественную сторону переживаемых эмоций. По-видимому, этот механизм лежит в основе эмоционального компонента депривации в виде недостаточной возможности для установления интимного эмоционального отношения к какому - либо лицу или разрыва подобной эмоциональной связи, если таковая уже была создана.

Предпочтительное использование больными шизофренией с длительными сроками социальной изоляции механизма отрицания связано с ситуационно вынужденной их защитой от негативно воспринимаемой ими агрессивной среды закрытого отделения путем искажения восприятия окружающей действительности и осознания ее эмоциональной значимости. С другой стороны, актуализация механизма регрессии определяет значительное снижение и слабость эмоционально волевого контроля больных и возможности адекватных реакций на действия фрустрирующих факторов.

Аналогичная тенденция, связанная с повышением напряженности МПЗ, выявлена и в группе сравнения (рис.5.1). Однако более глубокий анализ полученных результатов позволяет прийти к выводу, что по большинству изучавшихся показателей у больных основной группы, в отличие от группы сравнения, установлена большая представленность используемых ими МПЗ и достоверно более выраженная их напряженность. В первую очередь это относится к незрелым механизмам психологической защиты (отрицание подавление и регрессия), в то время как зрелые механизмы (компенсация и, особенно, замещение) используются значительно реже. В целом у больных без признаков социальной депривации отмечено преобладание компенсаторного набора МПЗ и меньшая выраженность незрелых форм психологической защиты, а у больных шизофренией с долговременной изоляцией – недостаточно компенсирующее действие МПЗ.

Вместе с тем, возможна и иная интерпретация жизненного стиля больных шизофренией с признаками депривации. В соответствии с теорией Плутчика - Келлирмана- Конти о связи МПЗ с «высшими» и «примитивными» эмоциями,

замещение регулирует переживания, экспрессию и поведение на основе гнева, отрицание – на основе принятия. Иначе говоря, чем больше уровень гнева – агрессии, тем чаще используется механизм замещения; чем выше потребность принять параметры внешней реальности, тем более напряженным будет отрицание. Сочетание высокой напряженности отрицания и рационализации с относительно низкой частотой регистрации замещения свидетельствует, по мнению составителей опросника, о низкой агрессивности, доверчивости и принятии условий и требований окружающей среды и медперсонала при длительном их взаимодействии. По-видимому, такая защитная стратегия «смягчает» уровень стигматизации длительно изолированных больных и может рассматриваться как выполняющая компенсаторные функции на момент исследования.

Таким образом, выявленные особенности МПЗ у больных шизофренией играют, конечно, дезадаптивную роль, так как по своей природе они искажают восприятие реальности, но они же могут рассматриваться и как адаптивные, охраняющие не только самоуважение человека, но помогающие ему справиться с жизненными трудностями. В частности, приведенные варианты системы МПЗ могут выполнять функции стабилизации психопатологической симптоматики, способствовать формированию Эго–образа в рамках психического расстройства или отражать переход МПЗ на регрессивные формы, которыми являются отрицание и подавление [273].

Выявление компенсаторного набора признаков функционирования механизмов психологической защиты является благоприятным прогностическим признаком, способствующим не только формированию качественного терапевтического ответа, но и преодолению негативных эффектов групповой изоляции больных. В свою очередь выявление декомпенсирующего комплекса защитных стратегий может рассматриваться в качестве неблагоприятного прогностического критерия, усугубляющего формирование депривационного синдрома [274].

В качестве еще одного неблагоприятного прогностического фактора можно рассматривать сочетание высокого уровня МПЗ с чрезмерно выраженной степенью НПН. Как следует из данных, представленных в табл. 5.4., такое сочетание значительно чаще ($p < 0,05$) наблюдается у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. Для больных с недлительной продолжительностью добровольных форм лечения более характерным является сочетание высокого уровня напряженности МПЗ и умеренной степени НПН.

Таблица 5.4 - Распределение больных с высоким уровнем общей напряженности механизмов психологической защиты и различной степенью нервно-психической напряженности

Степень НПН	Общая напряжённость МПЗ		P
	Основная группа	Группа сравнения	
Слабая (детензивная)	-	-	
Умеренная (интенсивная)	21,0%	62,0%	<0,05
Чрезмерно выраженная (экстенсивная)	79,0%	38,0%	<0,05
P	<0,05	<0,05	

Проведенное исследование позволило выявить некоторые особенности неблагоприятных последствий долговременной принудительной изоляции больных шизофренией. Идентификация и оценка выраженности нервно-психической напряженности и напряженности механизмов психологической защиты в этих условиях открывает возможность для разработки и использования мер, направленных на профилактику и «смягчение» таких стрессогенных феноменов как депривационный синдром, само-стигматизация и концептуально-когнитивный диссонанс.

Полученные данные о высоком уровне психического дискомфорта и высокой напряженности декомпенсирующих механизмов психологической защиты у больных шизофренией с депривационным синдромом можно рассматривать в контексте совокупности негативных последствий изоляционно-депривационных воздействий экзистенциальной изоляции в виде специфической деформации личностной идентичности больного. Принудительная изоляция не

оставляет больному места для чувства какой бы то ни было свободы выбора порождает многочисленные несоответствия между когнициями (знаниями, представлениями, мнениями) и реальным опытом, связанным с многочисленными аспектами принуждения к подчинению. Возникающую при этом реакцию на угрозу Я-концепции [263] принято идентифицировать как состояние когнитивного диссонанса [264-266].

Таким образом, когнитивный диссонанс – это состояние, характеризующееся столкновением в сознании индивида противоречивых знаний, убеждений и поведенческих установок, относительно совокупности факторов, связанных с недобровольной изоляцией, вызывающих у него чувство напряжения, дискомфорта и переживание угрозы Я-концепции [267]. При этом следует учитывать, что Я-концепция – это не некая монолитная сущность, а скорее система внутренних идентичностей или схем Я, которые соответствуют различным сферам опыта и деятельности индивида [268;269]. Являясь фундаментальными элементами самоопределения, схемы Я оказывают систематическое и глубокое влияние на то, как перерабатывается информация, касающаяся Я.

Диссонанс переживается личностью как травматический опыт или в широком смысле как концептуальный диссонанс – несоответствие концептуальной системы личности («сценария будущего», конкретных ожиданий) и наличной действительности [270]. Когда это несоответствие получает личностное значение, точнее, личностный смысл для конкретной личности, концептуальный диссонанс осознается как психотравма и страдания. В таких случаях, когда новый опыт, насыщенный деструктивными эмоциями, не согласуется с принципами концептуальной системы личности, когнитивный (концептуальный) диссонанс характеризуется нарушением целостности (идентичности) личности.

Состояние концептуального диссонанса, с одной стороны, способствует формированию стигматизационных эффектов, с другой стороны, активирует защитные механизмы личности, направленные на сохранение целостности

концептуальной системы личности. Эти механизмы психологической защиты выступают как средство согласования возникшего нового опыта (депривационных переживаний) с представлениями индивида о себе за счет искажения их в сознании [271] как уход от осознания экзистенциальной тревоги [272]. Однако в связи с тем, что большинство личностных стратегий сглаживания диссонанса являются иррациональными и деструктивными, страдания пациента (душевная боль) могут усиливаться, оказывая негативное воздействие на уровень его функционирования, интенсивность самостигматизационных эффектов и стрессовых реакций.

Как известно, одним из основных признаков стрессового состояния является нервно-психическое напряжение [273]. Степень его выраженности, а, следовательно, выраженности стресс-синдрома определяется особенностями когнитивной оценки (субъективной репрезентации) стрессогенных ситуаций [274;275], изматывающих или своим постоянством или усилением психотравмирующих факторов. Таким образом, в основе «разрушающей силы» («вредоносности») воспринимаемых внешних стресс – факторов принудительного лечения лежат механизмы неадекватной когнитивной оценки ситуации длительной социальной депривации. Эти механизмы чаще всего проявляются в виде разочарования (особая форма опасности и испытываемого личностью ущерба, связанная с невозможностью реализации жизненных целей) или угрозы ожиданий вредных последствий в виде утраты способа обретения смысла.

Таким образом, различные феномены, так или иначе, по своему происхождению связанные с длительной изоляцией больных с психическими расстройствами (стигматизация, депривация, когнитивно-концептуальный диссонанс), включают в себя стрессогенно-психотравмирующие элементы, деструктивно влияющие на структурно-динамические особенности личности больных. Это обуславливает актуальность изучения у больных, находящихся в условиях социальной депривации, степени нервно-психического напряжения (НПН) и особенностей психологической защиты, позволяющих корригировать их поведение в различных стрессовых ситуациях.

РАЗДЕЛ 6**СИСТЕМА ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ
ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ****6.1 Теоретическое обоснование реабилитационной тактики в
изоляциянно-депривационных условиях****6.1.1 Медико-социальные подходы к реабилитации больных,
находящихся на принудительном лечении**

Продолжительность пребывания больных в стационаре, в отличие от других популяций психиатрических учреждений, является постоянной характеристикой судебно-психиатрического контингента пациентов [276]. Во всем мире широко дискутируется клиническая и социальная целесообразность длительного стационарирования больных, средняя продолжительность которого в разных странах составляет от 2-3 лет до пожизненного содержания в психиатрической больнице [277-280]. В то же время есть данные, что качество ремиссии (вероятность рецидива, число повторных госпитализаций), а также вероятность повторных общественно-опасных действий не зависит от длительности нахождения в стационаре [281;282]. Из этого делается вывод о возможности сокращения сроков госпитализации. В частности, L. Appleby [283] считает, что оптимальная длительность госпитализации не должна превышать одного года.

В нашей стране Закон о психиатрической помощи не устанавливает срока пребывания психически больного на принудительном лечении, но предусматривает гарантии, препятствующие его содержанию более длительное время, чем это необходимо. Однако критерии «необходимой» продолжительности

принудительного лечения не имеют научного и клинико-социального обоснования.

В то же время, данные, представленные в предыдущих главах настоящего исследования, свидетельствуют о том, что психическая депривация у больных шизофренией должна рассматриваться не только как результат длительного пребывания в психиатрическом стационаре, но и как состояние, формирующееся у пациента под влиянием совокупности факторов, привнесенных в его жизнь болезнью. В особой социальной среде психиатрического стационара создаются специфические условия, нарушающие механизмы переработки информации, а также формирования социальных норм и стилей поведения. Исходя из такого понимания причин формирования психической депривации, как продукта, закрепленного в течение длительного времени дезадаптивных поведенческих реакций и перцептивно деформированного жизненного процесса [284], целесообразным представляется использование методов преобразования форм деятельности и расширения социальных связей больного. Терапия поведения при этом должна заключаться не в тренировке элементарных навыков, а в форме систематического построения адекватных отражений действительности с развитием способности самостоятельной коррекции и регулирования психической деятельности, т.е. в форме, наполненной широким и принципиальным психологическим содержанием. Успешность реализации этого требования определяется, в основном, преморбидным уровнем социализации пациента, выраженностью симптомов госпитализма, личностной беспомощности и возможностями сообщества.

В частности, специфика принудительного лечения, заключающаяся в своеобразии клинико-социальных характеристик больных и длительных сроках их содержания в условиях социальной депривации, диктует необходимость, во-первых, определенной планомерности и этапности лечебно-реабилитационных мер, осуществляемых во время принудительного лечения, а во-вторых, их дифференцированного применения к разным группам пациентов [285;286].

В этой связи были предприняты попытки создания благоприятных возможностей для интегрирования больных в общество путем научно обоснованного определения оптимального уровня их принудительной изоляции. В частности, на законодательном уровне и на уровне местных инициатив разрабатываются стратегии уменьшения социальной изоляции лиц с психическими расстройствами [287]. Для этого используются просветительские компании [288], развитие тенденций толерантного отношения к психически больным, антидискриминационные подходы [289], совершенствуются организационные и реабилитационные аспекты принудительного лечения больных с учетом растущей тенденции к гуманизации и правовому регулированию психиатрической помощи [17;290].

В многочисленных исследованиях обосновывается необходимость использования на этапах принудительного лечения сочетанных медикаментозных воздействий с индивидуально подобранными программами социальной реабилитации и реинтеграции пациентов. Такая тактика, по мнению многих исследователей [291;292], является решающим фактором повышения эффективности принудительного лечения.

По данным Л.Н. Юрьевой [285], специфика реабилитационных мероприятий в условиях принудительного лечения определяется преобладанием больных, резистентных к терапии, большим удельным весом экзогенных факторов в анамнезе больных, наличием феномена госпитализма у большинства пациентов, преобладанием в одном отделении социально дезадаптированных больных с асоциальными формами поведения и дефицитом социальных навыков, длительностью принудительного лечения, которая значительно превышает курс терапии, необходимый для достижения собственно клинического эффекта. Автором выделены специфические особенности лечебно-реабилитационной тактики по отношению к больным шизофренией, совершившим ООД по продуктивно-психотическим и негативно-личностным механизмам, а также в случаях ситуационно спровоцированных деликтов и правонарушений, носивших инициативный характер, или обусловленных собственно психопатологическими

особенностями. Впервые была разработана поэтапная программа реабилитационных мероприятий на основе клинических, психологических и групповых феноменов. Выделены, в частности, четыре этапа принудительного лечения, позволивших индивидуализировать назначение медикаментозного лечения, психотерапии, разнообразных методов групповой работы.

В.П. Котов и соавт. [286] при разработке принципов дифференцированного принудительного лечения психически больных предлагают учитывать особенности дефицитарных расстройств и изменений личности: а) эмоциональная бесконтрольность, повышенная внушаемость и подчиняемость; б) интеллектуальная недостаточность; в) изменения личности и психопатоподобные расстройства в рамках текущего процесса; г) стационарные дефицитарные нарушения и д) извращенность и расторможенность влечений.

Отмечена высокая эффективность групповых психокоррекционных занятий, направленных на коррекцию самооценки пациентов, формирование критического отношения к совершенному противоправному действию, просоциальных поведенческих установок, расширение самосознания, опирающееся на мотивационную и смысловую сферу пациентов [293]. Обоснована необходимость широкомасштабной социальной работы с этими пациентами, направленной на защиту их прав и законных интересов [294;295].

По данным Л.Н. Юрьевой [285], принудительное лечение больных шизофренией не может быть ограничено только медикаментозным воздействием, ибо его основная цель – формирование просоциально направленной постпсихотической личности. Эта цель в значительной мере достигается психокоррекционными методами, а также соответствующей организацией принудительного лечения. Отделения, в которых содержатся пациенты, должны выполнять функции реабилитационного центра, в котором предусматриваются не только условия для наблюдения за пациентами и медикаментозная терапия психопатологических расстройств, но и обеспечивается лечебно-реабилитационный режим для разных категорий больных. Особое внимание должно быть уделено пациентам с психопатоподобным радикалом в поведении,

так как они составляют большую часть больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, а доминирующей в их реабилитационных программах должна стать коррекция личностных и морально-этических установок. Для реализации поэтапных реабилитационных программ необходим специально подготовленный коллектив медицинских работников, в котором наряду с психиатрами должны работать психологи, социологи и социальные работники.

В качестве эффективных психосоциальных подходов к лечению больных шизофренией в специализированных учреждениях используются: когнитивно-бихевиоральная терапия [296], интенсивная психодинамическая терапия [297], обучение социальным навыкам [298], обучение навыкам преодоления гнева [299], вовлечение членов семьи в процесс работы с пациентами [300].

Используемые терапевтические стратегии включают [299] приемы уменьшения тревоги, релаксации, тренинг уверенности в себе, навыков преодоления гнева и развития навыков общения. В программах развития навыков преодоления гнева предусматривается: раскрытие сути проявления агрессии; самостоятельный контроль частоты вспышек гнева; учет выраженности ситуационных раздражителей, построение личной иерархии таких раздражителей и использование ее для выработки навыков преодоления гнева; релаксация с целью снижения общего уровня возбуждения, позволяющая проводить тренинг с управляемыми образами; реструктурирование когнитивных функций путем смещения фокуса внимания; изменение системы поощрений и использование самообучения; развитие навыков адаптации поведения, общения и уверенности в себе путем ролевой игры.

Описаны разнообразные психотерапевтические подходы к больным шизофренией, находящимся на принудительном лечении: использование социометрических методов для создания «психотерапевтической среды» в отделениях для принудительного лечения [301], методов групповой терапии [285].

Широкое распространение в условиях принудительного лечения получила социально-трудовая реадаптация больных шизофренией с акцентом на трудовую терапию. По данным В.Г. Фидлера [302] трудотерапия и трудоустройство

больных способствуют снижению повторных ООД больных шизофренией и являются важнейшим этапом реабилитационного процесса.

И.Ф. Куземко [303], анализируя 118 больных параноидной шизофренией, находившихся на принудительном лечении, предложил систему реабилитационных мер, основное внимание в которой также уделил выбору адекватной трудовой терапии для данного контингента больных. Он выделил 3 основных этапа ее проведения: 1) поиск ориентировочного вида труда, 2) формирование сознательного отношения к труду, 3) формирование органической потребности в труде. Наибольшего успеха, по мнению автора, удастся добиться у больных шизофренией с параноидным типом дефекта, меньшего – с апато-абулическим и почти не удастся у больных с психопатоподобным типом дефекта.

В ряде исследований четко структурирована этапность реабилитационного процесса в условиях принудительного лечения больных шизофренией, в частности, на диагностическом этапе реабилитации, на этапе реабилитационного вмешательства и на этапе поддержки окружения. Используемая реабилитационная тактика позволила значительно увеличить число больных, ежегодно завершающих принудительное лечение и возвращаемых в привычное сообщество [304].

Однако, как следует из результатов проведенного нами исследования, важнейшим направлением реабилитационной тактики в условиях длительного изоляционно-ограничительного режима содержания данного контингента больных является преодоление неблагоприятных депривационных (экстремально-стрессовых) особенностей среды их обитания и негативных эффектов формирующегося в таких условиях синдрома психической депривации:

- депрессивность, безнадежность;
- пессимистический стиль атрибуций с использованием неконструктивных стратегий преодоления трудностей;

- личностная беспомощность (мотивационные, когнитивные и эмоциональные дефициты), низкая способность управления событиями собственной жизни, избегание лишних усилий.

6.1.2 Личностная беспомощность как основная мишень психокоррекционных мероприятий при психической депривации

Исследования поведения человека при достижении поставленных целей показали, что неудачи являются стрессовыми по своей природе и вызывают состояние психической напряженности, а также конфликт между оценкой своих возможностей и реальными результатами [305;306]. Серия неудач приводит к так называемой выученной беспомощности. Если действия никак не влияют на ход событий и не приводят к ожидаемым результатам, у человека начинает развиваться установка по типу: «Я ничего не могу изменить». Это вызывает мотивационный, когнитивный и эмоциональный дефицит, который носит комплексный характер и действует как ступор, паралич воли.

Мотивационный дефицит проявляется в пассивности – торможении побуждений к активному вмешательству в ситуацию, когнитивный – в искажении восприятия ситуации и затруднении последующего научения в аналогичных ситуациях в будущем, эмоциональный – в формировании состояния подавленности и даже депрессии [103].

В психологии разработано достаточно много подходов к преодолению негативных последствий неудачи и, в частности, к профилактике и противодействию выученной беспомощности. Все они напрямую связаны с развитием внутренних ресурсов – соответствующих личностных качеств,

эффективных стратегий поведения, а также стратегий «совладания (coping) с ситуацией».

К качествам, которые определяют влияние успеха и неудачи на результативность деятельности, относят: 1) мотивационные (мотивы стремления к успеху и избегания неудачи, уровень притязания и самооценка; 2) эмоциональные (фрустрационная толерантность и эмоциональная устойчивость); 3) волевые (целеустремленность, настойчивость, самообладание); 4) оценочные (оптимизм и пессимизм, устойчивый тип атрибуции) [306]. Некоторые из них учтены в современных системах обучения, разработанных для коррекции поведения, имеющего признаки беспомощности и депрессии. Тем не менее, о единой системе, которая бы охватывала все перечисленные группы качеств и способствовала бы развитию успешных стратегий противодействия выученной беспомощности, пока говорить рано.

Рассмотрим ряд конкретных подходов, анализ которых может оказаться полезным при разработке интересующих нас коррекционных и обучающих программ.

Наиболее актуальное направление поиска способов превенции, профилактики и преодоления проявлений выученной и личностной беспомощности осуществляется в русле новой позитивной психологии, основанной М. Селигманом [30]. Выполняются, в частности, исследования позитивных конструкторов личности, которые повышают толерантность к негативным образованиям типа феномена беспомощности. К ним относят активную жизненную позицию [148], уверенность в себе [308], личностный потенциал [123], самореализацию [149;306;309], оптимизм [305]. К факторам, препятствующим формированию выученной беспомощности, относят также: опыт активного преодоления трудностей и собственного поискового поведения; психологические установки относительно атрибуции своего успеха и неудач; высокую самооценку; оптимизм [310-316].

Эффективной помощью человеку с формирующейся или сформированной выученной беспомощностью является коррекция иррациональных когниций и

обучение соответствующему типу атрибуции в рамках «атрибутивной терапии» [317-319].

В силу того, что одним из основных факторов выученной беспомощности является формирование (на основе рефлексивного анализа) соответствующей атрибутивной схемы, демобилизующей индивида перед лицом «непреодолимого препятствия», ее преодоление становится возможным лишь в результате когнитивной трансформации данной атрибутивной схемы, т.е. атрибутивного реструктурирования.

Исследования Г. Абрамсона [83;84] показывают, что в основе негативных представлений, порождаемых опытом взаимодействия с неконтролируемыми событиями, лежит каузальная атрибуция, совершаемая индивидом. Если субъект приписывает причинность неконтролируемых событий интернальным, стабильным и глобальным факторам, происходит генерализация беспомощности, появляется депрессия и снижается самоуважение [320].

Преодоление беспомощности, таким образом, становится возможным через атрибутивное реструктурирование интернальности, стабильности и глобальности причинности.

Тем не менее, позитивные изменения стиля атрибутирования, прежде всего, связаны с изменением самоатрибуции. Лишь наличие позитивного самоотношения, осознания позитивных ресурсов и возможностей их актуализации создает необходимые предпосылки для последующих изменений.

Программа «атрибутивной терапии» включает в себе два компонента: когнитивный компонент и компонент, направленный на развитие навыков разрешения социальных проблем. Суть когнитивного компонента состояла в следующем: пациентов обучали идентифицировать негативные убеждения, оценивать эти убеждения, находя доказательства за и против, и производить более реалистические альтернативы. Компонент тренинга, касающийся атрибутивного стиля, подразумевал обучение детей, и идентифицировать пессимистические объяснения и давать более оптимистичные (и более реалистичные) альтернативные объяснения. Компонент, направленный на развитие навыков

разрешения социальных проблем, сосредоточен на проблемах поведения и межличностных проблем, которые часто связаны с депрессией и беспомощностью.

Согласно подходу Х. Хекхаузена [321], корректирующему влиянию на выученную беспомощность в программе модификации поведения должны подвергаться (по отдельности или вместе) три детерминанты: процессы формирования уровня притязаний на основе личного стандарта, каузальная атрибуция успеха и неудачи и самооценка. При этом коррекция эмоционально-волевых качеств приобретает характер дополнительного эффекта. Под модификацией поведения, по сути, понимается выработка адекватной самооценки, которая, в свою очередь, делает человека мене зависимым и эмоционально устойчивым в случае неудачи.

По мнению Х. Хекхаузена [322], адекватная самооценка может быть сформирована при наличии у человека индивидуализированного личностного стандарта своих достижений. Для выработки такого стандарта любое воздействие должно опираться на «индивидуальные относительные нормы» в противовес «социальным относительным нормам, где критерием оценки являются достижения других людей или усредненные нормативы. В отличие от социальных, индивидуальные нормы отличаются гибкостью, создают реалистичный уровень притязаний, обеспечивают зону «максимальной мотивации» (или зону ближайшего развития) и позволяют объяснять успех и неудачи внутренними причинами.

Специфика воздействия, основанного на идеях Х. Хекхаузена, состоит в следующем:

- индивидуальное дозирование уровня трудности промежуточных задач, который соответствует или в немного превышает уровень возможностей человека в данный момент;
- самостоятельность в выборе трудности задачи, которая повышает уровень личной ответственности человека за ее решение и создает ощущение причастности к достигнутому результату;

- ориентация атрибуции педагога (как в случае успешных результатов, так в случае неудачи) на изменчивые внутренние факторы (в основном, на величину приложенных усилий), т.е. на свойства, поддающиеся коррекции и зависящие от ученика [125].

Следующий подход к преодолению беспомощности опирается на теорию мотивации достижения Аткинсона-МакКлеланда-Вейнера [326], согласно которой наиболее благоприятным соотношением является преобладание в 2-3 раза величины мотива стремления к успеху над мотивом избегания неудачи. Соответственно, коррекция беспомощности связана с изменением соотношения мотивов стремления к успеху и избегания неудачи на благоприятное. Поскольку мотивы являются, по представлениям Д. МакКлеланда, «аффективно окрашенной сетью ассоциаций» между побуждением и предвосхищаемыми и реальными переживаниями успеха и неудачи, то для того, чтобы мотив стремления к успеху стал доминирующим, необходимо увеличить число его аффективных ассоциативных связей. С этой целью Д. МакКлеландом были разработаны курсы мотивационного тренинга, элементами которого являются: анализ содержания рассказов по ТАТ с выделением ключевых категорий мотивации достижения; разбор конкретных случаев поведения, направленного на достижение; отработка реалистичного целеполагания в игровых условиях; анализ собственного образа жизни и его совмещение с деятельностью достижения; организация социальной поддержки побуждений к достижению и т.д. Более современный вариант этих мотивационных тренингов учитывает положения теории атрибуции и представления об индивидуальных относительных нормах [326].

Эффективный подход к коррекции беспомощности, вызванной систематическими неудачами, предложен М. Селигманом и основан на теории выученной беспомощности. М. Селигман [30;327] описал программу самообучения, цель которой – осознание процесса перехода ситуативной неприятности в дальнейшие неприятные последствия. Теоретической основой в данном случае является «модель неприятности НМП» А. Эллиса, представляющая собой типичные последовательные переходы от неприятности (Н) и размышлений

о ней к мнению (М) о неприятности (т.е. итогу размышлений о неприятности и ее причинах), которое является важнейшей предпосылкой дальнейших последствий (П) того, что человек чувствует и совершает [328-330]. Для осознания этого процесса производится анализ конкретных ситуаций, позволяющий проследить, как сформированное мнение оказывает влияние на поведение. Для изменения малоадаптивного стиля атрибуции, приводящего к неадаптивному мнению, предлагается: отвлечься от навязчивых мыслей, переключив внимание на другой объект или событие; обсудить с самим собой вопрос о справедливости пессимистического мнения, используя обычные приемы дискуссии; перейти после обсуждения к активизации своего поведения, предприняв ряд действий, направленных на выход из ситуации.

Один из подходов к преодолению выученной беспомощности опирается на психотерапевтические теории гуманистического направления, в том числе на идеи Д. Робертса, К. Роджерса, А. Маслоу. Д. Робертс подчеркивает роль развитого чувства собственного достоинства и необходимость принять «здоровые базовые верования», смысл которых заключается в следующем: каждый человек – способный, любящий, ценный, сильный и равный другим. Для коррекции беспомощности необходимо преодоление позиции «жертвы» и восстановление автономии «здоровых базовых верований», адекватной оценки себя и окружающего мира, укрепление уверенности в собственных силах, развитие творческого подхода к разрешению проблем, изменение неадекватных стереотипов поведения, а также мистифицированных теоретических схем, усвоенных в течение жизни и закрепляющих представления о фатальности действия прошлого опыта, культурных традиций, способствующих закреплению пассивной позиции по отношению к своей жизни, развитие способности самостоятельно решать возникающие жизненные задачи. Все эти изменения возможны при проведении групп личностного роста и других формах психотерапевтической работы. Данный подход направлен на переформирование системы ценностей человека, включение в эту систему общего позитивного отношения к себе и окружающему миру [331;332].

Кроме описанных подходов к коррекции выученной беспомощности, опирающихся на когнитивистски ориентированные теории атрибуции, заслуживают внимания и методы воздействия другой ориентации.

Согласно теории оперантного анализа решения проблем (учитывающей функциональную взаимосвязь между поведением индивидуума и окружающей средой) существует три возможных способа реагирования субъекта в критических ситуациях, требующих определенного выбора, связанного с изменением [333]:

- 1) стереотипная реакция – автоматическая цепочка действий, проверенная опытом, которая приводила к успеху в прошлом;
- 2) реакция фрустрации, ведущая к избеганию и выходу из ситуации без достижения результата;
- 3) эвристическая реакция, предполагающая нестандартное решение, как правило, следующее за серией неудачных попыток решить проблему стандартным путем. Эта реакция проявляется в форме инсайта, или резкого скачка.

Эвристический тип реагирования предполагает осознание того, что «катастрофы» являются единственным путем развития и поэтому неизбежны и позволяет снять страх неопределенности, связанный с изменением, за счет творческого отношения к решению проблемы, которое отражает потребность личности в самоактуализации. Для данного типа реагирования необходимы адекватная информация о ситуации и собственных возможностях и высокая мотивация.

Эта модель, хотя и выглядит избыточно образной и механистической, представляется полезной для людей, попавших в проблемную ситуацию. Основная задача, объединяющая возможных «потребителей» модели – свести к минимуму страх неудачи и последующую беспомощность, которая заканчивается избеганием критических (проблемных) ситуаций, развить в себе способность противостоять временному неуспеху и научиться четко определять «точку катастрофы», выход за которую является условием успешного решения проблемы.

В качестве эффективного направления коррекции и профилактики личностной беспомощности рассматривается модель, основанная на концепции поисковой активности [118;148;157;306]. Считается, что важнейшими факторами, позволяющими предотвратить развитие выученной беспомощности, помимо оптимистического атрибутивного стиля, являются высокая самооценка, уважение к себе и опыт преодоления трудностей, т.е. опыт поисковой активности, при этом неважно, в какой сфере жизни был этот опыт.

Сопrotивляемость по отношению к неудачам повышается не благодаря опыту успеха, а благодаря опыту преодоления трудностей, опыту активного поискового поведения (по В. Ротенбергу). Легко достигнутый успех снижает поисковую активность и создает предпосылки к возникновению беспомощности.

Таким образом, эффективными методами коррекции и профилактики беспомощности являются «атрибутивная терапия», усиление осознания контроля над происходящим, развитие навыков разрешения социальных проблем и эвристического типа реагирования в проблемных ситуациях, развитие мотивов стремления к успеху, развитие настойчивости и позитивного отношения к себе и к окружающему миру, а также использование стратегий, поощряющих самостоятельность.

Существующие подходы к коррекции выученной беспомощности включают в себя несколько общих моментов: когнитивный компонент (основанный на осознании негативных стратегий мотивации, восприятия ситуации и последующего реагирования на нее); мотивационно-поведенческий компонент (формирование новых, эффективных мотивационных установок и стратегий поведения); эмоциональный компонент (позитивное аффективное подкрепление). В то же время, каждый из подходов имеет и свою уникальную специфику. Теория «относительной нормы» в обучении опираются на формирование индивидуализированного личностного стандарта достижений, теория мотивации достижения – на установление баланса между такими свойствами личности как «склонность к неоправданному риску» и «чрезмерная осторожность». Переформулированная модель выученной беспомощности является

теоретической основой для направленной выработки оптимистического стиля объяснений причин успеха и неудачи. Подход с позиции теории катастроф делает акцент на творческом подходе в проблемной ситуации, а психотерапевтические теории – на переформировании системы ценностей человека, включении в эту систему общего позитивного отношения к себе и жизни вообще.

Ни один из подходов нельзя назвать универсальным, однако, их комплексное использование может дать мощный эффект – добиться устойчивого изменения личности не только в плане поведенческих стратегий, но и на глубинном, оценочном уровне [323-325].

6.2. Система психокоррекции негативных эффектов психической депривации

Депривационный синдром, формирующийся у больных шизофренией в условиях длительного принудительного лечения, как многокомпонентное состояние, предполагает применение комплексных мер по его предотвращению и коррекции. Как уже отмечалось, в соответствии с данными проведенного исследования базисными феноменами, подлежащими редукции, являются концептуально-когнитивный диссонанс и личностная беспомощность. Исходя из этого, разработанная нами система антидепривационных мероприятий включала два направления:

- 1) общие антидепривационные мероприятия, направленные на смягчение изоляционно-ограничительных эффектов среды обитания и понижение (минимизацию) мотивационного, когнитивного, эмоционального, и экзистенциального дефицита;

2) использования специальных антидепривационных стратегий, направленных на редукцию (преодоление) базисных проявлений психической депривации: концептуально-когнитивного диссонанса (Я-угрозы) и личностной беспомощности. В качестве теоретической основы для разработки этой системы использовались концептуальные подходы, отражающие современное состояние проблемы психической депривации, личностной беспомощности и концептуально-когнитивного диссонанса [334]. Основные положения этих подходов изложены в соответствующих главах.

Общие антидепривационные мероприятия

Ниже представлены цели и содержание общих антидепривационных мероприятий, проводившихся в отделении с усиленным наблюдением, адресованных к различным сферам депривации.

Преодоление сенсорной депривации

Цель – оптимизация в среде обитания количества и качества сенсорных стимулов (сенсорная стимуляция).

Содержание – эстетическое оформление помещений, релаксирующая музыка, ароматерапия, дозированная физическая нагрузка.

Преодоление когнитивной депривации

Цель – обеспечение необходимого количества информационных стимулов, позволяющих выстраивать адекватные когнитивные модели окружающего.

Содержание – психообразовательные мероприятия, направленные на избегание информационного дефицита в проблемных для пациентов вопросах, получение новых впечатлений, приобретение знаний, в том числе в сфере актуальных жизненных ситуаций и способов совладания с жизненными трудностями.

Преодоление эмоционального дефицита

Цель – создание условий, потенцирующих эмоциональный резонанс и собственную поисковую активность больных.

Содержание – многосторонняя включенность пациентов в процессы субъектно-ориентированного общения с активацией чувства сопричастности в решении локальных проблем жизнедеятельности отделения.

Преодоление экзистенциальной депривации

Цель – привлечение больных к осознанному выполнению различных социальных ролей, смягчающих проявления ценностного вакуума и потери жизненных смыслов.

Содержание – занятость в рамках повседневной деятельности: уход за собой, накрывание столов, мытье посуды, полов, уход за растениями, уборка помещений и другие формы самообслуживания; творческие занятия, ролевые игры, а также занятость по интересам: настольные игры, мелкий ремонт оборудования, дежурства по отделению, организация вечеров художественной самодеятельности, тематических вечеров, концертов и т.д.

Специальные антидепривационные стратегии

Стратегия преодоления концептуально-когнитивного диссонанса

На базе современных представлений о способах редукции диссонанса (психологический дискомфорт, нервно-психическое напряжение), устранение Я-угрозы или рассогласования между ожиданиями, установками и реальными действиями в депривационной среде возможно при изменении представлений о себе в соответствии с воспринимаемой информацией или игнорировании негативных аспектов последней путем: 1) подкрепления значимой части Я-концепции или 2) в процессе интеграции травматического опыта.

Подкрепление пациентом значимой части Я-концепции осуществлялось с помощью самоподкрепления - self-affirmation (универсальное объяснение процессов редукции диссонанса по С.М. Steele [337]. Определяющим в уменьшении Я-угрозы (диссонанса) здесь выступали факторы самоуважения и

одобрения со стороны других. Решение этой задачи достигалось в процессе использования элементов тренинга «Самоуважение – путь к эмоциональной стабильности, стрессоустойчивости и обретению внутренней силы», увеличения социальных контактов, формирования групп единомышленников, формального и неформального общения, возможности для изменения собственного мнения и самооценки.

Интеграция травматического опыта (страдания) вследствие длительной изоляции и социальной депривации в общий опыт, т.е. в концептуальную систему личности, осуществлялась в процессе формирования позитивных атрибутов сложившейся ситуации и устранения рассогласования между ожиданием («сценарий будущего» по А.Н. Бегояну) и конкретной (экстремальной для пациента) действительностью. В рамках этой стратегии использовалась техника вскрывающих интервенций – метод, заключающийся в том, чтобы помочь пациенту, путем адекватной селекции и обесценивания негативной информации или дистанцирования от нее, пережить травматические переживания, переосмысливая, переоценивая и интегрируя их. Тем самым делалось возможным преодоление иррациональных и деструктивных личностных стратегий «сглаживания диссонанса» и смягчение дискомфорта и напряжения.

Специальные антидепривационные стратегии реализовались в процессе тренингов когнитивного функционирования, социальных и коммуникативных навыков. Решались следующие задачи:

1. Изменение поведенческих элементов когнитивной структуры с негативных на позитивные, с «я здесь ничего не делаю» на «здесь есть, чем заняться».

2. Изменение когнитивных элементов, относящихся к негативному (враждебному) восприятию среды обитания, например, с «я здесь надолго» на «я здесь временно».

3. Добавление в когнитивную структуру новых элементов (позитивных атрибутов сложившейся ситуации), повышающих диссонансоустойчивость личности («условия здесь лучше, чем в зоне», «другого выбора у меня нет»).

4. Уменьшение значимости одного из диссонансных элементов – «я изолирован, но на свободе больше проблем и риска для жизни».

5. Смягчение эффекта «принудительности» сложившейся жизненной ситуации, формирование согласованности установок, ожиданий с текущим положением вещей.

Стратегия преодоления личностной беспомощности

С учетом невозможности избегать при проведении принудительного лечения больных шизофренией ситуации изоляции, в которой проявления депривации в т.ч. личностной беспомощности только усиливается, ее преодоление осуществлялось с использованием терапии занятостью и мероприятий, направленных на усиление мотивации аффилиации (общения) и формирования у больных позитивного опыта (опыта успешной деятельности). Это способствовало выработке у них чувства контролируемости событий и оптимистического атрибутивного стиля.

Содержание этой антидепривационной стратегии предполагало решение следующих задач:

1. Осознание причины сформировавшегося состояния беспомощности и перемена психологических установок относительно атрибуции своего успеха и неудач.

2. Осознание имеющегося ресурса собственных возможностей.

3. Преодоление негативного эмоционального состояния (депрессивность, безнадежность), активация желаний и потребностей.

4. Формирование позитивного мышления, чувства оптимизма, веры в позитивную перспективу.

5. Повышение самооценки и чувства собственной полноценности.

6. Актуализация опыта активного преодоления трудностей, собственного поискового поведения и сопротивляемости к неудачам; создание новой стратегии преодоления препятствий и разработка пошагового достижения целей.

7. Осознание собственных прав (права на ошибку, на собственный выбор, возможности быть собой и т.п.).

Реализация этих целей и задач осуществлялась при использовании целевых тренингов: а) тренинга когнитивных функций и социальных навыков и 2) тренинга развития коммуникативных навыков.

Тренинг когнитивных функций и социальных навыков [335]. Цели:

1) усиление произвольной регуляции памяти и внимания путем обучения использования специальных средств (тренировка в переключении и удержании внимания, селектировании информации, использовании мнемотехнических приемов);

2) усиление коммуникативной направленности и когнитивной дифференцированности мышления (оперирование понятиями с ориентацией на другого человека, совместная деятельность в парах и группах для достижения общей цели);

3) развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия (тренировка в распознавании невербальных коммуникаций – мимики, позы, жестов, анализе и квалификации межличностных ситуаций, точности воспроизведения речевого поведения партнера);

4) снижение интеллектуальной ангедонии (связывание интеллектуальной деятельности с игровым компонентом и успехом);

5) развитие регуляции своих эмоциональных состояний, мышления и поведения посредством способности к самонаблюдению, самоинструктированию и совладающему диалогу;

6) отработка навыков социального поведения (тренировка в коммуникации на разные темы в группе, моделирование и разыгрывание реальных жизненных ситуаций);

7) обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем (расчленение проблемы на более мелкие, выделение этапов ее решения и конкретных задач, способов решения этих задач).

Программа тренинга включала следующие разделы:

Подпрограмма 1. Тренировка памяти и внимания (2-3 занятия).

Задачи: 1) мотивирование, проблематизация, знакомство; 2) создание безопасной атмосферы и позитивного настроения; 3) введение элементов группового взаимодействия; 4) отработка на игровых моделях мнемотехнических приемов (опора на смысловые связи) и приемов концентрации внимания (выполнение упражнений, требующих отслеживания процесса, готовность к быстрому реагированию), селективного информирования (например, отвечать только на определенные стимулы, «черного и белого» не называть и т.д.) и упорядочивания информации (составление иерархии понятий и признаков понятий, выстраивание бессмысленного набора предложений в рассказ и т.д.); 5) обсуждение трудностей, а также выработанных приемов и способов их преодоления.

Подпрограмма 2. Развитие коммуникативной направленности мышления и способности к кооперации (2-3 занятия).

Задачи: 1) введение взаимодействия в парах на материале прошлых занятий (совместное запоминание, помощь в удержании внимания); 2) работа с понятиями (определение заданных понятий для другого, угадывание задуманных понятий, совместное вычленение наиболее информативных признаков понятий, получение обратной связи о трудностях, возникающих у партнера); 3) взаимодействие в парах с целью совместного достижения определенного результата (совместное рисование фигур, преодоление препятствий и т.п.); 4) обсуждение трудностей и средств их преодоления.

Подпрограмма 3. Социальное восприятие (2-3 занятия).

Задачи: 1) тренировка в интерпретации невербальной экспрессии – распознавание эмоций, выражение различных эмоций, распознавание эмоционального состояния по мимике и жестам; 2) тренировка в анализе социальных ситуаций на материале картинок и слайдов – сбор информации об эмоциональном состоянии персонажей, обстановке и других деталях; 3) тренировка в интерпретации собранной информации; 4) тренировка в классификации и квалификации различных межличностных ситуаций; 5) обсуждение трудностей и способов их преодоления.

Подпрограмма 4. Вербальные коммуникации (2-3 занятия).

Задачи: 1) тренировка в точности воспроизведения получаемой вербальной информации, например, небольшого фрагмента текста или рассказа; 2) тренировка в составлении предложений, вопросов и ответов на заданную тему; 3) совместное интервьюирование одного или двух членов группы на заданную тему; 4) свободная коммуникация на заданную тему; 5) обсуждение трудностей и способов их преодоления.

Подпрограмма 5. Социальные навыки (2-3 занятия).

Задачи: 1) вычленение трудностей в повседневном быту и самообслуживании; 2) развитие навыков самостоятельности (например, планирование сборов перед выходом; планирование действий при походе в магазин, планирование приготовления завтрака и т.п.); 3) вычленение и обсуждение реальных жизненных ситуаций, вызывающих затруднение; 4) обсуждение возможных вариантов поведения и диалога в данных ситуациях; 5) проведение ролевой игры (вначале моделью может выступить ко-терапевт); 6) осуждение результатов ролевой игры, вычленение способов преодоления трудностей.

Подпрограмма 6. Эмоциональная саморегуляция и решение проблем (завершает этап тренинга).

Задачи: 1) развитие навыков самообладания с помощью дневника для регистрации ситуаций и связанных с ними эмоций и мыслей (методика «три колонки»); 2) вычленение причин, влияющих на настроение – провоцирующие ситуации (например, необходимость выхода из дома), негативные мысли (например, «у меня ничего не получится», «люди смотрят недоброжелательно» и т.п.), дисфункциональные убеждения (например, «надо все делать хорошо или вообще не делать», «люди недоброжелательны» и т.д.); 3) развитие навыков альтернативного мышления и совладающего диалога; 4) вычленение типичных проблемных ситуаций, их конкретизация и расчленение на более мелкие (например, устройство на работу); 5) выделение этапов и обсуждение возможных способов их решения.

Тренинг проводится с частотой не менее 2-х раз в неделю. Продолжительность каждого занятия не более 60 минут. Допускались индивидуальные вариации.

Принципы работы группы: 1) четкий, структурированный стиль ведения – все занятия четко спланированы, проводятся в строго определенные дни и часы, продолжительность одного занятия фиксирована, не должна превышать 60 минут, все инструкции к упражнениям предельно четко формулируются; 2) избегание эмоциональных и информационных перегрузок; 3) постепенный переход от жесткой структурированности с ориентацией на задания к все большей спонтанности в межгрупповом взаимодействии; 4) постепенный переход от более директивного стиля к менее директивному; 5) постепенный переход от эмоционально нейтрального материала к эмоционально нагруженному; 6) поэтапное введение нового материала и переход к более сложным целям и задачам; 7) постоянное повторение и обработка предшествующих ступеней; 8) четкая обратная связь со стороны ведущего при выполнении упражнений в плане правильности выполнения; 9) запрет на критику – ошибки фиксируются спокойно как обязательный и неизбежный элемент тренировки, в максимально доброжелательной форме; 10) насыщение занятия положительными эмоциями – упражнения проводятся в игровой форме, отмечаются все, даже маленькие достижения и успехи; 11) обмен чувствами, наблюдениями и опытом на всех этапах работы (ключевой вопрос после каждого упражнения «Что помогало, что мешало? Какие приемы использовали?»); 12) активизация и разгрузка путем чередования умственных и физических упражнений.

В процессе тренинга социальных навыков использовались также известные принципы социального научения, зарекомендовавшие себя как эффективные при работе с данным контингентом: 1) инструктирование как вести себя в той или иной ситуации; 2) обратная связь – анализ и подкрепление определенных видов поведения; 3) моделирование – воспроизведение модели поведения; 4) разыгрывание ролей; 5) социальное подкрепление – использование похвал, когда наблюдается желательное поведение.

Тренинг развития коммуникативных навыков [336].

Целью коммуникативного тренинга является формирование, восстановление и развитие у пациентов, страдающих шизофренией, навыков общения, а также приобретение ими знаний, социальных установок и опыта в области межличностного взаимодействия.

В соответствии с целью, тренинг направлен на последовательное решение следующих задач: 1) развитие мотивации и потребности к общению; 2) улучшение познавательной деятельности (мышления, речи, памяти, внимания, умения концентрироваться и проч.), развитие коммуникативной направленности мышления; 3) формирование адекватной самооценки, а также навыков саморегуляции и самонаблюдения, необходимых для эффективного общения; 4) развитие социально-перцептивных способностей (распознавание невербальных коммуникаций, чувствительности в восприятии окружающего мира, формирование умений оценивать эмоциональное и психическое состояние других людей); 5) обучение эффективным способам общения и тренировка навыков конструктивного межличностного взаимодействия.

Каждое занятие тренинга предусматривало три основные части.

В первой, вступительной, части занятия (15-20 мин.) использовались упражнения и игры, направленные на снятие психоэмоциональной напряженности, устранение тревожности, повышение групповой сплоченности, предоставление участникам возможности групповой и индивидуальной рефлексии состояний («здесь и теперь»), способствующие улучшению памяти, внимания и других функций, а также упражнения и игры, обеспечивающие настрой на работу. Как правило, эти упражнения проводились без анализа и развернутого обсуждения. В этой части занятия осуществлялась проверка выполненного задания, выяснялось, были ли трудности при его выполнении.

Во второй, центральной, части занятия использовались упражнения и ролевые игры, несущие основную психокоррекционную нагрузку и направление на развитие вербальных и невербальных коммуникаций, социального восприятия, формирование элементов эффективного межличностного взаимодействия. После

выполнения каждого упражнения проводилось его обсуждение и анализ, участники тренинга делились своими чувствами и мыслями (например, что чувствовали, когда что-то не получалось и прочее).

Третья, завершающая, часть каждого занятия строилась с таким расчетом, чтобы закрепить достигнутое в группе, поддержать положительную групповую атмосферу, мотивировать участников на участие в следующем занятии. В заключительной части занятия также проводились упражнения на групповую и индивидуальную рефлексию состояний. Использовались упражнения с незначительным вербальным компонентом, выполняемые коллективно и содержащие элементы релаксации (психогимнастические упражнения с релаксационным эффектом, рисуночные методики).

6.3. Комплексная оценка эффективности системы преодоления негативных эффектов психической депривации

Оценка эффективности разработанной нами системы антидепривационных мероприятий по отношению к больным шизофренией с длительными сроками изоляции и проявлениями психической депривации проводилась в двух репрезентативных группах: основной (N=25), включенной в комплексную систему антидепривационных мероприятий (общие антидепривационные и специальные) и группе сравнения (N=25), подвергавшихся только антидепривационным воздействиям и не участвовавшим в специальных антидепривационных тренингах. Используемые при этом критерии оценки эффективности преодоления психической депривации позволяли судить о динамике основных ее составляющих (концептуально-когнитивный диссонанс, личностная беспомощность, депрессивность (безнадежность), а также о таких

компонентах личностного потенциала как смысло-жизненные ориентации и субъективное благополучие больных.

В таблице 6.1. представлены данные об эффективности антидепривационных мероприятий в сравниваемых группах больных шизофренией по критерию нервно-психического напряжения, отражающего уровень концептуально-когнитивного диссонанса.

Таблица 6.1- Эффективность антидепривационных мероприятий в сравниваемых группах (по данным методики исследования НПН Т.А. Немчина)

Степень НПН	Исходные показатели (n=70)	Показатели основной группы (n=25)	Показатели группы сравнения (n=25)	P
Слабая (детензивная)	5 (7,2%)	5 (20,0%)	2 (8,0%)	<0,05
Умеренная (интенсивная)	16 (22,8%)	14 (56,0%)	7 (28,0%)	<0,05
Чрезмерно выраженная (экстенсивная)	49 (70,0%)	6 (24,0%)	16 (64,0%)	<0,05
Общая степень выраженности напряженности	2,4±0,24 балла	1,7±0,18 балла	2,2±0,21 балла	<0,05

Анализ распределения больных по степени НПН свидетельствует о низкой (статистически недостоверной) эффективности общих антидепривационных мероприятий (группа сравнения) и о значительной эффективности специальных антидепривационных мероприятий (основная группа; $P < 0,05$). Это подтверждалось как увеличением количества больных со слабой степенью НПН, так и уменьшением количества больных с умеренной и, особенно, чрезмерно выраженной НПН. Аналогичная закономерность выявлена и при сравнении средних показателей общих характеристик НПН. Из этого можно сделать вывод о возможности с помощью специально подобранных мероприятий эффективно влиять на уровень психического дискомфорта больных шизофренией с признаками депривационного синдрома, тем самым существенно снижая степень концептуально-когнитивного диссонанса.

В таблице 6.2. приведены результаты оценки эффективности антидепривационных мероприятий в сравниваемых группах больных по критерию диспозиционного оптимизма.

Таблица 6.2- Эффективность антидепривационных мероприятий в сравниваемых группах (по критерию диспозиционного оптимизма)

	Субшкала позитивных ожиданий	Субшкала негативных ожиданий	Общий показатель диспозиционного оптимизма
Основная группа	<u>7,3</u>	<u>4,2</u>	<u>15,7</u>
	9,8*	2,21*	19,7*
Группа сравнения	<u>7,3</u>	<u>4,2</u>	<u>15,1</u>
	7,7	4,7	15,0

Примечание- в числителе указаны исходные показатели субшкал; в знаменателе – их динамика;
* - достоверность (P<0,05).

Визуальный анализ этих данных показывает, что по всем субшкалам, включая общий показатель диспозиционного оптимизма, в процессе применения специальных методов преодоления депривации произошли изменения в сторону увеличения оптимистических установок (позитивных ожиданий), что свидетельствует о тенденции к восстановлению у больных способности контролировать свою жизнь, а также о формировании у них поисковой активности как альтернативы личностной беспомощности. Таким образом, устранялось серьезное препятствие на пути их реабилитации и социальной интеграции.

У больных, не участвовавших в специальных тренингах (группа сравнения), динамика показателей диспозиционного оптимизма была незначительна и статистически недостоверна. Из этого следует, что общих антидепривационных мероприятий, без использования специальных тренингов, недостаточно для преодоления у больных пессимистического атрибутивного стиля (негативных ожиданий относительно будущего) и смягчения, и тем более, редукции личностной беспомощности. В этих условиях психическая депривация у больных

шизофренией выступает как стабильное и устойчивое свойство, затрудняющее использование конструктивных копинг-стратегий.

Результаты оценки эффективности антидепривационных мероприятий по критериям «депрессивная симптоматика» и «безнадежность» представлены в табл. 6.3. и 6.4.

Таблица 6.3- Эффективность антидепривационных мероприятий в сравниваемых группах по критерию «депрессивная симптоматика» (%)

Тяжесть симптомов	Исходные данные	Участовавшие в тренингах	Не участвовавшие в тренингах
1. Отсутствуют	-	8,0*	-
2. Субдепрессия	17,1	44,0*	20,4
3. Умеренная депрессия	61,4	40,0*	63,6
4. Выраженная депрессия	21,5	8,0*	16,0
5. Тяжелая депрессия	-	-	-
Примечание- * - $P < 0,05$ по сравнению с исходными данными			

Таблица 6.4- Эффективность антидепривационных мероприятий в сравниваемых группах по критерию «безнадежность» (%)

Степень тяжести	Исходные данные	Участовавшие в тренингах	Не участвовавшие в тренингах
1. Безнадежность не выявлена	2,9	16,0*	8,0*
2. Легкая безнадежность	30,0	56,0*	28,0
3. Умеренная безнадежность	62,8	28,0*	56,0
4. Тяжелая безнадежность	4,3	-	8,0*
Примечание- * - $P < 0,05$ по сравнению с исходными данными			

Из представленных данных следует, что в основной группе больных шизофренией, участвующих в антидепривационных тренингах, значительно

увеличилось количество больных с умеренной и субдепрессивной симптоматикой, а у двух пациентов аффективные симптомы полностью купировались. В группе сравнения, не участвовавшей в антидепривационных мероприятиях, значимых изменений тяжести депрессивных проявлений не наблюдалось.

Аналогичная закономерность выявлена при анализе динамики состояния больных по фактору «безнадежность» - в основной группе имела место заметная положительная динамика степени тяжести чувства безнадежности, в то время как в группе сравнения существенной динамики этого показателя не было.

Полученные данные свидетельствуют о снижении под влиянием специально подобранных тренингов актуальности переживаний угнетенности и безысходности, и восстановления ощущения возможности влиять на ход событий, принятие собственных решений и контроля за собственной жизнью. Таким образом, и по критерию «депрессивная симптоматика», и по критерию «безнадежность», как составляющих психической депривации, система антидепривационных мероприятий является эффективным способом преодоления депривационных расстройств у больных шизофренией с длительными сроками принудительной изоляции в психиатрическом стационаре.

В качестве интегративного показателя, отражающего уровень позитивного психического функционирования личности, общее ощущение удовлетворенности или неудовлетворенности жизнью и напряженность в значимых личностных связях (уровень психической депривации) для обобщенной оценки эффективности антидепривационных мероприятий использовался феномен субъективного благополучия. Результаты сравнительного исследования субъективного благополучия по шкале Perrudel-Baduux (табл. 6.5) свидетельствуют о том, что в основной группе больных наблюдалось значительное улучшение индекса субъективного благополучия за счет достоверного уменьшения показателей «напряженность и чувствительность», «психоэмоциональная симптоматика», «значимость социального окружения» и «степень удовлетворенности повседневной деятельностью».

Таблица 6.5- Эффективность антидепривационных мероприятий в сравниваемых группах по критерию «субъективное благополучие»

Наименование показателей	Исходные данные	Основная группа (n=25)	Группа сравнения (n=25)
Напряженность и чувствительность	8,41±1,21	5,6±0,82*	7,91±1,12
Психоэмоциональная симптоматика	7,35±1,08	5,44±0,71*	7,04±1,03
Изменение настроения	5,83±0,84	4,96±0,69	5,94±0,87
Значимость социального окружения	7,57±1,08	4,37±0,67*	6,98±0,94
Самооценка здоровья	5,96±0,79	5,54±0,81	5,42±0,74
Степень удовлетворенности повседневной деятельностью	7,02±0,7	5,07±0,84*	6,74±0,84
Индекс СБ	7,02±0,7	5,16±0,87*	6,67±0,82
Примечание- * - P<0,05			

Эти данные можно интерпретировать с позиции положительного влияния антидепривационных мероприятий на различные составляющие субъективного благополучия даже в экстремальной ситуации длительной изоляции и депривации. Они, в частности, свидетельствуют о смягчении у этих больных уровня эмоционального дискомфорта и повышении самооценки, самоуважения и возможности самоактуализации.

В группе сравнения показатели субъективного неблагополучия оказались резистентными в отношении традиционного, преимущественно биологического лечения и претерпевали незначительные изменения.

В целом, положительная динамика исследованных показателей, охватывающих различные сферы личностного потенциала, открывает возможность для эффективного использования специального антидепривационного реабилитационного комплекса в целях преодоления (редукции) проявлений психической депривации при неизбежной длительности принудительного лечения больных шизофренией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психическая депривация больных шизофренией является одной из приоритетнейших задач современной психиатрии. Состояние психической депривации связано с фрустрацией, стигматизацией и другими негативными психоэмоциональными проявлениями, охватывающими широкий диапазон изменений познавательных процессов, эмоций и личности. Оно ассоциируется с такими определениями как «синдром хронической десоциализации» или «синдром госпитализма», предиктором формирования которых является длительное пребывание больного в социально изолированной, обедненной стимулами, среде. Принудительное лечение больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния и признанных невменяемыми, предусматривает их долговременное пребывание в условиях ограниченного социально-коммуникативного пространства и стимульно-сенсорного дефицита. В связи с этим особую значимость приобретают вопросы ранней диагностики и профилактики депривационного синдрома у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции, а также оказание квалифицированной помощи данному контингенту больных с применением антидепривационных мероприятий.

Под наблюдением в условиях стационарного лечения в психиатрической больнице г. Ждановка на протяжении 2012 – 2014 годов находилось 120 больных шизофренией, из которых 70 пациентов находились на принудительном лечении в отделении с усиленным наблюдением (в стационарных условиях специализированного типа) в связи с совершением общественно-опасных деяний, 50 человек, репрезентативных по гендерно-возрастным и клиническим особенностям, находились на лечении в общепсихиатрическом стационаре в связи с обострением заболевания.

Критерии включения пациентов в исследование были следующими: диагноз параноидной шизофрении непрерывного течения (F 20.0), установленный в соответствии с диагностическими критериями Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти МКД – 10; принудительное лечение в связи с совершением общественно-опасных деяний; пациенты мужского пола; добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

В работе использовались клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический, метод математической обработки результатов.

Клинико-психопатологический метод основывался на традиционном опросе, анализе психического состояния пациента, а также изучении динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения. Стандартизованная оценка негативной психопатологической симптоматики осуществлялась с использованием клинической рейтинговой шкалы SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), позволяющей оценить структуру и выраженность негативной психопатологической симптоматики.

Психодиагностическое исследование проводилось с использованием ряда опросников-шкал, отражающих различные составляющие личностного потенциала больных: удовлетворенность основных потребностей, смысложизненные ориентации, уровень оптимизма-пессимизма, выраженность депрессии и безнадежности, субъективное благополучие, нервно-психическое напряжение и напряженность механизмов психологической защиты.

Исследование удовлетворенности потребностей проводилось при помощи методики диагностики степени удовлетворения основных потребностей (метод парных сравнений В.В. Скворцова в модификации И.А. Акиндиновой). Для исследования смысложизненных ориентаций в работе использовался тест «Смысложизненные ориентации» (методика СЖО) Д.А. Леонтьева (1993). Для оценки уровня оптимизма-пессимизма как атрибутивных стилей в теории выученной беспомощности М. Селигмана нами использовался опросник

диспозиционного оптимизма (Life Orientaton Test, LOT), методика, разработанная американскими психологами Майклом Шейером и Чарльзом Карвером в 1985 году на основе модели поведенческой саморегуляции (адаптация О.А. Сычева, 2008). Для определения степени выраженности депрессии и безнадежности использовались шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI), шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Inventory – BHI). Для оценки субъективного благополучия использовалась шкала субъективного благополучия (Perrudel-Badoux et al, 1988). Особенности нервно-психического напряжения и напряженности механизмов психологической защиты были изучены с использованием опросника «Определение нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин) и методики Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI, 1979), являющейся адекватным диагностическим средством, позволяющим диагностировать всю систему механизмов психологической защиты.

Социально-психологическое исследование включало изучение уровня эмпатии и аффилиации. Для исследования уровня эмпатии была использована методика И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций». Для оценки уровня аффилиации использовался опросник А. Мехрабиана.

Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа - «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Абсолютное большинство больных шизофренией, находившихся на принудительном лечении, составили лица трудоспособного возраста – 80% в обеих группах. Группа сравнения была сопоставима с основной по возрасту и клиническим проявлениям. Верификация диагностических оценок в обеих группах осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями параноидной шизофрении (F20.0) МКБ-10. У всех больных тип течения шизофренических расстройств был определен как непрерывный (F20.0 x 0). В основной группе 100,0% больных имели группу инвалидности, в группе сравнения – 48 человек (96,0%). В обеих сравниваемых группах преобладали

больные не имеющие собственной семьи и располагающие ограниченными возможностями, как для самореализации, так и для получения социальной (семейной) поддержки – 88,5% пациентов основной группы и 86,0% группы сравнения. Средняя длительность изоляции больных в основной группе составила $5,94 \pm 0,34$ лет, в группе сравнения $1,88 \pm 0,12$ месяцев.

Значительно большая длительность изоляции больных основной группы сама по себе дает основания для констатации наличия депривационной ситуации, однако для ее верификации учитывались следующие особенности госпитальной среды:

- принудительная социальная изоляция в рамках закрытых групп вне зависимости от желания и воли человека (депривационная ситуация);
- многоаспектный характер депривационного воздействия, в условиях изоляции от стимульной среды;
- длительное ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей и полноценных контактов индивидуума с социумом;
- невозможность адекватного «сенсорного насыщения», наличие «обедненной среды» постоянного пребывания;
- деформация коммуникаций, идентификация с постоянными членами группы взаимодействия в неизменяющейся монотонной среде;
- отчуждение от привычных отношений с окружающим миром; ограничение возможностей для усвоения автономной социальной роли;
- несовпадение «ценностных ожиданий» и «ценностных возможностей» пациента;
- постоянная «публичность» и информационная истощаемость партнеров по общению.

Перечисленные факторы рассматривались как ситуационные предпосылки для формирования депривационного синдрома.

В группе сравнения вышеприведенные особенности госпитальной среды не имели такого очевидного и долговременного характера.

У больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, были выявлены более глубокие дефицитарные нарушения, чем в группе сравнения. По кластеру «общая оценка аффективного поведения» общий уровень экспертной оценки эмоциональной выразительности достоверно выше у группы сравнения ($p=0,039$). В группе длительно изолированных больных диапазон значений этого показателя соответствовал умеренной или выраженной степени тяжести ($2,89\pm 0,27$) и отражал значительное снижение эмоционального резонанса, отгороженность и обособленность больных. Показатель «субъективная оценка алогии» у больных основной группы ($2,46\pm 0,23$) свидетельствовал о снижении продуктивности и целенаправленности мыслительной деятельности. Показатель «глобальная оценка абулии-апатии» ($2,74\pm 0,21$) у больных основной группы был достоверно выше ($p=0,017$), чем в группе сравнения, что свидетельствует о наличии, как минимум, умеренно выраженной симптоматики гипобулического типа. Наиболее значительные различия в сравниваемых группах относятся к общей оценке ангедонии и социального ухода. Избегание общества и неспособность поддерживать конструктивные отношения с окружающими проявляются в редукции социальных контактов и достоверно ($p=0,043$) более выражены у больных основной группы – ($3,24\pm 0,29$), показатель в группе сравнения – ($1,28\pm 0,14$). Нарушения внимания, как элемента когнитивного функционирования, в виде трудности в сосредоточении и концентрации у пациентов обеих групп существенно не отличались и соответствовали среднему уровню выраженности.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о негативном влиянии на базисные психические функции больных длительных сроков изоляции и рассматривать выявленные различия тяжести психопатологических симптомов не как проявление патодинамических особенностей заболевания (обследовались репрезентативные группы больных), а как результат их длительной изоляции и социальной депривации.

Конкретный социокультуральный контекст долговременной изоляции больных шизофренией с учетом их социальной приспособляемости и

адекватности поступков предполагает не только оценку клинико-психопатологических феноменов, но и изучение границ коммуникативных возможностей пациентов. Одним из негативных последствий изоляции является невозможность использования собственного эмоционального опыта, лежащего в основе взаимоотношений и взаимодействия в группе больных и порождающего конфликты, групповое неприятие т.п. Наиболее частой причиной таких коммуникативных контактов, прямо или косвенно влияющих на вероятность совершения больными насильственных действий, является нарушение эмпатийного взаимодействия. Результаты проведенного исследования позволили выявить три уровня эмпатийных тенденций: высокий (17 чел, 14,2%), средний (71 чел, 59,2%) и низкий (32 чел, 23,6%). В обеих группах больных преобладает средний уровень эмпатийных тенденций (50% больных в основной группе и 72% в группе сравнения), что соответствует нормативному распределению этого показателя. Среди больных шизофренией с долговременной изоляцией, в отличие от больных группы сравнения, преобладали как высокие, так и низкие уровни эмпатийных тенденций. В то же время при анализе показателей выраженности уровней эмпатии достоверных различий в сравниваемых группах больных не выявлено. В качестве тенденции, приближающейся к значимой, можно указать на концентрацию как менее низких ($32,91 \pm 2,16$) и наиболее высоких ($65,92 \pm 5,85$) показателей у больных основной группы. Это находит отражение в общем показателе эмпатийных тенденций у больных сравниваемых групп и, в конечном счете, не позволяет уровень склонности к эмпатии однозначно связать с длительностью изоляции и социальной депривации.

Оценивая низкие показатели эмпатии, а также качественные ее характеристики у больных с длительными сроками изоляции и социальной депривации, с учетом существенной роли эмпатийных тенденций и установок в просоциальном поведении человека, можно прийти к выводу о низком уровне просоциальной активности у этого контингента больных, а следовательно, о большей вероятности прогнозируемого асоциального поведения, по сравнению с кратковременно госпитализируемыми больными. В то же время, модерлирующие

эффекты социальной поддержки, более широко представленные в отделении, осуществляющем принудительное лечение, по сравнению с краткосрочными госпитализациями, «смягчают» негативные последствия длительного изоляции, способствуют повышению стрессоустойчивости больных, что можно рассматривать как один из факторов, благоприятно влияющих на возможность реализации социально-опасных действий больных шизофренией. Следовательно, сам по себе уровень эмпатийных тенденций не является надежным критерием про- или асоциального поведения. Его следует учитывать в комплексе с другими личностно-психологическими особенностями и ресурсными возможностями больных.

В ситуации изоляции (как одном из типов экстремальной ситуации) при проведении принудительного лечения пациент оказывается перед лицом диалектического противоречия потребности в частной жизни, персональном пространстве – и аффилиации, реализующейся путем социального проникновения. Анализ результатов проведенного исследования по мотиву аффилиации в сравниваемых группах существенных различий не выявил: преобладали больные с высокими показателями стремления к людям (68,5% и 62,0%). Значительно меньшее количество пациентов обеих групп (соответственно 31,5 и 34,3%) выявили низкий уровень стремления к людям (потребности в эмоционально-доверительном общении). По мотиву «боязнь отвержения» в основной группе больных с высоким уровнем этого показателя было значительно больше (65,7%), чем в группе сравнения (46,0%). Наиболее частым вариантом потребности в аффилиации явилось сочетание высоких уровней мотива «стремление к людям» и «боязни быть отвергнутым» (44,2% пациентов основной группы и 32% больных группы сравнения). Высокий уровень развития мотива «стремление к людям», сочетаемый с низким уровнем развития мотива «боязнь быть отвергнутым» отмечается у 16 пациентов (22,8%) основной группы и у 15 (30%) больных шизофренией группы сравнения. Сочетание высокого уровня развития мотива «боязнь быть отвергнутым» в совокупности с низким уровнем развития мотива «стремление к людям», выявлено у 18,5% больных

основной группы и у 26% пациентов составляющих группу сравнения. Меньшая представленность сочетания высокого уровня развития мотива «боязнь быть отвергнутым» и низкого уровня развития мотива «стремление к людям» у пациентов основной группы, говорит о сформировавшейся у таких больных, внутренней установки на одиночество, полное выключение их из социального микроклимата окружающей их внешней среды, низком уровне эмпатийных тенденций. Сравнительно низкий процент таких пациентов, может свидетельствовать о том, что данное сочетание аффилиационных мотивов, формируется постепенно, по мере накопления депривационных эффектов и переходит из фазы сочетания высоких уровней обоих мотивов. Из этого вытекает, что при тщательной и своевременной психологической помощи возможно предупреждение формирования данной аффилиационной установки. Сочетание низких уровней развития обоих мотивов (надежды на аффилиацию и чувствительность к отвержению) указывает на наличие у этих пациентов внутреннего дискомфорта, напряженности, отсутствие сверх значимых отношений, а, следовательно, такой характеристики личности как созависимость. Низкий уровень развития обоих мотивов характеризует больных в ситуации межличностного общения как безразличных и незаинтересованных. Такое сочетание аффилиационных мотивов примерно в одинаковых пропорциях наблюдалось как у больных основной группы (14,5%), так и в группе сравнения (12,0%).

Полученные данные свидетельствуют о сложных и разнообразных состояниях основных тенденций аффилиации в сравниваемых группах больных. К общей закономерности, характерной для обеих групп, относится преобладание больных с высоким уровнем мотивации аффилиации. Однако, реализация потребности в общении из-за более высокого уровня страха отвержения значительно чаще наблюдается у больных с проявлениями психической депривации. Это свидетельствует о том, что длительная изоляция больных в психиатрическом стационаре за счет нарастания боязни отвержения существенно угнетает коммуникативные потребности больных.

Исследование базовых потребностей больных шизофренией показало, что пациенты с длительными сроками социальной изоляции характеризуются полной неудовлетворенностью по всему спектру потребностей (материальных, в безопасности, социальных-межличностных, в уважении и признании, в самовыражении) - (оценки превышали 27 баллов). Неудовлетворенность материальных потребностей (37 баллов) свидетельствовала об отсутствии нормальных условий для трудовой и иной деятельности. Ущербность потребности в безопасности (31 балл) выражалась в отсутствии желания обеспечить свое будущее, чувства свободы «Я» и доверия окружающим. Неудовлетворенность межличностными отношениями (35 баллов) означала нарушение психологически приемлемых взаимоотношений с окружающими. Неудовлетворенность потребности в самоуважении у больных основной группы (37 баллов) сопровождалась появлением чувства неуверенности в себе, неполноценности, беспомощности. Неудовлетворенность потребности в самовыражении (30 баллов) характеризовалась невозможностью реализации своего потенциала. В группе сравнения полученные показатели статистически достоверно ($p < 0,05$) позволяют ассоциировать уровень актуальности базовых потребностей с зоной их частичной неудовлетворенности (оценки в пределах 16-25 баллов), а, следовательно, со значительно меньшей их редукцией у больных с кратковременными сроками госпитальной изоляции.

Полная неудовлетворенность базовых жизненных потребностей в основной группе больных шизофренией в условиях длительной изоляционно-экстремальной ситуации позволяет объективизировать у них состояние психической депривации. В то же время частичная неудовлетворенность базовых потребностей у больных группы сравнения свидетельствует об отсутствии достаточных оснований для диагностики у них депривационного синдрома. Это делает корректным проведение сравнительного анализа результатов исследования в этих группах.

Важную роль в формировании положительной картины качества жизни играет адекватное функционирование высших регуляторных систем личностной

структуры - личностных смыслов. Высший социальный уровень системы личностных смыслов представлен смысложизненными отношениями человека, которые отражают целостное восприятие человеком своей жизни как значимости. Недостаточность реализации каких-либо из основных психологических механизмов смыслообразования или искажение развития когнитивного и аффективно-волевого компонента психической деятельности приводят к изменению структуры и интенсивности проявления личностных смыслов, а через них - к неадаптивным формам поведения в социуме. Результаты проведенного исследования смысло-жизненных ориентаций свидетельствуют о значительном снижении у больных шизофренией как общего показателя СЖО, так и показателей по отдельным шкалам. Более чем в 90,0% случаев общий показатель СЖО в обеих группах определялся ниже нормального показателя - общий показатель соответственно $87,4 \pm 21,5$ и $80,8 \pm 18,71$. Показатели по отдельным шкалам были ниже нормальных более чем в 80,0% случаев обследованных больных шизофренией как в основной группе, так и в группе сравнения. Низкие баллы по шкале «процесс жизни» ($24,57 \pm 4,24$) указывают на неудовлетворенность своей жизнью в настоящем; по шкале «результативность жизни» ($20,47 \pm 3,82$) указывают на неудовлетворенность прожитой частью жизни, ощущение того, что она была недостаточно продуктивной и осмысленной с низким уровнем реализации личностных ресурсов. Низкие показатели по субшкалам «локус контроля» и «локус контроля – жизнь» ($17,5 \pm 3,44$ и $25 \pm 4,27$) свидетельствуют о неверии в свои возможности контролировать события собственной жизни. Исходя из того, что интегрирование личности в новые условия социальной жизни и адаптация к специфическим условиям психиатрического стационара в значительной степени определяется функционированием личностных смыслов, было сформулировано гипотетическое положение о том, что длительной изоляции и проявлениям социальной депривации сопутствуют более глубокие нарушения смысложизненных ориентаций. Однако при существенном снижении анализируемых показателей результаты проведенного исследования не позволили

выявить достоверного результата выраженности СЖО (как на уровне общего показателя, так и по отдельным шкалам) в сравниваемых группах больных шизофренией ($p > 0,05$).

Проведенное исследование позволило установить, что в обследованных группах больных шизофренией, не зависимо от характера госпитализации, длительности изоляции и социальной депривации, наблюдаются однотипные нарушения процесса синхронизации смысловых локусов, не осуществляется интеграция личности в новые условия жизни. Поскольку реальная жизнедеятельность у больных шизофренией, как правило, ограничивается различными дискриминационно-стигматизирующими факторами (сопоставимыми в сравниваемых группах), можно предположить, что именно эти факторы, а не продолжительность изоляции, определяют уровень СЖО, актуальность смыслового состояния.

К основным феноменам, структурирующим состояние психической депривации, относятся такие состояния как выученная (личностная) беспомощность и депрессивное настроение, в основе которых лежат индивидуальные особенности личности. Эти особенности принято рассматривать в контексте соотношения таких феноменов как оптимизм-пессимизм. Исследование особенностей оптимизма-пессимизма в сравниваемых группах выявило достоверно ($p < 0,05$) стойкое преобладание оптимистических установок (позитивных ожиданий) у пациентов группы сравнения, в отличие от пациентов основной группы. У пациентов группы сравнения, показатель позитивных ожиданий был выше, нежели у основной группы ($11,28 \pm 1,48$ и $7,3 \pm 1,21$). Показатель субшкалы негативных ожиданий был выше у пациентов основной группы, чем у группы сравнения ($4,2 \pm 0,74$ и $2,0 \pm 0,11$). Общий показатель диспозиционного оптимизма у пациентов группы сравнения ($13,28 \pm 1,74$) был выше, чем у больных основной группы и соответствовал умеренному уровню оптимизма. У больных основной группы итоговый показатель соответствовал высокому уровню пессимизма ($11,5 \pm 1,67$). Выявленные различия показателей диспозиционного оптимизма в обеих группах свидетельствуют об их зависимости

от длительной социальной изоляции и депривационных влияний. Негативное влияние изолирующих факторов в процессе принудительного лечения способствовало подавленному и пессимистичному отношению к жизни данных пациентов. Косвенно, о вреде длительной социальной изоляции психиатрических пациентов свидетельствует и более высокий уровень диспозиционного оптимизма у больных группы сравнения. В целом, у больных находящихся в условиях депривации и длительной социальной изоляции, формируется ощущение отъединенности от жизни, одиночества, не способность контролировать свою жизнь и, в конечном счете, состояние выученной беспомощности.

Основным негативным фактором состояния выученной беспомощности является ее тенденция к генерализации, что является серьезным препятствием на пути реабилитации и социальной реинтеграции больных шизофренией. С учетом данных интервьюирования полученные результаты можно интерпретировать с позиции роли преобладающего атрибутивного стиля в формировании феномена вынужденной беспомощности больных шизофренией с явлениями психической депривации. Так, пессимистический атрибутивный стиль, отличает внутренний дискомфорт, выражающийся в подавленном настроении, в неудовлетворенности качеством своей жизни, в ощущении себя несчастливым, тогда как для оптимистов характерна внутренняя гармония, бодрость, ощущение счастья, удовлетворенность разными сторонами жизни. В отличие от оптимистов пессимисты обладают весьма низким потенциалом для преодоления жизненных трудностей. В их суждениях преобладает неспособность изменить ситуацию, невозможность добиться поставленных целей, тогда как респонденты, придерживающиеся позитивного взгляда на жизнь, считают себя удачливыми, способными найти решение в критических обстоятельствах и добиться желаемого.

Анализ качественных характеристик атрибутивного стиля больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции позволил выделить симптомокомплекс личностной беспомощности как основного содержания феномена психической депривации.

Усредненный показатель тяжести депрессии в основной группе ($24,4 \pm 2,14$) соответствовал депрессии средней тяжести и статистически достоверно ($P < 0,05$) превышал суммарный показатель группы сравнения ($12,3 \pm 1,38$), что соответствовало уровню субдепрессии. Усредненный показатель степени выраженности безнадежности в основной группе ($12,6 \pm 1,74$ балла) значительно, на уровне статистической достоверности ($P < 0,05$), превышает суммарный показатель группы сравнения ($6,31 \pm 0,98$ балла). Выраженность чувства безнадежности, испытываемой больными основной группы, соответствовала умеренной степени, а в группе сравнения – легкой степени. Безысходность, затрагивающая самые важные аспекты человеческой жизни и лежащая в основе чувства собственной беспомощности, в значительно большей степени характерна для состояний психической депривации, обусловленной длительной социальной изоляцией больных шизофренией. С учетом результатов проведенного исследования есть основания считать чувство безысходности и беспомощности ядром психической депривации у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении.

В качестве интегрального показателя, отражающего уровень позитивного психического функционирования личности, использовался феномен субъективного благополучия, содержащий три компонента психического явления – когнитивный, эмоциональный, поведенческий, и характеризующийся субъективностью, позитивностью и глобальностью измерения. При анализе уровня субъективного благополучия в сравниваемых группах установлено, что более выраженный уровень субъективного неблагополучия или эмоционального дискомфорта отмечался у больных шизофренией с длительными сроками групповой изоляции ($7,02 \pm 0,7$), по сравнению с краткосрочно госпитализированными больными ($4,89 \pm 0,74$). Низкий уровень субъективного благополучия связан с дисбалансом аффективных переживаний, доминированием отрицательных эмоциональных состояний над положительными, снижением интереса к самому себе, использованием для оценки своей внутренней ценности внешних достижений или оценок других, низкой фрустрационной

толерантностью и аутентичностью. Зонами наибольшего конфликта у больных с длительными сроками изоляции являются показатели «напряжение и чувствительность» (8,41), «значимость социального окружения» (7,57) и «психоэмоциональная симптоматика» (7,35). Высокий показатель (8,41±1,21) эмоционально-оценочного компонента означает существенные затруднения самовосприятия, снижение уровня самоактуализации личности и более высокий уровень психоэмоционального напряжения и частоты испытываемых негативных эмоциональных переживаний. Высокие оценки значимости социального окружения (7,57±1,08) также свидетельствуют о низком уровне самооценки, самоприятия и самоуважения и препятствуют проявлению аутентичности как важного механизма самоактуализации. Низкий уровень представлений об удовлетворенности жизнью (7,02±0,7) отражает недостаточную способность жить «настоящим» и видеть свою жизнь целостной во временном континууме и не способствует формированию готовности к преодолению жизненных трудностей.

С учетом того, что субъективное благополучие рассматривается как синонимичное понятию счастье, можно прийти к выводу о существенном снижении интенсивности переживаний этого феномена больными с депривационным синдромом, обусловленном длительными сроками принудительной изоляции.

При изучении особенностей нервно-психической напряженности и механизмов психологической защиты установлено, что у больных шизофренией с проявлениями психической депривации преобладает чрезмерно выраженная степень нервно-психической напряженности - 70% больных основной группы, показатель в 3,5 раза выше, чем в группе сравнения. Структурно-функциональные особенности чрезмерно-выраженной напряженности (>75 баллов) характеризуются дезорганизацией психической деятельности и соматических функций, существенными отклонениями в психомоторике, нейродинамическими сдвигами, ощущением физического и психического дискомфорта, снижением продуктивности деятельности. Анализ средних показателей общих характеристик НПН также свидетельствует о достоверно ($p < 0,05$) более глубоком уровне

психического дискомфорта и общей степени выраженности нервно-психической напряженности у больных основной группы, чем у больных группы сравнения. Такая же закономерность выявлена и в отношении показателей уровня генерализованности и продолжительности НПН ($p < 0,05$). В то же время, показатели физического дискомфорта в сравниваемых группах существенных различий не имели ($p > 0,05$).

Анализ распределения больных шизофренией по фактору напряженности отдельных механизмов психологической защиты существенных различий в сравниваемых группах больных не выявил: диапазон таких пациентов составил от 61,4% до 82,8 % в основной группе и от 56% до 91% - в группе сравнения. Однако по характеру выраженности напряжения МПЗ пациенты имели специфические особенности. Для больных шизофренией основной группы было характерно напряжение практически всех механизмов защиты (за исключением компенсации), при наибольших показателях напряженности (по сравнению с нормой) «отрицания» ($8,12 \pm 1,48$) и «подавления» ($6,54 \pm 0,1$), при нормативных показателях этих механизмов 3,81 и 2,59 соответственно. Наименее напряженными, а, следовательно, реже используемыми механизмами психологической защиты у пациентов этой группы выступают «компенсация» ($4,48 \pm 2,36$) при нормативном показателе 4,38 и «замещение» ($4,41 \pm 1,25$), при нормативном показателе 3.12. Отмечены также достаточно высокие показатели напряжения реактивного образования ($5,76 \pm 0,88$) при нормативном показателе 2.8, и интеллектуализации ($7,89 \pm 1,25$). В группе сравнения наименее напряженными и редко используемыми механизмами являются «компенсация» ($4,98 \pm 1,92$), «интеллектуализация» ($6,43 \pm 1,13$) и «регрессия» ($6,4 \pm 0,5$), что свидетельствует о значительном сужении профиля МПЗ. К механизмам с высоким, по сравнению с нормативными данными, уровнем напряженности отнесены «отрицание» ($6,23 \pm 1,13$), «подавление» ($4,77 \pm 0,43$), «проекция» ($7,1 \pm 1,2$) и «замещение» ($6,07 \pm 0,83$). При сопоставлении показателей напряженности МПЗ у исследованных контингентов больных установлены

достоверно ($p < 0,05$) более высокая напряженность «отрицания», «подавления», «интеллектуализации» и «реактивного образования» у больных основной группы.

Проведенное исследование выявило у всех обследованных больных, как основной группы, так и группы сравнения выраженный дисбаланс МПЗ с достоверно ($p < 0,05$) более высокими показателями и значительной напряженностью практически всех механизмов психологической защиты в основной группе больных шизофренией. При этом защитные механизмы у обследованного контингента больных играли не только дезадаптивную роль, но и способствовали адаптации помогая справиться с жизненными трудностями. В связи с этим все механизмы психологической защиты были разделены на две группы: 1) компенсаторный набор, включавший относительно зрелые механизмы психологической защиты (рационализация-интеллектуализация, замещение, компенсация) и 2) декомпенсирующий набор – незрелые механизмы психологической защиты: вытеснение, отрицание, проекция и регрессия. Особенности психологической защиты у больных основной группы характеризуются тенденцией к повышению напряженности как зрелых (компенсаторных), так и декомпенсирующих механизмов. Профиль МПЗ у этой категории отличается наиболее высокой напряженностью таких механизмов как отрицание ($8,12 \pm 1,48$), регрессия ($7,41 \pm 0,77$), а так же интеллектуализация ($7,89 \pm 1,25$). В то же время такие показатели психологической защиты как замещение ($4,41 \pm 0,43$) и, особенно, компенсация ($4,48 \pm 2,36$) не отличались от нормативных, что свидетельствовало о слабой напряженности большинства компенсаторных МПЗ и низкой их представленности в структуре адаптивных ресурсов личности и системе их преодолевающего поведения. У больных без признаков социальной депривации отмечено преобладание компенсаторного набора механизмов психологической защиты и меньшая выраженность декомпенсирующих форм. Выявление компенсаторного набора признаков функционирования механизмов психологической защиты является благоприятным прогностическим признаком, способствующим не только формированию качественного терапевтического ответа, но и преодолению

негативных эффектов групповой изоляции больных. В свою очередь выявление декомпенсирующего комплекса защитных стратегий может рассматриваться в качестве неблагоприятного прогностического критерия, усугубляющего формирование депривационного синдрома. В качестве еще одного неблагоприятного прогностического фактора можно рассматривать сочетание высокого уровня МПЗ с чрезмерно выраженной степенью НПН. Такое сочетание значительно чаще наблюдается у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. Для больных с недлительной продолжительностью добровольных форм лечения более характерным является сочетание высокого уровня напряженности МПЗ и умеренной степени НПН.

Полученные данные о высоком уровне психического дискомфорта и высокой напряженности декомпенсирующих механизмов психологической защиты у больных шизофренией с депривационным синдромом можно рассматривать в контексте совокупности негативных последствий изоляционно-депривационных воздействий экзистенциальной изоляции в виде специфической деформации личностной идентичности больного и идентифицировать как состояние когнитивного диссонанса.

В основу системы антидепривационных мероприятий положены концептуальные подходы, отражающие современное состояние проблемы психической депривации, личностной беспомощности и концептуально-когнитивного диссонанса. Ее разработка проводилась с учетом феноменологических составляющих психической депривации и психологических ресурсов пациента. Система антидепривационных мероприятий включала два направления: общие антидепривационные мероприятия, направленные на смягчение изоляционно-ограничительных эффектов среды обитания и минимизацию мотивационного, когнитивного, эмоционального и экзистенциального дефицита; специальные антидепривационные стратегии, направленные на преодоление концептуально-когнитивного диссонанса и личностной беспомощности.

В рамках специальной антидепривационной стратегии по преодолению концептуально-когнитивного диссонанса проводилось подкрепление значимой части Я-концепции, которое достигалось в процессе использования элементов тренинга «Самоуважение – путь к эмоциональной стабильности, стрессоустойчивости и обретению внутренней силы», увеличения социальных контактов, а также в процессе интеграции травматического опыта. Интеграция травматического опыта осуществлялась в процессе формирования позитивных атрибутов сложившейся ситуации и устранения расогласования между ожиданием и конкретной действительностью. В рамках этой стратегии использовалась техника вскрывающих интервенций. При осуществлении стратегии преодоления личностной беспомощности использовались терапия занятостью, мероприятия, направленные на усиление мотивации аффилиации и формирования у больных позитивного опыта. Специальные антидепривационные стратегии реализовались в процессе тренингов когнитивного функционирования, социальных и коммуникативных навыков.

Оценка эффективности разработанной системы антидепривационных мероприятий проводилась в двух репрезентативных в гендерно-возрастном и клиническом отношении группах больных шизофренией со сформированным состоянием психической депривации на основе динамики показателей ресурсных возможностей личности. Основная группа – 25 человек, включенная в комплексную систему антидепривационных мероприятий (общие антидепривационные и специальные) и группа сравнения – 25 человек, подвергавшихся только антидепривационным воздействиям и не участвовавшим в специальных антидепривационных тренингах. Используемые при этом критерии оценки эффективности преодоления психической депривации позволяли судить о динамике основных ее составляющих (концептуально-когнитивный диссонанс, личностная беспомощность, депрессивность (безнадежность), а также о таких компонентах личностного потенциала как смысло-жизненные ориентации и субъективное благополучие больных.

При оценке эффективности разработанной системы антидепривационных мероприятий была выявлена низкая (статистически недостоверная) эффективность общих антидепривационных мероприятий в группе сравнения и значительная эффективность специальных антидепривационных мероприятий в основной группе ($P < 0,05$): уменьшение общей степени выраженности нервно-психической напряженности ($1,7 \pm 0,18$), увеличение показателя диспозиционного оптимизма (9,8 балла), значительное «смягчение» депрессивной симптоматики (40,0-44,0%) и чувства безнадежности (56,0%), улучшение субъективного благополучия ($5,16 \pm 0,87$ балла). В группе сравнения вышеперечисленные показатели оказались резистентными по отношению к традиционным формам медикаментозного лечения и претерпевали лишь незначительные изменения.

Положительная динамика исследованных показателей, охватывающих различные сферы личностного потенциала, открывает возможность для эффективного использования специального антидепривационного реабилитационного комплекса в целях преодоления (редукции) проявлений психической депривации при неизбежной длительности принудительного лечения больных шизофренией.

ВЫВОДЫ

1. В работе приведено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи – преодоления негативных эффектов психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции. Задача решена на основе комплексного структурно-динамического исследования психопатологических и клинико-психологических особенностей состояния психической депривации с целью разработки эффективной системы ее психологической и психотерапевтической коррекции.

2. Проведенное исследование позволило установить, что у больных шизофренией с проявлениями психической депривации вследствие длительного пребывания в условиях принудительной социальной изоляции наблюдаются более глубокие дефицитарные психопатологические расстройства по сравнению с больными шизофренией с кратковременными добровольными госпитализациями в психиатрические стационары ($p < 0,05$). Эти различия относятся к общей оценке аффективного поведения ($2,89 \pm 0,27$ и $1,34 \pm 0,19$), субъективной оценке алогии ($2,46 \pm 0,23$ и $1,71 \pm 0,21$), глобальной оценке абулии-апатии ($2,74 \pm 0,21$ и $1,54 \pm 0,17$) и общей оценке ангедонии и социального ухода ($3,24 \pm 0,29$ и $1,28 \pm 0,14$).

3. Установлено, что показатели эмпатии как коммуникативного навыка и одной из составляющих просоциального поведения в сравниваемых группах больных характеризуется преобладанием средних уровней эмпатических тенденций, что не позволяет склонность к эмпатийности однозначно связывать с длительностью их изоляции и социальной депривации. Проявления относительно высоких эмоционально-эмпатических возможностей у больных, находящихся на принудительном лечении, можно объяснить более высоким уровнем социально-психологической поддержки и объема реабилитационных мероприятий, чем в условиях обычного психиатрического стационара.

На фоне преобладания в обеих сравниваемых группах лиц с относительно высоким уровнем мотивации аффилиации, реализация потребности в общении,

способности контактировать с людьми, быть членом группы, взаимодействовать с окружающими, представлять и принимать помощь из-за высокого уровня страха отвержения значительно чаще наблюдается у больных с проявлениями психической депривации (44,2%); в группе сравнения – 32%.

Больные с длительными сроками социальной изоляции характеризуются полной неудовлетворенностью по всему спектру потребностей (материальных, в безопасности, социальных-межличностных, в уважении и признании и в самовыражении – оценки превышали 27 баллов.). В группе сравнения полученные показатели (оценки в пределах 16-25 баллов) статистически достоверно ($p < 0,05$) ассоциируются со значительно меньшей редукцией актуальных базовых потребностей (зона частичной неудовлетворенности).

4. На основе психодиагностического исследования различных составляющих личностного потенциала в обеих группах больных шизофренией выявлено значительное снижение показателей смысло-жизненных ориентаций и внутреннего локуса контроля, свидетельствующее о редукции целостной реальности смысла жизни. Актуальное смысловое состояние больных, независимо от особенностей госпитализации (добровольная или недобровольная), длительности изоляции и социальной депривации, характеризуются неудовлетворенностью прожитой частью жизни, низкой осмысленностью своей настоящей жизни, отсутствием целей в будущем (общий показатель СЖО соответственно $87,4 \pm 21,5$ и $80,8 \pm 18,71$). Низкие показатели по субшкалам «локус контроля» и «локус контроля – жизнь» свидетельствуют о неверии в свои возможности контролировать события собственной жизни, фатализме и убежденности в том, что свобода жизни иллюзорна, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее. Однотипные нарушения процесса синхронизации смысловых локусов не осуществляют расширение границ субъективной реальности и интеграцию личности в новые условия жизни. Из этого следует, что продолжительность изоляции существенно не влияет на уровень СЖО, который вероятнее всего определяется различными дискриминационно-стигматизирующими факторами, сопоставимыми в сравниваемых группах.

5. Доказаны преобладание пессимистических установок у больных шизофренией с проявлениями психической депривации ($4,2 \pm 0,74$ и $2,0 \pm 0,11$ балла) и значительно меньшая представленность позитивных ожиданий ($7,3 \pm 1,21$ и $11,28 \pm 1,48$ балла), чем в группе больных без признаков депривации. Пессимистический атрибутивный стиль, свойственный больным, находящимся на принудительном лечении, сопровождается ощущением отъединенности от жизни, одиночества, неспособности контролировать свою жизнь и, в конечном счете, приводит к формированию состояния выученной личностной беспомощности с ее мотивационным, когнитивным и эмоциональным дефицитом. Это находит подтверждение и в более высоких показателях выраженности у этой категории больных депрессивных симптомов ($p=0,002$), чувства безнадежности ($p=0,001$) и индекса субъективного благополучия ($p<0,05$). Зонами наибольшего конфликта являются показатели «напряженность и чувствительность» ($8,41 \pm 1,21$ балла), «значимость социального окружения» ($7,57 \pm 1,08$ балла), «удовлетворенность поведенческой деятельностью» ($7,02 \pm 0,7$ балла), «психоэмоциональная симптоматика» ($7,35 \pm 1,08$ балла).

6. У больных шизофренией с проявлениями психической депривации преобладает умеренная (22,8%) и чрезмерно выраженная (70%) степень нервно-психической напряженности (психического дискомфорта), как отражение когнитивных оценок (субъективной репрезентации) стрессогенных эффектов принудительного лечения в условиях социальной изоляции.

Особенности защитных психологических механизмов у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции отличаются напряженностью незрелых (декомпенсирующих) МПЗ: отрицания ($8,12 \pm 1,48$ балла), регрессии ($7,41 \pm 0,77$ балла). В то же время показатели компенсаторных МПЗ – замещение ($4,41 \pm 0,43$ балла) и, особенно, компенсация ($4,48 \pm 2,36$ балла) свидетельствуют о слабой их напряженности и низкой представленности в структуре адаптивных ресурсов личности и системе преодолевающего поведения.

7. Система превенции, профилактики и преодоления проявлений психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками

социальной изоляции базируется на теоретической платформе позитивной психологии и включает: 1) общие антидепривационные мероприятия, направленные на смягчение изоляционно-ограничительных эффектов среды обитания и понижение (минимизацию) мотивационного, когнитивного, эмоционального и экзистенциального дефицита и 2) специальные антидепривационные психотерапевтические стратегии, направленные на редукцию (преодоление) базисных проявлений психической депривации: концептуально-когнитивного диссонанса (Я-угрозы) и личностной беспомощности. Эти стратегии реализовывались в процессе тренинга когнитивного функционирования и тренинга социальных и коммуникативных навыков.

8. Внедрение системы психокоррекции негативных эффектов психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции доказало ее эффективность и позволило добиться: уменьшения общей степени выраженности нервно-психической напряженности ($1,7 \pm 0,18$), увеличения показателя диспозиционного оптимизма (9,8 балла), значительного «смягчения» депрессивной симптоматики и чувства безнадежности, улучшения субъективного благополучия ($5,16 \pm 0,87$ балла).

В группе сравнения вышеперечисленные показатели оказались резистентными по отношению к традиционным формам медикаментозного лечения и претерпевали лишь незначительные изменения.

Практические рекомендации. Использование антидепривационной психотерапевтической системы у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции может быть рекомендовано в комплексе мероприятий психосоциальной реабилитации в специализированных лечебно-профилактических учреждениях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

СЖО – смысложизненные ориентации

СБ – субъективное благополучие

НПН – нервно-психическое напряжение

МПЗ – механизмы психологической защиты

АСС – актуальное смысловое состояние

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеенкова, Е.Г. Личность в условиях психической депривации [Текст]: учебное пособие для студентов ВУЗов / Е.Г. Алексеенкова. – СПб.: Питер, 2009. – 96 с.
2. Лангмайер, Й. Психическая депривация в детском возрасте [Текст]: / Й. Лангмайер, З. Матейчик. – Прага, Авиценум, 1998. – 334 с.
3. Лебедев, В.И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции [Текст]: / В.И. Лебедев. – М.: Юнити – Дана, 2004. – 408 с.
4. Маслоу, А. Мотивация и личность [Текст]: / А. Маслоу. - СПб.: Евразия, 1999. – 478 с.
5. Орлов, А.Б. Феномены эмпатии и конгруэнтности [Текст]: / А.Б. Орлов, М.А. Хазанова // Вопросы психологии. – 1993. - № 4. – С. 68-73.
6. Короленко, Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях [Текст]: / Ц.П. Короленко. – Л.: Медицина, 1978. – 210 с.
7. Nebylicyn, V.D. Izbrannye psihologicheskie trudy [Текст]: / V.D. Nebylicyn. – М.: Nauka, 1990. – 308 p.
8. Holmes, T. H. The social readjustment rating scale [Текст]: / Т.Н. Holmes, R. H. Rahe // Journ. Psychosom. Res. – 1967. - Vol. 11. – P. 213-218.
9. Спесивцева, О.И. Отрицательные эмоции индивида как рефлексия относительной депривации [Текст]: / О.И. Спесивцева // Вестник ЧелГУ. – Серия 8. Экономика, Социология, Социальная работа. - 2004. – № 1 (1). – С. 38–40.
10. Ермасов, Е. Психологический стресс в условиях изоляции [Текст]: / Е. Ермасов // Развитие личности. – 2009. - № 2. – С. 84 – 99.
11. Крыгина, Н.Н. Психическая депривация: хрестоматия [Текст]: / Н.Н. Крыгина. – Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2003.
12. Золотарева, О.С. Влияние депривации на развитие Я-концепции детей подросткового возраста [Текст]: автореф. дис... канд. псих. наук. / Золотарева О.С. – Астрахань, 2007. – 21 с.

13. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис [Текст]: / Э. Эриксон. – М.: МПСИ, Прогресс, Флинта, 2006. – 342 с.
14. Eisenberg, L. The social construction of the human brain [Текст]: / L. Eisenberg // American Journal of Psychiatry. - 1995. - № 152. – P. 1563-1575.
15. Lamb, H.R. Lessons learned from deinstitutionalization in the US [Текст]:/ H.R. Lamb // Rr. J. Psychiatry. - 1993. - № 162. – P. 587-592.
16. Абрамов, В.А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов [Текст]: / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, В.С. Подкорытов. – Донецк: Лебедь, 2002. – 279 с.
17. Абрамов, В.А. Клинические, социальные и психологические аспекты принудительного лечения больных шизофренией [Текст]: / В.А. Абрамов, Ю.В. Никифоров, А.К. Бурцев, А.В. Абрамов. – Донецк: ООО «Лебедь», 2003. – 211 с.
18. Красик, Е.Д. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты) [Текст]: / Е.Д. Красик, Г.В. Логвинович. – Томск, 1983. – 134 с.
19. Путятин, Г.Г. Психосоциальная и психотерапевтическая коррекция госпитализма у больных шизофренией и оценка ее эффективности [Текст]: / Г.Г. Путятин // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. - № 3 (23). – С. 3-12.
20. Абрамов, В.А. Госпитализм у больных шизофренией [Текст]: / В.А. Абрамов, Г.Г. Путятин, Е.М. Денисов. – Донецк, 2010. – 181 с.
21. Фурманов, И.А. Психология депривированного ребенка [Текст]: пособие для психологов и педагогов / И.А. Фурманов, Н.В. Фурманов. - М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2010. – 319 с.
22. Дружинин, В.Н. Варианты жизни: очерки экзистенциальной психологии [Текст]: / В.Н. Дружинин. - М.: ПЕР СЭ, 2000. – 58 с.
23. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога [Текст]: уч. пособие в 2-х книгах / Е.И. Рогов. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. – Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 384 с.

24. Гордеева, О.В. Измененные состояния сознания при сенсорной депривации (сообщение 2) [Текст]: / О.В. Гордеева // Вестник Моск. ун-та. – Серия 14. – Психология. – 2004. - № 2. – С. 66-82.
25. Farthing, G.W. The psychology of consciousness [Текст]: / G.W. Farthing. – New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1992.
26. Хегенхан, Б. Теории научения [Текст]: / Б. Хегенхан, М. Олсон. – СПб., 2004. – 474 с.
27. Петров, В.И. Особенности и результаты медицинской реабилитации осужденных с расстройствами адаптации тревожно-депрессивного спектра [Текст]: / В.И. Петров, Е.И. Скугаровская, Т.И. Чегерова, Н.Н. Когутенко // Медицинский журнал: рецензируемый научно-практический журнал. – 2006. - № 4. – С. 68-69.
28. Кричевский, Р.Л. Психология малой группы [Текст]: / Р.Л. Кричевский, Е.М. Дубовская. – М.: Аспект – Пресс, 2001. – 318 с.
29. Золотарева, О.С. Влияние депривации на развитие Я-концепции детей подросткового возраста [Текст]: автореф. дис... канд. псих. наук. / Золотарева О.С. – Астрахань, 2007. – 21 с.
30. Селигман, М.П. Новая позитивная психология [Текст]: / М.П. Селигман; пер. с англ. – М.: София. – 2006. – 368 с.
31. Циринг, Д.А. Психология личностной беспомощности [Текст]: уч. пособие / Д.А. Циринг. – М.: Академия. – 2005. – 120 с.
32. Маковик, Р.С. Изоляция как правовая категория [Текст]: / Р.С. Маковик // Человек: преступление и наказание. – 1994. - № 1. – С. 43.
33. Головин, С.Ю. Словарь практического психолога [Текст]: / С.Ю. Головин. - М.: АСТ, Харвест, 1998. – 800 с.
34. Маркова, Э.В. Социально-психологические особенности детской популяции социального изолята [Текст]: / Э.В. Маркова, В.Н. Кузнецов, П.И. Сидоров // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. - № 1. – Т. 3.

35. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия [Текст]: / И. Ялом. – М.: Класс, 1999. – 576 с.
36. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности [Текст]: / Э. Фромм. – М., 1994. – 427 с.
37. Фромм, Э. Бегство от свободы [Текст]: / Э. Фромм. – М.: Прогресс, 1990.
38. Мясников, В.И. Моделирование синдрома отчужденности в условиях групповой изоляции [Текст]: / В.И. Мясников, Ф.Н. Усков // Проблемы сенсорной изоляции. - М., 1970. – С. 44-47.
39. Ермасов, Е. Психологический стресс в условиях изоляции [Текст]: / Е. Ермасов // Развитие личности. – 2009. - № 2. – С. 84 – 99.
40. Weitz, J. Psychological research needs on the problems of human stress. In: Social and Psychological Factors in Stress [Текст]: / J. Weitz; ed. J. E. McGrath . - New York: Holt Rinehart and Winston, 1970.
41. Франкехойзер, М. Эмоциональный стресс [Текст]: / М. Франкехойзер. – М., 1970. – С. 24-36.
42. Lazarus, R. S. Patterns of Adjustment [Текст]: / R. S. Lazarus. – NY: McGraw-Hill, 1976.
43. Кокс, Т. Стресс [Текст]: / Т. Кокс. - М.: Медицина, 1981. – 216 с.
44. Хрящова, Н.Ю. Психические состояния при изоляции. Психические состояния [Текст]: / Н.Ю. Хрящова; под общ. ред. Л. В. Куликова. – СПб., 2000. – С. 407-413.
45. Лебедев, В.И. Групповая изоляция. Психические состояния [Текст]: / В.И. Лебедев; под общ. ред. Л. В. Куликова. – СПб., 2000. – С. 414-416.
46. Bonner, R.L. Psychosocial vulnerability, life stress, and suicide ideation in a jail population: a cross-validation study [Текст]: / R.L. Bonner, A.R. Rich // Suicide Life-Threat. Behav. – 1990. –Vol. 20, № 3. – P. 213–424.
47. Гордеева, О.В. Измененные состояния сознания при сенсорной депривации [Текст]: / О.В. Гордеева // Вестник Московского университета. - Серия 14. - Психология. – 2004. - № 1. – С. 70-87.

48. Новиков, М.А. Психофизиологические и эконсихологические аспекты межличностного взаимодействия в автономных условиях [Текст]: / М.А. Новиков // Проблема общения в психологии. - М.: Наука, 1981.
49. Хананашвили, М.М. Информационные неврозы [Текст]: / М.М. Хананашвили. – Л., 1987.
50. Harding, C.M. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? [Текст]: / C.M. Harding, J. Zubin, J.S. Stanss // Hospital and Community Psychiatry. – 1987. - № 38. – P. 477-486.
51. Anthony, W. Psychiatric rehabilitation [Текст]: / W. Anthony, M. Cohen, M. Farkas. – Boston, 1994. – 278 p.
52. Wing, J. Institutionalism and Schizophrenia [Текст]: / J. Wing, G. Brown. – Cambridge, 1970. – 226 p.
53. Lelliott, P.J., National Audit of New Long-Stay Patients, I: Method and description of the Cohort [Текст]: / P.J. Lelliott, J. Wing, P.A. Clifford // Br. J. Psychiatry, 1994. - № 165. – P. 160-169.
54. Красик, Е.Д. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты) [Текст]: / Е.Д. Красик, Г.В. Логвинович. – Томск, 1983. – 134 с.
55. Логвинович, Г.В. Социально-трудовая адаптация больных шизофренией с различной клинической структурой негативных расстройств в ремиссиях [Текст]: / Г.В. Логвинович, А.В. Семке, С.П. Бессараб // Журнал неврологии и психиатрии. – 1994. - № 1. – С. 42-46.
56. Goldberg, D. The public Health impact of mental disorders [Текст]: / D. Goldberg, D. Tantom; ed. W. Holland. – 2-nd edn. // Oxford Textbook of Public Health. – Oxford, 1991. – P. 268-280.
57. Куценко, Б.М. Рецидивирующая шизофрения [Текст]: / Б.М. Куценко. – Киев: Здоров'я, 1988. – 151 с.
58. Блейхер, В.М. Толковый словарь психиатрических терминов [Текст]: / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – Воронеж: НПО «Модэк», 1995. – 639 с.

59. Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения [Текст]. – Киев, 2001. – 390 с.
60. Воловик, В.М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией [Текст]: / В.М. Воловик, А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина // Ранняя реабилитация психически больных. – Л., 1984. – С. 39-46.
61. Barton, R. Institutional Neurosis [Текст]: / R. Barton. – Wright Bristol, 1959. – 216 p.
62. Чуркин, А.А. Социальное функционирование и качество жизни у лиц с психическими расстройствами различной выраженности [Текст]: / А.А. Чуркин, Н.К. Демчева // Сибир. вестн. психиатрии и наркологии. – 2005. - № 1. – С. 52-55.
63. Чуркин, А.А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний: руководство по социальной психиатрии [Текст]: / А.А. Чуркин; под ред. Т.Б. Дмитриевой – М.: «Медицина», 2001. - С. 296-314.
64. Свердлов, Л.С. К проблеме компенсации при шизофрении [Текст]: / Л.С. Свердлов // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л., 1985. – С. 47-53.
65. Thornicroft, G. Translating ethical principles in to outcome measures for mental health service research [Текст]: / G. Thornicroft, M. Tansella // Psychological Medicine. – 1999. - № 29. – P. 761-767.
66. Folsom, D. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature [Текст]: / D. Folsom, D.V. Jeste // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. – Vol. 105, № 6. – P. 404-413.
67. Синайко, В.М. Оценка социальной стигматизации больных шизофренией студентами-медиками [Текст]: / В.М. Синайко, Е.И. Сухоиванова, О.А. Байбикова // Архів психіатрії. – 2005. - № 3. – С. 38-41.
68. Ряполова, Т.Л. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности [Текст]: / Т.Л. Ряполова // Архів психіатрії. – 2008. - № 4. – С. 15-21.

69. Гуменюк, Л.Н. Ограниченная способность к интеграции в сообщество у психически больных: пути возникновения и преодоления [Текст]: / Л.Н. Гуменюк // Журнал психиатрии и мед. психологии. – 2008. - № 2. – С. 52-56.
70. Гуменюк, Л.Н. Клинико-социальная характеристика страдающих психическими расстройствами (бездомные) [Текст]: / Л.Н. Гуменюк // Укр. вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16. – Вип. 1. - С. 9-12.
71. Заславская, Т.И. Социетальная трансформация российского общества. Деятельно-структурная концепция [Текст]: / Т.И. Заславская. – М.: Дело, 2002. – 567 с.
72. Young, J. The exclusive society: social exclusion, crime and difference in late modernity [Текст]: / J. Young. - London: SAGE, 1999. – 216 p.
73. Абрахамсон, П. Социальная эксклюзия и бедность [Текст]: / П. Абрахамсон // Общественные науки и современность. – 2001. - № 2. – С. 158.
74. Тихонова, Н.Е. Социальная эксклюзия в российском обществе [Текст]:/ Н.Е. Тихонова // Общественные науки и современность. – 2002. - № 6. – С. 5-17.
75. Приб, Г.А. Аналіз соціальної фрустрації при реабілітації психічно хворих [Текст]: / Г.А. Приб // Архів психіатрії. – 2007. - № 4. – С. 32-38.
76. Абрамов, В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией [Текст]: / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2009. – 583 с.
77. Аберкромби, Н. Социологический словарь [Текст]: / Н. Аберкромби, С. Хилл, Б.С. Тернер. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1997. – 420 с.
78. Социологический энциклопедический словарь [Текст]. – М.: НОРМА-ИНФРА М, 2000. – 488 с.
79. Российская социологическая энциклопедия; под общ. ред. Г.В. Осипова [Текст]. – М.: НОРМА-ИНФРА М, 1998. – 672 с.
80. Голдберг, Д. Распространенные психические расстройства. Биосоциальная модель [Текст]: / Д. Голдберг, П. Хаксли; пер. с англ. – К.: Сфера, 1999. – 255 с.

81. Руководство по оценке ограниченной жизнедеятельности; под ред. В.Б. Смычка [Текст]. – Минск, 2003. – 93 с.
82. Peterson, C. Optimistic explanatory style: handbook of positive psychology [Текст]: / C. Peterson, T.A. Steen; ed. C.R. Snyder, S.J. Lopez. – N.Y.: Oxford University press, 2002. – P. 244-256.
83. Abramson, L.Y. Learned helplessness in humans [Текст]: / L.Y. Abramson, M.E.P. Seligman, J.D. Teasdale // Journal of Abnormal Psychology. – 1978. – Vol. 87. – P. 49-74.
84. Abramson, L.Y. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression [Текст]: / L.Y. Abramson, G.I. Metalsky, L.B. Alloy // Psychological Review. – 1989. – Vol. 96. – P. 358-372.
85. Peterson, C., Optimism and physical well-being [Текст]: / C. Peterson, L.M. Bossio; ed E.C. Chang // Optimism and pessimism, implications for theory, research and practice. – Washington (DC): APA, 2000. – P. 127-145.
86. Seligman, M.E.P. Authentic happiness [Текст]: / M.E.P. Seligman. – New York: Free Press, 2002.
87. Гордеева, Т.О. Диагностика оптимизма как стиля объяснения успехов и неудач: опросник СТОУН [Текст]: / Т.О. Гордеева. – М.: Смысл, 2009. – 152 с.
88. Peterson, C. Optimism and health [Текст]: / C. Peterson, L.M. Bossio. – N.Y.: Free Press, 1991.
89. Sweeney, P.D. Attributional style in depression: a meta-analytic review [Текст]: / P.D. Sweeney, K. Anderson, S. Bailey // Journal of Personality and Social Psychology. – 1986. – Vol. 50, № 5. – P. 974-991.
90. Johnson, J.G. Attributions for positive life events predicts recovery from depression among psychiatric inpatients: an investigation of the needles and Abramson model of recovery from depression [Текст]: / J.G. Johnson, Y.-S. Han, C.J. Douglas, C.M. Jonhannet, T. Russell // Journal of Counseling and Clinical Psychology. – 1988. – Vol. 66, № 2. – P. 369-376.

91. Abramson, L.Y. Attributional style and theory: let no one tear them asunder [Текст]: / L.Y. Abramson, B.M. Dykman, D.J. Needles // Psychological Inquiry. – 1991. – Vol. 2 (1). – P. 11-49.
92. Yates, S.M. Explanatory style, ego-orientation and primary school mathematics [Текст]: / S.M. Yates, G.C.R. Yates // Educational Psychology. – 1995. – Vol. 15. – P. 28-34.
93. Needles, D.J. Positive life events, attributional style and hopefulness: testing a model of recovery from depression [Текст]: / D.J. Needles, L.Y. Abramson // Journal of Abnormal Psychology. – 1990. – Vol. 99, № 2. –P. 156-165.
94. Carver, C.S. Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior [Текст]: / C.S. Carver, M.F. Scheiver. – N.Y.: Springer-Verlag, 1981.
95. Carver, C.S. Unresolved issues regarding the meaning and measurement of explanatory style [Текст]: / C.S. Carver, M.F. Scheiver // Psychological Inquiry. – 1991. – Vol. 2. – P. 21-24.
96. Scheiver, M.F. A model of behavioral self-regulation: translating intentions into actions [Текст]: / M.F. Scheiver, C.S. Carver; ed. L. Berkowitz // Advances in experimental social psychology. – N.Y.: Academic Press, 1988. – Vol. 21. – P. 303-346.
97. Carver, C.S. Optimism [Текст]: / C.S. Carver // Journal of Personality and Social Psychology. – 1994. - № 10. – P. 105-122.
98. Гордеева, Т.О. Оптимистическое мышление личности как составляющая личностного потенциала [Текст]: / Т.О. Гордеева // Психол. диагностика. – 2007. – Т. 1. – С. 32-65.
99. Thompson, M. Children's attributional style questionnaire - Revised: Psychometric examination [Текст]: / M. Thompson, N.J. Kaslow, B. Weiss, S. Nolen-Hoeksema // Psychological Assessment. – 1998. – Vol. 10, № 2. – P. 166-170.
100. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control [Текст]: / A. Bandura. – New York: Freeman, 1997.
101. Сычев, О.А. Психология оптимизма [Текст]: учебно-методическое пособие / О.А. Сычев. – Бийск: БПГУ им. В.М. Шукшина, 2008. – 69 с.

102. Seligman, M.E.P. Attributional style and depressive symptoms among children [Текст]: / М.Е.Р. Seligman, С. Peterson, N.J. Kaslow, R.L. Tanenbaum, L.B. Alloy, L.Y. Abramson // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1984. – Vol. 93. – P. 235-238.
103. Бек, Дж. Когнитивная терапия [Текст]: полное руководство / Дж. Бек. – М.: Вильямс; Диалектика, 2006. – 400 с.
104. Глейтман, Г. Основы психологии [Текст]: / Г. Глейтман, А. Фридлунд, Д. Райсберг. – СПб.: Речь, 2001. – 1247 с.
105. Mezulis, A.H. Is there a Universal Positivity Bias in Attributions: a meta-analytic review of individual, developmental and cultural differences in the self-serving attributional bias [Текст]: / А.Н. Mezulis, L.Y. Abramson, J.S. Hyde, B.L. Hankin // *Psychological Bulletin*. – 2004. – Vol. 130, № 5. – P. 711-747.
106. Nolen-Hoeksema, S. Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study [Текст]: / S. Nolen-Hoeksema, J.S. Girgus, M.E.P. Seligman // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1992. – Vol. 101. – P. 405-422.
107. Seligman, M.E.P. Explanatory style and depression [Текст]: / М.Е.Р. Seligman, S. Nolen-Hoeksema; ed: D. Magnusson, A. Ohman // *Psychopathology: An interactional perspective*. – Orlando (FL): Academic Press, 1987. – P. 125-139.
108. Alloy, L.B. Comorbidity and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective [Текст]: / L.B. Alloy, K.A. Kelly, S. Mineka, C.M. Clements; ed. J.D. Maser, R. Cloninger // *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. – Washington (DC): American Psychiatric Press, 1990.
109. Seligman, M.E.P. Explanatory style across life span: Achievement and death [Текст]: / М.Е.Р. Seligman, L.P. Kamen, S. Nolen-Hoeksema; ed. E.M. Hetherington, O.C. Brim // *Child development in a lifespan perspective*. – Hillsdale (NJ): Erlbaum, 1988.
110. Мидько, А.А. Переживавшие безнадежности в постсуицидальном периоде на фоне депрессии: некоторые клинико-психологические и психометрические аспекты [Текст]: / А.А. Мидько, В.А. Розанов // *Международный медицинский журнал*. – 2009. – № 2. – С. 11-15.

111. MacLeod, A.K. Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences [Текст]: / A.K. MacLeod, B. Pankhania, M. Lee, D. Mitchell // Psychol. Medicine. – 1997. – Vol. 27 (4). – P. 973-977.

112. Szadoczky, E. Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders [Текст]: / E. Szadoczky, J. Vitrai, Z. Rihmer, J. Furedi // Eur. Psychiatry. – 2000. – Vol. 15 (6). –P. 343-347.

113. Солнцева, Н.В. Феномен выученной беспомощности: причины формирования и пути преодоления [Текст]: / Н.В. Солнцева; под ред. В.Н. Панферова, Е.Ю. Коржовой и др. // Материалы научно-практической заочной конференции «Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей». – М.: НИИРПП, 2011. – С. 174-180.

114. Ромек, В.Г. Открытие выученной беспомощности [Текст]: / В.Г. Ромек // Психологическое консультирование: Проблемы, методы, техники. – Ростов-на-Дону, 2000. – С. 278-287.

115. Волкова, О.В. Онтогенетический подход к исследованию феномена выученной беспомощности / О.В. Волкова // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2013. - № 6 (23). –(<http://mprj.ru>)

116. Циринг, Д.А. Структура личностной беспомощности: постановка проблемы [Текст]: / Д.А. Циринг // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2005. - № 15 (55). – С. 176-180.

117. Веденева, В.Е. Взаимосвязь мотивационного компонента личностной беспомощности и ведущей деятельности на разных возрастных этапах [Текст]: / В.Е. Веденева // Вестник Томского государственного университета. – 2009. - № 322. – С. 186-189.

118. Ромек, В.Г. Теория выученной беспомощности Мартина Селигмана [Текст]: / В.Г. Ромек // Журнал практического психолога. – 2000. - № 3-4. – С. 218-235.

119. Забелина, Е.В. Коммуникативная активность и беспомощность подростков: результаты формирующего эксперимента [Текст]: / Е.В. Забелина // Вестник Костром. гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. – 2008. - № 5.

120. Гордеева, Т.О. Теория самодетерминации: настоящее и будущее. Вопросы практического применения теории [Текст]: / Т.О. Гордеева // Психологические исследования. – 2010. – Ч. 2. - № 5 (13).
121. Далгатов, М.М. Мотивация деятельности достижения в теориях каузальной атрибуции [Текст]: / М.М. Далгатов // Вестник Московского университета. – 2006. - № 1. – Серия 14: Психология. – С. 71-81.
122. Девятковская, И.В. Психологические характеристики выученной беспомощности педагогов / И.В. Девятковская // Психология XXI века. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет. – 2006. – (<http://psilogia.biz/psilogiya-psilogiya-obchaya.html>).
123. Леонтьев, Д.А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции [Текст]: / Д.А. Леонтьев; под ред. Б.С. Братуся, Е.Е. Соколовой // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. – М.: Смысл, 2006. – С. 85-105.
124. Батурич, Н.А. Психология успеха и неудачи [Текст]: учебное пособие / Н.А. Батурич. – Челябинск: Изд. ЮУрГУ, 1999. – 100 с.
125. Ситуативная и личностная беспомощность [Текст]: / под ред. Н.А. Батурина // Материалы 52-й научной конференции преподавателей факультета психологии. – Челябинск: Изд. ЮУрГУ, 2000. – С. 21-22
126. Hiroto, D. Locus of control and learned helplessness [Текст]: / D. Hiroto // Journal of Experimental Psychology. – 1974. – Vol. 102. – P. 187-193.
127. Maier, S.F. Failure to avoid traumatic electric shock: incompatible skeletal-motor responses or learned helplessness [Текст]: / S.F. Maier // Learning and motivation. – 1970. - P. 157-169.
128. Maier, S.F. Learned helplessness: theory and evidence [Текст]: / S.F. Maier, M.E.P. Seligman // Journal of Experimental Psychology: General. – 1976. - Vol. 105. - P. 3-46.
129. Maier, S.F. Pavlovian fear conditioning and learned helplessness [Текст]: / S.F. Maier, M.E.P. Seligman, R.L. Solomon // Punishment and aversive behavior. – New York. - 1969. - P. 229-243.

130. Overmier, J.B. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding [Текст]: / J.B. Overmier, M.E.P. Seligman // Journal of Comparative and Physiological Psychology. – 1967. - P. 63-71.
131. Peterson, C. Learned helplessness: a theory for the age of personal control [Текст]: / C. Peterson, Christopher. - New York: Oxford University Press. - 1993. – 359 p.
132. Seligman, M.E.P. Helplessness: On depression, development and death [Текст]: / M.E.P. Seligman. – San Francisco: Freeman. – 1975.
133. Seligman, M.E.P. What You Can Change & What You Can't [Текст]: / M.E.P. Seligman. – NY.: Knopf. – 1993.
134. Abramson, L.Y. Hopelessness depression [Текст]: / L.Y. Abramson, L.B. Alloy, G.I. Metalsky // Explanatory style. – Hillsdale. – NY.: Erlbaum. – 1995.
135. Abramson, L.Y. Hopelessness [Текст]: / L.Y. Abramson, G.I. Metalsky, L.B. Alloy // Symptoms of depression. – New York: Wiley. – 1993.
136. Abramson, L.Y. Search for the «Negative Cognition» subtype of depression [Текст]: / L.Y. Abramson, L.B. Alloy // Depression: New directions in theory, research and practice. - Toronto: Wall and Thompson. – 1990.
137. Abramson, L.Y. The hopelessness theory of depression: Current status and future directions [Текст]: / L.Y. Abramson, L.B. Alloy, G.I. Metalsky; ed N. Stein. – University of Chicago Symposium on Emotion. - Hillsdale. – NY.: Erlbaum. – 1990.
138. Garber, J. The relationship between depression and anxiety [Текст]: / J. Garber, L.Y. Abramson, S. Miller; ed. J. Garber and M.E.P. Seligman // Human helplessness. – New York: Academic Press. - 1980.
139. Abramson, L.Y. Modeling psychopathology in the laboratory: History and rationale [Текст]: / L.Y. Abramson, M.E.P. Seligman; ed. J. Maser and M.E.P. Seligman // Psychopathology: Experimental models. – San Francisco: Freeman. - 1977.
140. Dweck, C. Sex differences in learned helplessness: The contingencies of evaluative feedback in the classroom and An Experimental Analysis [Текст]: / C. S.

Dweck, W. Davidson, S. Nelson, E. Bradley // *Developmental Psychology*. – 1978. – № 14 (3). – P. 268-276.

141. Коробейников, И.А. Нарушения развития и социальная адаптация [Текст]: / И.А. Коробейников. – М.: Изд-во «ПЭР СЭ», 2002. – 192 с.

142. Волкова, О.В. Степень разработанности и история проблемы выученной беспомощности / О.В. Волкова // *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал*. – 2013. - № 1 (1). - (<http://medpsy.ru/climp>)

143. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Текст]: / С.Л. Рубинштейн. – СПб., 2001. – 705 с.

144. Пуховский, Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций [Текст]: / Н.Н. Пуховский. – М.: Академический Проект, 2000. – 288 с.

145. Психология посттравматического стресса [Текст]:: практикум / под ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2001.

146. Тисдейл, Дж., Выход из депрессии. Освободите себя от хронической неудовлетворенности [Текст]: / Дж. Тисдейл, М. Уильямс. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.

147. Короленко, Ц.П., Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство [Текст]: / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2007. – 468 с.

148. Коростелева, И.С. Поисковая активность и проблема обучения и воспитания [Текст]: / И.С. Коростелева, В.С. Ротенберг // *Вопросы психологии*. – 1988. - № 6. – С. 60-71.

149. Галажинский, Э.В. Некоторые психологические проблемы изучения самореализации личности [Текст]: / Э.В. Галажинский // *Современная психология: состояние и перспективы*. – М., 2002. – Т. 2.

150. Ключко, В.Е. Самореализация личности: системный взгляд [Текст]: / В.Е. Ключко, Э.В. Галажинский; под ред. Г.В. Залевского. – Томск: Изд-во Томского университета, 1999. – 154 с.

151. Циринг, Д.А. Психология личностной беспомощности [Текст]: авторефер. дис... докт. психол. наук: 19.00.01 / Циринг Д.А. – Томск, 2010. – 45 с.
152. Brunstein, J.C. Personal helplessness and action control an analysis of achievement-related cognitions, self-assessments, and performance [Текст]: / J.C. Brunstein, E. Olbrich // Journal of Personality and Social Psychology. - 1985. - № 48. – P. 1540-1551.
153. Mikulincer, M. The conceptualization of helplessness: a phenomenological-structural analysis [Текст]: / M. Mikulincer, T. Caspy // Motivation and Emotion. - 1986. - № 10. – P. 263-278.
154. Сергиенко, Е.А. Субъектная регуляция совладающего поведения [Текст]: /Е.А. Сергиенко; под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко // Совладающее поведение: современное состояние и перспективы. – М.: Институт психологии РАН, 2008. – С. 67-83.
155. Циринг, Д.А. Психология личностной беспомощности: исследование уровней субъектности [Текст]: / Д.А. Циринг. – М.: Академия, 2010. – 410 с.
156. Селигман, М. Как научиться оптимизму: советы на каждый день [Текст]: / М. Селигман; пер. с англ. – М.: Вече, 1997.
157. Ротенберг, В.С. Поисковая активность и адаптация [Текст]: / В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский. – М.: Наука, 1984. – 193 с.
158. Разумов, С. А. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологий человека [Текст]: / С.А. Разумов. - Л., 1996. – С. 5-32.
159. Хрящева, Н.Ю. Особенности психологических состояний в условиях изоляции [Текст]: / Н.Ю. Хрящева; под общ. ред Л.В. Куликова // Психические состояния. - СПб., 2000.
160. Човдырова, Г.С. Проблемы повышения психологической стрессоустойчивости личного состава системы МВД России в экстремальных условиях [Текст]: / Г.С. Човдырова. - М., 1998. – 156 с.
161. Иган, Дж. Базисная эмпатия как коммуникативный навык [Текст]: / Дж. Иган // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 1. – С. 34-38.

162. Пузыревский, В.Ю. Феномен эмпатии в контексте современной западной философии [Текст]: / В.Ю. Пузыревский. - СПб., 2001. – 214 с.
163. Ягнюк, К. В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии [Текст]: / К.В. Ягнюк // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. - № 1. – С. 17-21.
164. Корсини, Р. Психологическая энциклопедия [Текст]: / Р. Корсини, А. Ауэрбах. – СПб.: Питер, 2006. – 1096 с.
165. Роджерс, К. Эмпатия. Психология мотивации и эмоций [Текст]: / К. Роджерс; под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, М. В. Фаликман. – М.: ЧеРо, 2002. – 750 с.
166. Мансер, С. Психометрический анализ фактора эмпатии (EQ) [Текст]: / С. Мансер, Дж. Линг; пер. Л.Д. Разумова // Personality and Individual Differences. – 2006.
167. Гиппенрейтер, Ю.Б. Феномен конгруэнтной эмпатии [Текст]: / Ю.Б. Гиппенрейтер, Т.Д. Карягина, Е.Н. Козлова // Вопросы психологии. – 1993. – № 4. – С. 61-68.
168. Тютяева, О.В. Функциональные механизмы эмпатийного воздействия [Текст]: / О.В. Тютяева // Вокруг планеты всей: любопытная информация на любые темы: Психология. – 2009.
169. Сопиков, А.П. Механизм эмпатии [Текст]: / А.П. Сопиков // Сб. «Вопросы психологии познания людьми друг друга и самопознания. - Краснодар: Изд-во Кубанск. ун-та., 1977. – С. 24-27.
170. Соболев, С.И. Роль эмпатийной установки в просоциальном поведении в теории Д. Батсона [Текст]: / С.И. Соболев // Личность, семья, общество: вопросы педагогики и психологии. – М.: Эксмо, 2013. – № 33. – С. 175-179.
171. Тарасова. Л.Н. К проблеме просоциального поведения в русской философской мысли [Текст]: / Л.Н. Тарасова // Сборник трудов SWorld. – 2013. – Т. 24. – № 3. – С. 43-46.
172. Елеференко, И.О. Эмпатия [Текст]: / И.О. Елеференко. – СПб.: Гаруда, 2003.

173. Юсупов, И.М. Психология эмпатии. (Теоретические и прикладные аспекты) [Текст]: автореф. дис... д-ра пс. наук. / Юсупов И.М. - СПб., 1995.

174. Александрова, Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии [Текст]: / Л. А. Александрова; под. ред. М.М. Горбатовой // Сибирская психология сегодня. - Вып. 2. - Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004 - С. 82-90.

175. Лепшинский, Н.Н. Модерирующие эффекты социальной поддержки в условиях относительной групповой изоляции [Текст]: / Н.Н. Лепшинский // Социальная психология и общество. - 2011.

176. Мюррей, Г. Explorations in personality [Текст]: / Г. Мюррей. - 1983. - P. 83.

177. Маклелланд, Д. Мотивация человека [Текст]: / Д. Маклелланд. - СПб.: Питер, 2007 – 627 с.

178. Вилюнас, В.К. Психологические механизмы мотивации человека [Текст]: / В.К. Вилюнас. – М.: Изд-во МГУ, 2010 – 288 с.

179. Мехрабиан, А. Диагностика мотивов аффилиации [Текст]: / А. Мехрабиан; под ред. Н.П. Фетискина, В.В. Козлова, Г.М. Мануйлова // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Психотерапия, 2002. – С. 95-98.

180. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность [Текст]: / Х. Хекхаузен. - М.: Педагогика, 1986. - Т. 1. – 168 с.

181. Болдырева, Е.В. Изменения характера мотивов аффилиации как показатель развития созависимости педагогов на разных этапах профессиональной деятельности [Текст]: / Е.В. Болдырева // Психология образования в XXI веке: теория и практика. - С. 327-331.

182. Шорохова, О. А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости [Текст]: / О. А. Шорохова. - СПб.: Речь, 2002. – 136 с.

183. Altman, I. Dialectic conceptions in social psychology: an application to social penetration and privacy regulation [Текст]: / I. Altman, A. Vinsel, B. Brown // Advances in experimental social psychology. – N.Y., 1981. - Vol.14.

184. Taylor. M.A. Environment and interpersonal relationship: privacy, crowding and intimacy [Текст]: / М.А. Taylor // Small groups and social interaction. – London, 1983. - Vol. 1.

185. Harrison, A. Groups in exotic environments [Текст]: / А. Harrison // Advances in experimental social psychology. - 1984. - № 18. - P. 49-87.

186. Shaw, M. Group dynamics, the psychology of small group behavior [Текст]: / М. Shaw. - N.Y., 1971.

187. Гушин, В.И. Закономерности дистанционного общения изолированных малых групп в долговременной изоляции [Текст]: автореф дис... д-ра наук / Гушин В.И. – М., 2003. – 268 с.

188. Базылевич, Т.Ф. О целостности индивидуальности и влиянии радиации на активированность мозга [Текст]: / Т.Ф. Базылевич, В.Г. Асеев, М.В. Бодунов // Психол. журнал. – 1993. – Т. 14, № 2. – С. 25-34.

189. Короленко, Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях [Текст]: / Ц.П. Короленко. – Л.: Медицина, 1978. – 210 с.

190. Ломов, Б.Ф. Теория функциональных систем в физиологии и психологии [Текст]: / Б.Ф. Ломов. – М.: ВШ, 1978. – 306 с.

191. Дьяченко, М.И. Готовность к деятельности в напряженной ситуации [Текст]: / М.И. Дьяченко, Л.А. Кадыбович, В.А. Пономаренко // Психологический аспект. – Минск: Университетское, 1976. – 206 с.

192. Казначеев, В.П. Современные аспекты адаптации [Текст]: / В.П. Казначеев. – Новосибирск: Наука, 1980. – 191 с.

193. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса [Текст]: / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1983. – 480 с.

194. Гримах, Л.П. Резервы человеческой психики [Текст]: / Л.П. Гримах. – М.: Политиздат, 1989. – 319 с.

195. Медведев, В.И. Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов [Текст]: / В.И. Медведев. – М.: Наука, 1982. – 280 с.

196. Серый, А.В. Психологические механизмы функционирования системы личностных смыслов [Текст]: / А. В. Серый. - Кемерово: Кузбассвузиздат, 2002. - 183 с.
197. Леонтьев, Д. А. Факторная структура теста смысложизненных ориентации [Текст]: / Д.А. Леонтьев, М.О. Калашников, О.Э. Калашникова // Психологический журнал. - 1993. - Т. 14, № 1. - С. 150-155.
198. Чудновский, В.Э. Смысл жизни и судьба [Текст]: / В.Э. Чудновский. - М.: Ось. - № 89. - 1997. - 208с.
199. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Текст]: / С.Л. Рубинштейн. - СПб.: Питер. - 2007. – 688 с.
200. Абульханова-Славская, К.А. Стратегия жизни [Текст]: / К.А. Абульханова-Славская. - М: Мысль, 1991. - С. 72-73.
201. Пек, М.С. Непроторенная дорога. Новая психология любви и духовного роста [Текст]: / М.С. Пек. – М.: София, 2008. – 70 с.
202. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности [Текст]: / Д.А. Леонтьев. - М., 1999. - 487 с.
203. Чудновский, В.Э. О некоторых «болевых точках» становления личности [Текст]: / В.Э. Чудновский // Психологический журнал. - 2006. - Т. 27, № 3. - С. 5-17.
204. Реан, А.А. Локус контроля делинквентной личности [Текст]: / А.А. Реан // Психологический журнал. - 1994. - Т. 15, № 2. - С. 52-56.
205. Муздыбаев, К. Психология ответственности [Текст]: / К. Муздыбаев. - Л., 1983. - 240 с.
206. Васильева, О.С. Изучение основных характеристик жизненной стратегии человека [Текст]: / О.С. Васильева, Е.А. Демченко // Вопросы психологии. - 2001. - № 2. - С. 74-85.
207. Братусь, Б.С. Аномалии личности [Текст]: / Б.С. Братусь. - М.: Мысль, 1988. – 301 с.
208. Леонтьев, Д.А. Новые горизонты проблемы смысла в психологии [Текст]: / Д.А. Леонтьев // Проблема смысла в науках о человеке (к 100-летию

Виктора Франкла). Материалы международной конференции (Москва, 19-21 мая 2005г.). -М.: Смысл, 2005. - С. 36-48.

209. Франкл, В. Человек в поисках смысла [Текст]: / В. Франкл; под общ. ред. Л. Я. Гозмана, Д. А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. - С. 308.

210. Маслоу, А. Новые рубежи человеческой природы [Текст]: / А. Маслоу. - М.: Смысл, 1999. – 425 с.

211. Crumbaugh. J.C. The Seeking of Noetic Goals Test (SONG): A complementary Scale to the Purpose in Life Test (PIL) [Текст]: / J.C. Crumbaugh // Journal of Clinical Psychology. - 1977. - Vol. 33(3). - P.900-907.

212. Crumbaugh, J.C. An Experimental Study in Existentialism: The Psychometric Approach to Frankl's Concept of Noogenic Neurosis [Текст]: / J.C. Crumbaugh, L.T. Maholick // Journal of Clinical Psychology. - 1964. - № 20 (2). - P. 200-207.

213. Леонтьев, Д.А. Методика предельных смыслов (МПС) [Текст]: / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1992. - 36 с.

214. Леонтьев, Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) [Текст]: / Д.А. Леонтьев. - М.: Смысл, 1992. – 16 с.

215. Шкилев, С.В. Смысложизненные ориентации как фактор социально-психологической адаптации студентов в процессе обучения в ВУЗе [Текст]: автореф. дисс... канд. психол. наук / Шкилев С.В. - Курск. – 2006.

216. Дереча, Г.И.. О значении изучения смысложизненных ориентации больных алкоголизмом // Медицинская психология в России электрон. науч. журн. - [2010]. - № 2. – (<http://medpsy.ru>).

217. Юрьева, Л.Н. Психологические особенности смысложизненных ориентаций и самоотношения больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния [Текст]: / Л.Н. Юрьева, Н.А. Демура, Н.Е. Колomoец, Н.Г. Кушнир // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2013. -№ 9. - С. 33-44.

218. Серый, А.В. Применение теста смысложизненных ориентаций к диагностике актуальных смысловых состояний (новая концептуализация) [Текст]: / А.В. Серый, А.В. Юпитов. – Кемерово: Кузбасс ВУЗ издат., 2006. – 64 с.

219. Циринг, Д.А. Соотношение личностной беспомощности и смежных с ней психологических феноменов [Текст]: / Д.А. Циринг // Вестн. Том. гос. ун-та. - 2009. - № 239.

220. Scheier, M.F. Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update [Текст]: / M.F. Scheier, C.S. Carver // Cognitive Therapy and Research. - 1992. – № 16 (2). – P. 201–228.

221. Scheier, M.F. Optimism [Текст]: / M.F. Scheier, C.S. Carver; ed S.J. Lopez // The Encyclopedia of Positive Psychology. - Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2013. – P. 656–663.

222. Seligman, M.E.P. The optimistic child: Proven program to safeguard children from depression and build lifelong resilience [Текст]: / M.E.P Seligman, K. Reivich, L. Jaycox, J. Gillham. - New York: Harper Perennial, 1996.

223. Циринг, Д.А. Вопросы диагностики оптимизма и пессимизма в контексте теории диспозиционного оптимизма [Текст]: / Д.А. Циринг, К.Ю. Эвнина // Психологические исследования. – 2013. - Т.6, № 31. - С. 6.

224. Крюкова, Т.Л. Оптимизм/пессимизм в совладающем поведении субъекта: межпоколенческий аспект [Текст]: / Т.Л. Крюкова // Психологическое исследование: теория, методология, практика: сборник материалов II Сибирского психологического форума. 30 ноября – 1 декабря 2007г. – Томск: Томский государственный университет, 2007. – С. 236-242.

225. Муздыбаев, К. Оптимизм и пессимизм личности (опыт социолого-психологического исследования) [Текст]: / К. Муздыбаев // Социологические исследования. – 2003. – № 12. – С. 87-96.

226. Зайцева, Е.Ф. Феномен оптимизма (пессимизма) [Текст]: / Е.Ф. Зайцева // Психологический журнал. - 2012. - № 3-4. - С. 33-40.

227. Herzberg, P. Separating Optimism and Pessimism: A Robust Psychometric Analysis of the Revised Life Orientation Test (LOT-R) [Текст]: / P. Herzberg, H. Glaesmer, J. Hoyer // Psychological Assessment. – 2006. – Vol. 18, № 4. – P. 433-438.

228. Замышляева, М.С. Оптимизм и пессимизм в совладающем поведении в юношеском возрасте [Текст]: дис... канд. психол. наук: 19.00.03 / Замышляева М.С. – М., 2006. – 237 с.
229. Гордеева, Т.О. Оптимистическое мышление личности как составляющая личностного потенциала [Текст]: / Т.О. Гордеева // Психологическая диагностика. – 2007. – № 1. – С. 32-65.
230. Гордеева, Т.О. Психология мотивации достижения [Текст]: / Т.О. Гордеева. – М.: Академия, 2006. – 332 с.
231. Сычев, О.А. Психология оптимизма [Текст]: / О.А. Сычев. - Бийск: Бийск. пед. гос. университет, 2008. – 69 с.
232. Маслоу, А. Психология бытия [Текст]: / А. Маслоу. – Киев, 1997.
233. Роджерс, К. К науке о личности [Текст]: / К. Роджерс // История зарубежной психологии. – М., 1986. – С. 199-230.
234. Мясищев, В.Н. Психология отношений [Текст]: / В.Н. Мясищев; под ред. А.А. Бодалева. – М., 1995. – 453 с.
235. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис [Текст]: / Э. Эриксон. – М., 1996.
236. Гордеева, Т.О. Теория самодетерминации Э. Диси и Р. Райана [Текст]:/ Психология мотивации достижения: учебное пособие // Т.О. Гордеева. – М.: Смысл: Академия. – 2006. – С. 201-245.
237. Пучкова, Г.Л. Субъективное благополучие как фактор самореализации личности [Текст]: автореф. дисс... канд. психол. наук / Пучкова Г.Л. – Хабаровск, 2003. – 163 с.
238. Куликов, Л.В. Субъективное благополучие личности [Текст]: / Л.В. Куликов // Матер. юбилейн. конф. «Ананьевские чтения – 97». – СПб., 2007. – С. 162 -164.
239. Куликов, Л.В. Факторы психологического благополучия личности [Текст]: / Л.В. Куликов, М.С. Дмитриева, М.Ю. Долина, О.В. Иванов, М.А. Розанова, Т.Г. Тимошенко // Теоретические и прикладные вопросы психологии:

матер. юбилейн. конф. «Ананьевские чтения -97». – Вып. 3. - Ч. 1. – Изд-во СПбГУ. – СПб., 2007. – С. 342-350.

240. Савельева, О.С. Субъективное благополучие как проблема социальной психологии личности [Текст]: / О.С. Савельева. – Москва, 2008.

241. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита [Текст]: / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. - № 1. – 1994. - С. 3-19.

242. Абульханова-Славская, К.А. Деятельность и психология личности [Текст]: / К.А. Абульханова-Славская. – М., 2008. – 360 с.

243. Куликов, Л.В. Психология настроения [Текст]: / Л.В. Куликов. – Изд-во СПбГУ. – СПб., 1997. – 225 с.

244. Шамионов, Р.М. Психология субъективного благополучия личности [Текст]: / Р.М. Шамионов. – Саратов, 2007. – 240 с.

245. Бочарова, Е.Е. Соотношение эмоциональных компонентов и когнитивных компонентов субъективного благополучия в разных условиях социализации [Текст]: / Е.Е. Бочарова // Проблемы социальной психологии личности. – 2008. – С. 32-56.

246. Шамионов, Р.М. Психология субъективного благополучия: (к разработке интегративной концепции) [Текст]: / Р.М. Шамионов // Мир психологии. – 2007. - № 2. – С. 143-148.

247. Diener, E. Subjective well-being: Three decades of progress [Текст]: / E. Diener // Psychological Bulletin. – 1999. – P. 276-301.

248. Diener, E. Factors predicting the subjective well-being of nations [Текст]: / E. Diener, M. Diener, C. Diener // J. of Personality and Social Psychology. – 1995. – Vol. 69. – P. 851-864.

249. Созонов, А.Е. Гедонистический и эвдемонистический подходы к проблеме психологического благополучия [Текст]: / А.Е. Созонов // Вопросы психологии. – 2006. - № 4. – С. 105-114.

250. Аргайл, М. Психология счастья [Текст]: / М. Аргайл. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 217 с.

251. Аргайл, М. Психология счастья [Текст]: / М. Аргайл; пер. с англ; под ред. М.В. Кларина. – М.: Прогресс, 2007. – 403 с.
252. Джидарьян, И.А. Счастье в представлениях обыденного сознания [Текст]: / И.А. Джидарьян // Психологический журнал. – 2009. – Т. 21, № 2. – С. 40-48.
253. Бонивелл, И. Ключи к благополучию: Что может позитивная психология [Текст]: / И. Бонивелл; пер. с англ. М. Бабичевой. – М.: Время, 2009. – 192 с.
254. Ryff, C.D. The structure of psychological well-being revisited [Текст]:/ C.D. Ryff, C.L.M. Keyss // Journ. Pers. Soc. Psychol. – 1995. - № 69. – P. 719-727.
255. Воронина, А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы [Текст]: автореф. дисс... канд. психол. наук / Воронина А.В. – Томск, 2002. – 19 с.
256. Ryan, R.M. The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept [Текст]: / R.M. Ryan, E.L. Deci // Psychological inquiry. – 2000. – Vol. 11. – P. 319-338.
257. Ryan, R.M., Self – determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being [Текст]: / R.M. Ryan, E.L. Deci // American Psychologist. – 2000. – Vol. 55. – P. 68-78.
258. Deci, E.L. Self – determination theory: A macrotheory of human motivation, development and health [Текст]: / E.L. Deci, R.M. Ryan // Candian Psychology. – 2008. – Vol. 49. – P. 182-185.
259. Ryan, R.M. On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being [Текст]: / R.M. Ryan, C.M. Frederic // Journal of Personality. – 1997. – Vol. 65. – P. 529-565.
260. Diener, E. Subjective well-being: Three decades of Progress [Текст]: / E. Diener, E. Suh, R.E. Lucas, H. Smith // Psychological Bulletin / [http:// obshina.info/index.php](http://obshina.info/index.php)

261. Эммонс, Р. Психология высших устремлений: мотивация и духовность личности [Текст]: / Р. Эммонс; под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2007. – 416 с.
262. Леонтьев, Д.А. Психология свободы: к постановке проблемы детерминации личности [Текст]: / Д.А. Леонтьев // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 1. – С. 15-25.
263. Neilands, T.B. The Time Course of the Self-concept Threat Reduction Process Among Low and High Self-esteem Individuals [Текст]: / T.B. Neilands. - Ph.D. dissertation: The University of Texas at Austin, 1993.
264. Теория когнитивного диссонанса. Большой психологический словарь [Текст]: / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. - СПб.: Прайм Еврознак, 2004. - 672 с.
265. Фестингер, Л. Теория когнитивного диссонанса [Текст]: / Л. Фестингер; пер. с англ. А. Анистратенко, И. Знаешева. – СПб.: Ювента, 1999. – 318 с.
266. Когнитивный диссонанс [Текст]: Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. - СПб.: Питер, 2003. -1096 с.
267. Steele, C.M. Dissonance processes as self-affirmation [Текст]: / C.M. Steele, T.J. Liu // Journal of Personality and Social Psychology. - 1983. - V. 45, № 1. - P. 5-19.
268. Markus, H. Self-schemata and processing information about the Self [Текст]: / H. Markus // Journal of Personality and Social Psychology. – 1977. - № 35 (2). – P. 63-78.
269. Stryker, S. Identity Theory: Development and Extensions. In Self and Identity: Psychosocial Perspectives [Текст]: / S. Stryker; ed. K. Yardley et T. Honess. - London: Wiley.
270. Бегоян, А.Н. Концептуальная система личности [Текст]: / А.Н. Бегоян; под ред. Р.А. Погосяна // Интегративная психотерапия сегодня: Материалы I Международной научно-практической конференции (26-27 ноября 2009г.). - Ереван: Изд-во «Кавказский центр ирановедения», 2010. – С. 15-22.

271. Роджерс, К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы [Текст]: / К.Р. Роджерс; пер.с англ. – М.: ЭКСМО – Пресс, 1999. – 464 с.

272. Мэй, Р. Экзистенциальная психология [Текст]: / Р. Мэй. – К.: «PSYLIB». – 2005. – 171 с.

273. Куликов, Л.В. Стресс и стрессоустойчивость личности [Текст]: / Л.В. Куликов; под ред. А.А. Крылова // Теоретические и прикладные вопросы психологии. - Вып. 1. - Ч.1. – СПб., 1995. - С. 123-132.

274. Брилл, А. Лекции по психоаналитической психиатрии [Текст]: / А. Брилл. – Екатеринбург: Деловая книга. 1998. – 205 с.

275. Молчанова, Е.С. Различия в напряженности механизмов психологической защиты при шизофрении у мужчин и женщин: «адаптационная» проекция схизиса? [Текст]: / Е.С. Молчанова, В. Карагаполов, Н. Рыбина // Вестник КРСУ. – 2003. – № 7. – С. 23-26.

276. Bartlett, A., Do women need special secure services? [Текст]: / A. Bartlett, Y. Hassel // Advances of Psychiatric Treatment. - 2001. – № 7. – P. 302-309.

277. Дончев, П. Особенности психологической мотивации общественно опасного поведения [Текст]: / П. Дончев // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 338-341.

278. Шостакович, Б.В. и соавт. Судебная психиатрия [Текст]: / Б.В. Шостакович. – М., Зерцало, 1997. – 384 с.

279. Шостакович, Г.В. Опыт работы отделения для принудительного лечения с усиленным наблюдением [Текст]: / Г.В. Шостакович // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 61-64.

280. Monahan, J. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk [Текст]: / J. Monahan, P.S. Appelbaum // British Journal of Psychiatry. - 2000. – № 176. – P. 312-320.

281. Наталевич, З.С. Принципы медицинской деонтологии в условиях принудительного лечения [Текст]: / З.С. Наталевич // Актуальные вопросы

принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния. – М., 1983. – С. 80-83.

282. Наталевич, З.С. Об эффективности принудительного лечения по данным повторных судебно-психиатрических экспертиз [Текст]: / З.С. Наталевич, В.К. Ахмарова, В.И. Посохова, Е.В. Горячкин // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные деяния. – М., 1988. – С. 71-78.

283. Appleey, L. Documenting the hip between homelessness and psychiatric hospitalization [Текст]: / L. Appleey, P.N. Desai // Hosp. Commun. Psychiatr., 1985. – Vol. 36 (7). – P. 732-737.

284. Том, А. Влияние социальных условий на биологические основы психологических процессов [Текст]: / А. Том // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. – Л., 1975. – С. 14-23.

285. Юрьева, Л.Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния [Текст]: / Л.Н. Юрьева. – Киев, 1996. – 146 с.

286. Котов, В.П. Принципы дифференцированного принудительного лечения психически больных с преобладанием дефицитарных расстройств и изменений личности [Текст]: / В.П. Котов, М.М. Мальцева, В.С. Воронин // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 468-469.

287. Sayce, L. Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems [Текст]: / L. Sayce, M. Laurence // Psychiatric Bulletin, 1999. – № 23. – P. 65-67.

288. Wolff, G. Public education for community care [Текст]: / G. Wolff, S. Pathare, T. Craig // British Journal of Psychiatry, 1996. – № 168. – P. 441-447.

289. Perkins, R. Access to employment: a supported employment project to enable mental health service users to obtain jobs within mental health teams [Текст]: / R. Perkins, R. Buckfield, D. Choy // Journal of Mental Health, 1997. – № 6. – P. 307-318.

290. Спирина, И.Д. Клинические аспекты отмены принудительного лечения в психиатрической больнице с интенсивным наблюдением [Текст]: / И.Д.

Спирина, А.Н. Кушнир, О.В. Серебрицкая // Вісник психічного здоров'я. – 2001. - № 1-2. – С. 67-69.

291. Кондратьев, Ф.В. Судебно-психиатрический аспект функционального диагноза и индивидуализированные программы профилактики общественно опасных действий психически больных [Текст]: / Ф.В. Кондратьев // Профилактика общественно опасных действий психически больных. – М., 1986. – С. 16-24.

292. Thomson, L.D.G. Management of schizophrenia in conditions of high security [Текст]: / L.D.G. Thomson // Advances in Psychiatric Treatment. - 2000. – № 6. – P. 252-260.

293. Корнилов, А.П. Основные принципы психокоррекции больных, находящихся на принудительном лечении [Текст]: / А.П. Корнилов, В.Г. Булыгина // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 467-468.

294. Мальцева, М.М. Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики [Текст]: авторефер. дис... докт. наук / Мальцева М.М. – М., 1987. – 38 с.

295. Сафьянов, Н.Г. Опыт работы отделения принудительного лечения с усиленным наблюдением в областной психиатрической больнице [Текст]: / Н.Г. Сафьянов, Л.А. Соколова // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 489-490.

296. Tarrrier, N. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour for patients with chronic schizophrenia [Текст]: / N. Tarrrier, L. Yusupoff, C. Kinney // British Medical Journal. – 1998. - № 317. – P. 303-307.

297. Hingley, S.M. Psychotherapy perspectives on psychosis and psychotherapy [Текст]: / S.M. Hingley // British Journal of Medical Psychology. – 1997. - № 70. – P. 313-324.

298. Benton, M.K. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation [Текст]: / M.K. Benton, H.E. Schroeder // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1990. - № 58. – P. 741-747.

299. Novaco, R. Anger treatment and offenders; ed. C. Hollin [Текст]: / R. Novaco, M. Ramm, L. Black // In Handbook of Assessment and Treatment. – Chichester: John Wiley & Sons, in press, 2000.

300. Snowden, P. Practical aspects of clinical risk assessment and management [Текст]: / P. Snowden // British Journal of Psychiatry. – 1997. - № 170. – P. 32-34.

301. Заморенова, З.Д. Роль социометрических исследований в реабилитации психически больных, находящихся на принудительном лечении [Текст]: / З.Д. Заморенова, Т.Е. Кузьмичева // Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия. – М., 1983. – С. 143-144.

302. Фидлер, В.Г. Роль системы медико-социальных мероприятий в профилактике общественно-опасных действий больных шизофренией [Текст]: / В.Г. Фидлер // Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. – М., 1989. – С. 47-53.

303. Куземко, И.Ф. Клинико-катамнестическое исследование больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия (по материалам психиатрической больницы специального типа) [Текст]: автореф. дисс... канд. мед наук / Куземко И.Ф. – М., 1994. – 17 с.

304. Никифоров, Ю.В. Об эффективности принудительного лечения в психиатрическом отделении с усиленным наблюдением [Текст]: / Ю.В. Никифоров, С.Г. Пырков, О.К. Малтапар, А.Н. Лунин // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2001. - № 1 (8). – С. 96-98.

305. Гордеева, Т.О. Психология мотивации достижения [Текст]: / Т.О. Гордеева. – М.: Смысл; Академия, 2006. – 336 с.

306. Коростелева, И.С. Поисковая активность и проблема обучения и воспитания [Текст]: / И.С. Коростелева, В.С. Ротенберг // Вопросы психологии. – 1988. - № 6. – С. 60-71.

307. Мельникова, Н.Н. Коррекция выученной беспомощности: принципы групповой работы с детьми 9-11 лет [Текст]: / Н.Н. Мельникова; под ред. Н.А.

Батурина // Теоретическая, экспериментальная и практическая психология. Сборник научных трудов. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – Т. 2. – С. 127-134.

308. Ромек, В.Г. Основы поведенческой психотерапии [Текст]: / В.Г. Ромек. – Ростов н/Д: ЮРГИ, 2002. – 200 с.

309. Яковлева, Ю.В. Феномен самостоятельности (на материале юношеского возраста) [Текст]: / Ю.В. Яковлева // Вестник Костромского гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. – 2008. - № 5. – С. 161-165.

310. Циринг, Д.А. Психология личностной беспомощности: исследование уровней субъектности [Текст]: / Д.А. Циринг. – М.: Издат. центр «Академия», 2010. – 410 с.

311. Джеймс, У. Научные основы психологии [Текст]: / У. Джеймс. – Минск: Харвест, 2003. – 528 с.

312. Ривман, Д.В. Виктимология [Текст]: / Д.В. Ривман, В.С. Устинов. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2000. – 332 с.

313. Малкина-Пых, И.Г. Психология поведения жертвы [Текст]: / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Экс-мо, 2006. – 1008 с.

314. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии [Текст]: / А. Бек, А. Раш, Б. Шо. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.

315. Циринг, Д.А. Современные подходы к коррекции выученной беспомощности у детей и подростков [Текст]: / Д.А. Циринг // Сиб. психол. журн. – 2008. - № 29. – С. 63-68.

316. Сыманюк, Э.Э. Психологические характеристики выученной беспомощности у педагогов [Текст]: / Э.Э. Сыманюк, И.В. Девятовская // Вестник ОГУ. – 2006. - № 9. – С. 71-78.

317. Dweck, C.S. The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness [Текст]: / C.S. Dweck // Journal of Personality and Social Psychology. – 1975. - № 31. – P. 674-685.

318. Dweck, C.S. Learned helplessness an intellectual achievement [Текст]: / C.S. Dweck, B.G. Licht // Human helplessness: Theory and application. – New York, 1980. – P. 197-221.

319. Dweck, C.S. Learned helplessness and reinforcement responsibility in children [Текст]: / C.S. Dweck, N.D. Reppucci // Journal of Personality and Social Psychology. – 1973. - № 25. – P. 109-116.

320. Peterson, C.M. Depressive Symptoms Und Unprompted Causal Attributions: Content Analysis [Текст]: / C.M. Peterson, B.A. Bettes, M.E.P. Seligman // Behav. Res. Ther. – Great Britain, 1985. – Vol. 4. – P. 379-382.

321. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность [Текст]: / Х. Хекхаузен. – 2-е изд. – СПб: Питер; М.: Смысл, 2003. – 860 с.

322. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность [Текст]: / Х. Хекхаузен; под ред. Б.М. Величковского. – М.: Педагогика, 1986. – Т. 2. - 392 с.

323. Батурич, Н.А. Анализ подходов к профилактике и коррекции выученной беспомощности [Текст]: / Н.А. Батурич, И.В. Выбойщик; под ред. Н.А. Батурина // Теоретическая, экспериментальная и практическая психология: Сборник научных трудов. - Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – Т. 2. – С. 116-127.

324. Батурич, Н.А. Оценочная функция психики [Текст]: / Н.А. Батурич. – М.: Изд. ин-та психологии РАН, 1997. – 305 с.

325. Батурич, Н.А. Психология успеха и неудачи [Текст]: / Н.А. Батурич. – Челябинск: Изд. ЮУрГУ, 1999. – 100 с.

326. МакКлеланд, Д. Мотивация человека [Текст]: / Д. МакКлеланд. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.

327. Зелигман, М. Как научиться оптимизму [Текст]: / М. Зелигман. – М.: Персей, 1997. – 432 с.

328. Эллис, А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход [Текст]: / А. Эллис; пер с англ. – СПб: Изд-во Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 272 с.

329. Эллис, А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии [Текст]: / А. Эллис, У. Драйден; пер с англ. Т. Саушкиной; 2-е изд. – СПб.: Речь, 2002. – 352 с.

330. Эллис, А. Рациональная психотерапия [Текст]: / А. Эллис; под ред. У.С. Сахакиан // Техники консультирования и психотерапии. Тексты. – М.: Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000.
331. Roberts, D.L. Able & Equal: A Gentle Path to Peace [Текст]: / D.L. Roberts // Human Esteem Publishing. – 1987. – 260 p.
332. Zullow, H.M. Pessimistic Explanatory Style in Historical Record [Текст]: / H.M. Zullow, G. Oettingen, M.E.P. Seligman // American Psychologist. – 1988. – Vol. 43, № 9. – P. 673-682.
333. Boles, S. A model of routine and creative problem solving [Текст]: / S. Boles // The Journal of Creative Behavior. – 1990. - Vol. 24, № 3. – P. 171-189.
334. Бегоян, А.Н. Введения в концептуальную психотерапию [Текст]: / А.Н. Бегоян // Психотерапия. - № 6 (90). - 2010. – С. 50-54.
335. Холмогорова, А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией [Текст]: / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, А.А. Долныкова / Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. - Т. 17, № 4. – С. 24-35.
336. Ястребов, В.С. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: метод. рекомендации [Текст]: / В.С. Ястребов, Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко. - М., МАКС Пресс. - 2012. – 44 с.
337. Steele, C.M. The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of self [Текст]: / C.M. Steele; ed. L. Berkowitz // Advances in Experimental Social Psychology. - New York: Academic Press, 1988. - Vol. 21. – P. 261-302.