

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

На правах рукописи

УДК 616.895.8-037-085

БОЙЧЕНКО АЛЕКСЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ И МЕХАНИЗМЫ ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

14.01.06 – психиатрия

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

заведующий кафедрой психиатрии,
наркологии и медицинской
психологии ГОО ВПО ДОННМУ
ИМ М.ГОРЬКОГО

доктор медицинских наук, профессор
Абрамов Владимир Андреевич

Экземпляр, идентичный всем
существующим, у Ученого секретаря
Диссертационного совета Д 01.026.06
Коценко Ю.И.

Донецк – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ВИКТИМИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ	11
1.1. Определение понятий «виктимизация» и «виктимность» в психиатрии.....	11
1.2. Механизмы формирования дефицитарных симптомов и самостигмы.....	16
1.3. Феномен виктимизации личности больных шизофренией как психосоциальная проблема.....	25
1.4. Психологические механизмы виктимогенного воздействия на личность больных шизофренией.....	33
1.5. Психотерапевтические и психосоциальные методы коррекции виктимизации.....	38
РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	52
2.1. Материал исследования.....	52
2.2. Методы исследования.....	54
РАЗДЕЛ 3. ВИКТИМОГЕННОЕ ОСНОВАНИЕ СТИГМАТИЗАЦИОННО-ДЕФИЦИТАРНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	64
3.1. Факторы риска виктимизации больных шизофренией.....	64
3.2. Клинико-социальная характеристика больных параноидной шизофренией с различной степенью выраженности виктимизации.....	70
3.3. Соотношение виктимогенно-стигматизационных механизмов формирования личностной дисфункции.....	84
3.4. Феноменологическая взаимосвязь дефицитарной симптоматики и виктимизационных проявлений больных шизофренией.....	90
РАЗДЕЛ 4. СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИКТИМОГЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ИДЕНТИЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	118

4.1. Экзистенциальная исполненность виктимизированных больных шизофренией.....	118
4.2. Личностная субъективация больных шизофренией с различной степенью виктимизации.....	127
РАЗДЕЛ 5. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕСУРСНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА УРОВЕНЬ ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	142
5.1. Особенности копинг-стратегий виктимизированных больных шизофренией.....	143
5.2. Характеристика мотивационной сферы больных шизофренией с различным уровнем виктимизации.....	151
5.3. Оценка субъективного благополучия у больных шизофренией с личностной виктимностью.....	156
РАЗДЕЛ 6. СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВИКТИМОГЕННОЙ СТИГМАТИЗАЦИОННО-ДЕФИЦИТАРНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	163
6.1. Клинико-психологическое обоснование и содержание системы субъективно-личностной девиктимизации больных шизофренией.....	164
6.2. Общая характеристика психотерапевтических подходов.....	170
6.3. Комплексная оценка эффективности системы девиктимизации и субъективного личностного восстановления больных шизофренией.....	186
6.4. Нейросетевое моделирование показателя виктимизации больных параноидной шизофренией.....	197
АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	218
ВЫВОДЫ.....	225
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	229

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Комплексное изучение феномена виктимности психически больных, обусловленного значительным спектром нарушений личностных особенностей и социального функционирования, является одной из приоритетных задач современной психиатрии. Виктимизация – это процесс и результат превращения человека или группы людей в тот или иной тип жертвы неблагоприятных условий социализации [1]. Реализация данного процесса как подвижного и динамического явления в большинстве своем оказывается обусловленной взаимодействием различных составных компонентов [2, 3, 4]. Эти переживания имеют тенденцию к усилению при ограничении возможностей жизнедеятельности больных, в т.ч. институциональном и вследствие формирования стигмы [1]. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этих больных является отражением фактического их превращения в жертв неблагоприятных условий социализации [5, 6, 7]. Изучены механизмы социально-психологической деформации личности, лежащие в основе виктимизации больных шизофренией, связанные с осознанием и переживанием себя жертвой неблагоприятных условий жизнедеятельности, способствующие парциальной или тотальной депривацией личности [1].

Степень разработанности темы. Число исследований процесса виктимизации относительно невелико и проводится, в основном, в психологических и социально-психологических исследованиях [8, 9]. Феномены виктимности и виктимизации изучаются при определении жертвенного статуса лиц, пострадавших вследствие агрессивных действий больных с психическими расстройствами [6, 10, 11]. Систематических исследований процесса и механизмов виктимизации больных с психическими расстройствами не проводилось.

Разработана социально-психиатрическая виктимология, выступающая в качестве методологического базиса исследования виктимогенеза личности

больных шизофренией, в т.ч. - как возможной детерминанты дисфункциональных состояний личности данного контингента больных [1]. При обозначении этих состояний традиционно используется малодифференцированное понятие дефекта личности, механизмы формирования которого до настоящего времени остаются неясными. Формирующийся синдром виктимности рассматривается исследователями как совокупность социальных и психологических качеств человека в виде дефицита компетентностей и, в целом, потенциала адаптивности, трансформирующегося в социально-дефицитарную уязвимость личности с риском критического социального функционирования [2].

Из этого следует актуальность изучения особенностей и механизмов формирования виктимизации у больных шизофренией, а также необходимость разработки эффективной системы девиктимизации этого контингента больных.

Работа выполнена в рамках НИР кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. 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 виктимизации больных шизофренией, а также по разработке комплекса девиктимизационных мероприятий.

Тема диссертации и научный руководитель утверждены на заседании ученого совета ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. Горького (протокол № 2 от 28.03.2019 года).

Цель исследования. На основании комплексного исследования особенностей и механизмов формирования виктимности больных параноидной шизофренией разработать систему девиктимизации и субъективного личностного восстановления данного контингента больных.

Задачи исследования:

1. Изучить структурно-динамические особенности и уровень виктимизации у больных параноидной шизофренией.

2. Оценить взаимосвязь внутренних виктимогенных факторов и негативных психопатологических симптомов у больных параноидной шизофренией.

3. Определить и проанализировать особенности интегративных индивидуально-психологических механизмов виктимизации (экзистенциальные ресурсы, субъективация личности) и ресурсных возможностей личности (параметры приспособительного поведения, состояние мотивационной сферы, переживание субъективного благополучия) больных параноидной шизофренией.

4. Оценить взаимосвязь виктимности с уровнем самостигматизации больных шизофренией.

5. Разработать структурно-динамическую модель прогноза виктимизации стигматизационно-дефицитарной личности больных параноидной шизофренией на основании оценки факторов личностного потенциала.

6. Разработать систему девиктимизации и субъективного личностного восстановления больных параноидной шизофренией и оценить ее эффективность.

Объект исследования: подверженная виктимогенному воздействию личность больных параноидной шизофренией.

Предмет исследования: механизмы виктимогенеза негативной симптоматики больных параноидной шизофренией, система их диагностики, психотерапии.

Научная новизна работы. На основе комплексного клинико-психопатологического и психодиагностического исследования были получены новые данные о структурно-феноменологических особенностях виктимизации различной степени выраженности у больных параноидной шизофренией. Была изучена динамическая взаимосвязь негативных психопатологических симптомов с выраженностью виктимизации, были выделены и проанализированы особенности интегративных индивидуально-психологических механизмов (экзистенциальные ресурсы, субъективация) виктимогенеза, было оценено

влияние ресурсных возможностей личности на уровень виктимизации больных параноидной шизофренией. Разработан комплекс мер, направленный на девиктимизацию и субъективное личностное восстановление больных параноидной шизофренией и доказана его эффективность.

Теоретическая и практическая значимость работы. Представлена теоретическая оценка структурно-динамических особенностей, механизмов формирования виктимизации у больных шизофренией. Полученные данные о структурно-феноменологических особенностях виктимизации и механизмах ее влияния на развитие вторичной негативной симптоматики положены в основу теоретического обоснования системы девиктимизации и субъективного личностного восстановления пациентов с шизофренией.

Предложена нейросетевая модель, позволяющая на основе наиболее значимых входных признаков прогнозировать уровень виктимизации. Практическое использование данной модели позволяет выявлять пациентов с высоким риском развития виктимо-стигматизационного дефицита личности.

Разработан психотерапевтический комплекс, направленный на преодоление основных феноменов виктимизации и субъективное личностное восстановление больных шизофренией, который может быть рекомендован в комплексе мероприятий психо-социальной реабилитации в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, что будет способствовать интеграции больных в общество, их адаптации к требованиям социального окружения, расширению их полномочий и, соответственно, уменьшит вероятность рецидивов и прогрессирования заболевания.

Методология и методы исследования. При проведении работы использовались методы: клинический, психодиагностический и метод статистического анализа.

Положения, выносимые на защиту:

1. Виктимизация больного шизофренией - это процесс превращения личности в жертву дефицитарности механизма социализации. Основой процесса виктимизации является социально-психологический механизм изменения степени

виктимности личности вследствие взаимодействия внешних и внутренних факторов.

2. По мере нарастания степени выраженности виктимизации личность больных шизофренией характеризуется прогрессирующей утратой собственной субъектности, способности к свободной активности, выражению и отстаиванию своей жизненной позиции, что сопровождается превращением в объект манипуляций в навязанной роли жертвы.

3. Подверженная виктимогенному воздействию личность больного шизофренией является жертвой социализационного дефекта социально-личностной компетентности, формирующейся в результате процесса стигматизации (аутостигматизации). При этом основными ее характеристиками являются отчужденность, социальная уязвимость и психологическая беспомощность в решении проблем.

4. Виктимизация может рассматриваться как социально-личностный механизм трансформации психической деятельности больных шизофренией, усугубляющий негативную симптоматику заболевания и способствующий формированию социально-дефицитарной личности.

5. Процесс виктимизации существенным образом влияет на ресурсные возможности личности больных шизофренией, что находит отражение в доминировании неконструктивных копинг-стратегий, деформации мотивации к достижениям, развитии чувства субъективного неблагополучия как в самовосприятии, так и в области межличностных отношений.

6. Своевременные, персонифицированные и интегративные программы девиктимизации и субъективного личностного восстановления больных параноидной шизофренией снижают вероятность быстрого рецидива, улучшают клинический и социальный прогноз пациента.

Степень достоверности и апробация результатов. Достоверность результатов, изложенных в диссертационной работе, обусловлена достаточным объемом репрезентативного клинического и медико-статистического материала, использованием современных средств и методов исследований в соответствии с

поставленными задачами, выбором адекватных методов статистического анализа полученных данных. Положения, изложенные в диссертации, базируются на полученных данных и соответствуют материалу, представленному в публикациях.

По итогам проверки первичной документации (акт проверки первичной документации от 22 декабря 2020 года) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследования результаты являются достоверными.

Апробация результатов исследований. Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на следующих научных форумах: 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.), III международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2019г.).

Апробация работы состоялась 21.12.2020 на совместном заседании кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии и кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, протокол № от 23.12.2020г.

Личный вклад соискателя. Диссертация является самостоятельным научным трудом соискателя. Автор при участии научного руководителя определил цель и задачи исследования, провел патентно-информационный поиск, аналитический обзор литературы, самостоятельно провел клиническое и психопатологическое обследование пациентов, страдающих шизофренией с различной длительностью заболевания. Проведена статистическая обработка полученных результатов, разработан и внедрен комплекс девикутимизационных мероприятий, оценена его эффективность. Описаны результаты исследования,

сформулированы частные и общие выводы исследований. Диссертантом не использованы идеи и результаты исследований соавторов публикаций.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 26 научных работ, из них 12 статей в научных изданиях, 8 из которых в изданиях, рекомендованных ВАК ДНР, 14 тезисов.

Внедрение в практику. Результаты исследований внедрены в деятельность кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии и кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, КЛПУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» г. Донецк, КЛПУ «Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр», психиатрической больницы №1 г. Макеевки.

Структура диссертации. Диссертационная работа изложена русским языке на 245 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, 5 разделов собственных исследований, анализа и обобщения результатов исследований, выводов, списка литературы. Работа иллюстрирована 30 таблицами на 35 страницах и 12 рисунками на 12 страницах. Список использованной литературы содержит 172 научных публикаций, из них 98 изложены кириллицей, 74 – латиницей, и занимает 17 страниц.

РАЗДЕЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ВИКТИМИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

1.1. Определение понятий «виктимизация» и «виктимность» в психиатрии

В рамках современной биопсихосоциальной модели развития шизофрении выделяют определенные хронические изменения личности, причиной которых является факт переживания последствий тяжелой психической болезни и реакции социума на этот контингент больных. Так называемая «жизнь с болезнью» - это совокупность деформирующих личность больного переживаний в связи с многочисленными рисками для качества жизнедеятельности и реальными трудностями в реализации собственных интересов и потребностей в условиях ограничительно-дискриминационной среды [1]. При ограничении возможностей жизнедеятельности (например, при длительной госпитализации, инвалидизации, а также вследствие формирования стигмы) эти переживания больных усиливаются, вследствие чего подобные воздействия могут рассматриваться как виктимогенные (от лат. *viktima* – жертва). Деструктивный характер совокупности стигматизирующих переживаний, своеобразная деформация личности этих больных являются отражением фактического их превращения в жертв неблагоприятных условий социализации.

Виктимология в буквальном смысле означает «учение о жертве». Эта наука изначально развивалась как направление в криминологии, целью которой было изучение жертв преступлений. Однако со временем представления о ней трансформировались, и в современной трактовке виктимология – это общая теория, учение о жертве, имеющая предметом исследования жертву любого происхождения, как криминального, так и не связанного с преступлениями (жертву несчастных случаев, природных и техногенных катастроф, эпидемий, войн и иных вооруженных конфликтов, политических противостояний, а также

различных видов насилия, аддиктивного поведения, стигматизирующего поведения) [6]. В рамках виктимологии разрабатываются мероприятия по девиктимизации – профилактике и коррекции тех обстоятельств, по причине которых человек становится жертвой неблагоприятных условий социализации. Под социализацией понимается развитие человека на протяжении всей его жизни во взаимодействии с окружающей средой в процессе усвоения и воспроизведения социальных норм и культурных ценностей, а также саморазвития и самореализации в том обществе, к которому он принадлежит [4].

К базовым понятиям виктимологии относятся виктимогенность, виктимность и виктимизация. Виктимогенность обозначает наличие в тех или иных объективных обстоятельствах социализации характеристик, черт, опасностей, влияние которых может сделать человека жертвой этих обстоятельств (например, виктимогенная группа, виктимогенный микросоциум и т.д.). Виктимность характеризует предрасположенность человека к тому, чтобы стать жертвой тех или иных обстоятельств [4]. Виктимизация – это процесс и результат превращения человека или группы людей в тот или иной тип жертвы неблагоприятных условий социализации. Реализация данного процесса как подвижного и динамического явления в большинстве своем оказывается обусловленной взаимодействием различных составных компонентов. В качестве таких составляющих виктимизации выделяют, виктимогенные факторы и условия, определяющие степень виктимности. Факторы виктимизации - это совокупность обстоятельств в жизни людей и общества, которые детерминируют процесс превращения данной личности в жертву либо тем или иным образом способствуют содействию реализации процесса виктимизации. Условиями виктимизации являются разнообразные явления объективного и субъективного характера, которые наращивают степень виктимности [7].

Впервые вопросы жертвенности были рассмотрены после окончания второй мировой войны. В результате атомной бомбардировки Японии в 1945г. жертвами взрывов оказались одновременно тысячи человек. В том же году появились публикации по новому научному направлению – виктимологии. Несколько позже

исследования в области виктимологии начали проводиться в США и ряде европейских стран [12].

В 1948г. американским криминологом Гансом фон Гентигом психически больные были выделены в отдельную группу жертв преступлений, описание которых было дано в монографии «Преступник и его жертва» [13]. Адвокат Бенджамин Мендельсон на конгрессе психиатров в Бухаресте обозначил виктимологию как «новую отрасль биопсихосоциальной науки» со своими методами исследования, научными программами и институтами, создал классификацию жертв по степени их «вины» в преступлении, ввел некоторые виктимологические понятия [11]. Зарождение виктимологии в СССР связано с именем Л.В. Франка, который с середины 60-х годов XX века выдвинул идею формирования виктимологии в качестве самостоятельной научной дисциплины, разработал ряд виктимологических терминов и ввел их в научный оборот, развиваться же отечественная виктимология начала лишь в конце 80-х годов [10, 11].

С понятием виктимности в психиатрии связывают присущие человеку физические, психические и социальные черты, предрасполагающие к принятию роли жертвы (несчастного случая, преступления и т. п.). Виктимная личность является носителем психопатологических особенностей, которые при определенных внешних обстоятельствах могут способствовать манифестации виктимного поведения. В рамках существующих классификаций подробно описаны конкретные типы жертв (например, агрессивные, активные, инициативные, пассивные, некритичные и т. п.), каждому из которых свойственны те или иные потенциально опасные ситуации или их сочетание. Виктимность достаточно широко распространена при соматических и психических расстройствах [14].

В книге «Blaming the Victim» У. Райаном описано понятие victim blaming как «возложение полной или частичной ответственности за совершенное преступление (несчастный случай, любой вид насилия) на жертву правонарушения или несчастья» [15, с. 43]. Также он определил причины

происхождения виктимблейминга, выделив среди них феномен веры в справедливый мир, неверное приписывание признаков, в частности, по гендерному признаку, несоответствие сформированному средствами массовой информации и массовой культурой образу «идеальной жертвы».

В судебной психиатрии в тесной связи с криминологией виктимность больных рассматривается в двух аспектах: совершение психически больными насильственных или агрессивных действий, в результате чего пострадавшие являются жертвами [16] и агрессивные действия по отношению к больным с психическими расстройствами с соответствующим формированием у них феномена виктимности [17].

Однако акты насилия, совершаемые людьми с тяжелыми психическими заболеваниями, случаются редко и совершаются малой группой лиц [18]. Так, при отсутствии психически больных в обществе уровень насилия снизился бы только на 4%, а 96% остались бы неизменными [19]. Напротив, насильственная виктимизация - распространенное явление среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами [20].

В ходе долгосрочного социологического исследования в течение года наблюдались пациенты, недавно перенесшие психоз. Было обнаружено, что по сравнению с общей популяцией, они были в два раза более подвержены насильственной виктимизации (16%), вероятнее были бездомными, употребляли наркотические вещества, имели коморбидные расстройства личности [21], что показало привычный социальный путь виктимизации и риска совершения насилия.

Исследование когорты пациентов в Новой Зеландии с рождения до 21 года обнаружило, что люди с тревожными расстройствами больше страдали от сексуального насилия, люди с психотическими заболеваниями переносили более угрожающий и заверченный опыт насилия, люди злоупотребляющие алкоголем переносили заверченный физический опыт насилия, а те, кто употреблял марихуану – больше попыток нападения [22]. Систематический обзор 9 исследований, сообщавших о преступной виктимизации людей с психическими

заболеваниями, обнаружил разброс показателей риска виктимизации от 2,3 до 140 раз больше, чем в общей популяции. Факторами, повышающими риск виктимизации, были употребление наркотических веществ, бездомность, тяжелая психопатология, вовлечение в преступную активность, социальная и трудовая дезадаптация, женский пол, недостаток ежедневной активности, перенесенные в детстве, сексуальное и физическое насилие [23].

Систематический обзор 34 исследований обнаружил, что виктимизация имеет долгосрочные неблагоприятные последствия на течение расстройства, ухудшает качество жизни пациентов и членов их семей [24].

Исследования виктимизации женщин, обнаружили большую уязвимость бездомных женщин с психическими расстройствами. Женщины с тяжелыми психическими заболеваниями чаще сообщали о психологических и социальных проблемах, следующих за виктимизацией, чем в общей популяции. У них в 4 раза чаще отмечалось домашнее и сексуальное насилие, в 10 раз повышалась вероятность проявления насилия по отношению к ним со стороны общества [25, 26].

Согласно исследованиям А.С. Титовой (2016), лица с психическими расстройствами обладают повышенной уязвимостью к преступным посягательствам. Значительную роль в становлении позиции жертвы играют наличие или отсутствие стресса, состояние депрессии, положение в обществе, взаимоотношения с другими людьми, особенно - с близкими, вследствие чего формируются замкнутость, подозрительность или чрезмерная общительность и доверчивость [27].

По мнению M.S. Swartz, S. Bhattacharya (2017), насилие по отношению к людям с тяжелыми психическими расстройствами является насущной проблемой всемирного здравоохранения, поскольку существенным образом подрывает процесс выздоровления и социализации. Предубеждения популярных СМИ по поводу риска насилия таких уязвимых и бесправных лиц служит только усилению их дальнейшей изоляции от общества и, что хуже, сохраняет и поддерживает повторную виктимизацию. Профилактика и избавление от виктимизации

оптимально должно начинаться с социальной и бытовой поддержки, создания наркотически не зависимой и не криминогенной неформальной сети сверстников, осмысленного вовлечения в профессиональную и досуговую деятельность, а также с безопасных условий жизни. Лечение само по себе не приведет к снижению уровня насилия в этой популяции [28].

1.2. Механизмы формирования дефицитарных симптомов и самостигмы

Современные определения и классификации шизофрении сохраняют приверженность дифференциации психопатологических состояний при данном психическом расстройстве на позитивные и негативные, при этом с расширением исследовательской базы меняются взгляды как на клинические проявления данных синдромов, так и на их патогенетическую сущность, чувствительность к терапии антипсихотиками, клинический прогноз (в том числе, и в аспекте формирования шизофренического дефекта) и социальную значимость (в том числе, с точки зрения чувствительности методов социально-личностного восстановления пациентов с шизофренией).

При хронической шизофрении более чем у 50% больных диагностируется хотя бы один негативный симптом [29], а после первого эпизода психоза преходящие (персистирующие) негативные расстройства определяются в 11-37% случаев [30]. Нередко продромальная фаза шизофрении проявляется негативными симптомам, что нередко рассматривается как предиктор высокой вероятности развития заболевания [31]. Негативные симптомы существенно ухудшают качество жизни и уровень социального функционирования больных шизофренией [32], при их наличии динамика заболевания характеризуется более редкими и некачественными ремиссиями [31], они плохо поддаются коррекции современными антипсихотическими препаратами [33].

Традиционно негативные (дефектные, «-» симптомы) (термин «негативные» предложен J.R. Reynolds, 1857) симптомы характеризуют уменьшение или

выпадение психических функций, имеющихся у здоровых людей (например, амнезия, апатия, деменция и пр.).

Концепция негативных симптомов J.R. Reynolds (1861) рассматривала негативные симптомы как потерю витальных свойств с выпадением или дефицитом естественных функций и поведения в виде упадка мотивации и интереса, приводящую к параличу, анестезии и др. дефектам (в то время как позитивные симптомы характеризовали избыток витальных свойств в виде бреда, галлюцинаций, спазмов, болей, судорог и пр.), при этом негативные и позитивные симптомы характеризовались как независимые, нередко сосуществующие, явления одной патологии [34].

Поскольку до настоящего времени не выявлено связи между клиническими синдромами, течением, исходом, терапевтическим ответом у больных шизофренией, нейробиологическое направление современных исследований в данной области направлены на поиск патогенетических морфофункциональных факторов, которые позволили бы выделить новые клинко-морфофункциональные синдромы, более отвечающие запросам терапии и критериям медицинского диагноза [35].

С этих позиций большой интерес представляла разработанная на основании стратификационной теории поражения психики «концепция диссолюции» J.H. Jackson (1864), в которой негативные и позитивные симптомы считались отдельными и взаимосвязанными неврологическими конституциями. Негативная симптоматика рассматривалась как потеря (выпадение) высших функций, которые в норме тормозят процессы низшего уровня, а позитивные – как компенсаторная дезингибция (высвобождение, ирритация) процессов нижнего уровня, причинно не связанная с болезнью [36].

Е. Kraepelin (1919) описывал негативные симптомы как индифферентность, отсутствие «высших» (логических, нравственных, эстетических, религиозных) чувств, то есть как простой патологический дефицит эмоций, который на более высоком уровне вызывает низкий уровень мотивации (равнодушие, отсутствие интереса) и отсутствие удовольствия: отсутствие чувств, «скучный внешний вид»,

безразличие к внешнему миру, равнодушие; отсутствие удовольствия (ангедония) от деятельности; отсутствие «желания заниматься деятельностью», «полная потеря волевого импульса»; «слабость эмоциональной активности, являющейся постоянным источником воли», приводящая «к эмоциональной тупости, падению умственной активности, утрате контроля над волей, стремлениям и способности к самостоятельным действиям»; «разрушение сущности личности, лучшей и наиболее ценной части ее бытия» [37].

Е. Bleuler (1908) описал первичные симптомы (знаменитая тетрада А) как проявления психопатологии, а вторичные (бред, галлюцинации, кататонию и пр.) как реакцию неповрежденных психологических функций. Он считал, что первичный психопатологический дефицит связан с нарушением ассоциаций на всех психических уровнях, а психотические симптомы рассматривались как вторичные, дополнительные (аксессуарные). При этом, описывая нарушения аффекта на феноменологическом уровне (безразличие), он подчеркивал, что эмоциональность как психическая функция, цела: «Не может быть никаких сомнений в том, что аффективность не исчезает при шизофрении» [38]. Вслед за Е. Bleuler, который в структуру тетрады А включал когнитивные нарушения (ассоциативное разрыхление) и аутизм, А.В. Снежневский также рассматривал эти симптомы как негативные проявления шизофрении [39]. В то же время, ему принадлежит ценный вклад в описание динамики шизофрении, при которой прогрессирование негативной симптоматики рассматривалась в тесной взаимосвязи с особенностями протекания продуктивных синдромов. Спектр дефицитарных проявлений в динамическом аспекте им оценивался в том числе с учетом наблюдений лиц из ближайшего окружения пациента и включал описание от малозаметной для окружающих аутизации с хрупкостью и чрезмерной ранимостью больных до выраженного падения энергетического потенциала с эмоциональным обеднением, безинициативностью с регрессом автоматизированных навыков повседневной деятельности [40].

Актуальной для популярных в настоящее время исследований аттенуированной симптоматики является концепция «базисных нарушений» при

шизофрении G. Huber, при которой негативные симптомы рассматривались как субъективно оцениваемые больными недостаточность или изъян, связанные с патологическими процессами в головном мозге, являющиеся основой для развития комплекса вторичных (продуктивных) симптомов и имеющие место как на продромальных стадиях развития заболевания, так и на обратимых постпсихотических и при необратимых состояниях «чистого (астенического) дефекта» [41]. Недостатком данной концепции являлось принижение значимости специфических личностных, когнитивных и эмоциональных нарушений, типичных для больных шизофренией.

Дихотомическая концепция шизофрении T. Crow (1980) предполагала выделение двух типов шизофрении: тип I – с преобладанием негативных симптомов и тип II – с преобладанием позитивных симптомокомплексов. Для шизофрении I типа были характерны: преморбид с дефицитарными проявлениями; скрытое начало; преобладание негативных расстройств; хроническое течение; социальная и трудовая дезадаптация; нарушение когнитивных функций; церебральная атрофия, ослабление кровотока головного мозга, снижение метаболизма глюкозы в головном мозге, снижение плотности D2 рецепторов, повышение чувствительности 5HT_{2a} рецепторов [42].

На основании концепции H. Jackson с целью унификации клинической гетерогенности шизофрении N.C. Andreasen, S. Olsen (1982) было предложено распределить психопатологические проявления на «позитивные» и «негативные», на основании чего были выделены две формы шизофрении – с преобладанием позитивной симптоматики и с преобладанием негативных симптомов [43]. В отличие от концепции T. Crow, в которой полагалось, что при негативной шизофрении у больных не может быть позитивных симптомов и наоборот, N.C. Andreasen допускала существование промежуточных форм со смешанной симптоматикой [44]. Подобных воззрений с выделением негативных и позитивных симптомов и акцентом на доминирующее значение в клинике шизофрении негативной симптоматики, придерживалась и отечественная психиатрия: «...таким образом, данные лабораторных исследований

подтверждают, что два крайних варианта шизофрении отличаются друг от друга как по клинической картине, так и по патогенетическим особенностям», при этом негативные симптомы определяют нозологическую специфичность шизофрении, а позитивные – отражают уровень поражения психической деятельности [45].

Международное пилотажное исследование шизофрении (Carpenter et al., 1976) определило негативные симптомы как самостоятельный домен с собственными патофизиологическими и терапевтическими особенностями [46]. Выделенные в результате данного исследования группы негативных симптомов (эмоциональное притупление, апатия, нарушения мышления) в последующем были дополнены амотивационным синдромом, под которым понималось снижение целенаправленного поведения, целенаправленной когнитивной деятельности и эмоционального сопровождения [47].

Развитие концепции негативной шизофрении привело к введению понятия первичных негативных симптомов (Carpenter и соавт., 1976), под которыми понимались проявления эмоционально-волевого дефекта у пациентов с продуктивной симптоматикой, то есть связанные с основой патологического процесса нестойкие (продолжительностью менее 1 года) и стойкие (продолжительностью более года, трансформирующиеся в дефицитарные) негативные проявления. При этом под вторичными негативными симптомами понимались феномены, связанные с текущим состоянием больного или его терапией (обратимые, вследствие депрессии, лекарственного паркинсонизма, перегрузки продуктивными симптомами или гипостимуляции окружающей среды). К основным клиническими проявлениями негативного симптомокомплекса были отнесены: аффективное уплощение (ограниченный аффект, соответствующий наблюдаемому поведению), снижение эмоционального репертуара (уменьшение диапазона субъективных эмоциональных переживаний пациента), бедность речи, сужение круга интересов, потеря мотивации и снижение социального драйва с социальным избеганием [48, 49]. Когнитивные нарушения были выведены из структуры негативного синдрома.

Необходимо отметить терминологические aberrации, которые могут отражаться на трактовке отдельных негативных симптомов, поскольку имеют разные значения в классификациях DSM/ICD и в отечественной психиатрии. Это касается, прежде всего, термина «алогия», под которым в американской и европейской классификациях (а вслед за ними, и в психодиагностическом инструментарии для оценки негативной симптоматики) понимается отсутствие ответной и спонтанной речи (краткие, лаконичные, пустые ответы), в то время как в российской психиатрии традиционно алогия – это грубое нарушение логики в суждениях. То же касается и понятия «асоциальность», под которой мы, в соответствии с современными подходами, будем понимать социальное безразличие, проявляющееся замкнутостью, необщительностью, независимостью от социальных ценностей и норм, пренебрежением интересами общества, крайним индивидуализмом (в русскоязычных источниках под асоциальностью понимаются поведение и поступки, не соответствующие нормам и правилам поведения людей в обществе и общественной морали (в контексте асоциального расстройства личности)).

Введение в практику психиатрии антипсихотиков второго поколения, позиционировавшихся как средства, оказывающие терапевтическое влияние на негативную симптоматику при шизофрении, не оправдали возлагавшихся на них надежд. В связи с этим Национальным институтом психического здоровья США (NIMH) в начале 2000-х годов был предложен проект по решению проблем негативных симптомов. На конференции 26-27 января 2006г. в Центре нейронаук NIMH был выработан так называемый NIMH-consensus, согласно которому: негативные симптомы представляют собой отдельную область показаний для терапии; негативные симптомы и когнитивные нарушения относятся к отдельным доменам; негативные симптомы имеют очевидную валидность в связи с утратой функционирования и снижением качества жизни; негативные симптомы разделяются на первичные и вторичные; выделяется 5 доменов негативных симптомов, относящихся к разным нейробиологическим субстратам и являющиеся отдельными мишенями терапии. К выделенным доменам негативных

симптомов отнесены: коммуникации (алогия - Ограниченная, бедная речь, даже при стимуляции беседы ответы ограничиваются 1-2 словами, длинные паузы между вопросом и ответом, расплывчатая, требующая уточнения речь, бормотание при трудности формулирования ответа); аффект/эмоциональность (аффективное уплощение - ограниченный диапазон эмоциональных переживаний (гнев, счастье, печаль, удивление, страх, гордость), снижение аффективной выразительности в виде монотонности речи и притупления способности отображать общие аффективные состояния по запросу); социализация (асоциальность - снижение социального влечения, интереса и вовлеченности в отношения); способность испытывать удовольствие (ангедония – снижение способности испытывать удовольствие, предыдущие интересы и увлечения считаются не приносящими удовольствия); мотивация (амотивация/безволие - снижение желания, мотивации, настойчивости в виде вялости, бессилия, снижения жестикуляции, отсутствия заботы о базовом уходе и гигиене). Основной целью исследований в данной области была определена оценка не поведенческих и социальных проявлений, а ключевых психологических процессов, лежащих в основе образования негативных симптомов, как первичных, так и вторичных [50].

Таким образом, негативные симптомы определяются как отсутствие или уменьшение субъективных переживаний и поведения, которые в норме есть у человека той же культуры. Негативные симптомы включают дефицит, связанный с опытом и переживаниями (снижение стремления к близким отношениям, снижение мотивации и снижение удовольствия) и дефицит выразительности (снижается видимая выразительность эмоций и речи). Негативные симптомы шизофрении – современная интерпретация апато-абулического синдрома, но с возможностью более дифференцированной клинической оценки, однако с подменой терминологии (так, понятие «аутизм» не используется в качестве симптома шизофрении, а заменено на «асоциальность» и «малоконтактность»).

Как было показано еще Carpenter и соавт. (1988), основными источниками вторичных негативных симптомов являются вызванная лекарственными

средствами акинезия, депрессия, психотические симптомы, социальная депривация и хроническое течение [48].

Для разграничения депрессивной и вторичной негативной симптоматики существенными являются следующие признаки: для депрессии – снижение настроения, пессимистические и суицидальные мысли, для негативного синдрома – бедность речи, социальная отгороженность и уплощение аффекта [51].

Психотическая симптоматика (галлюцинации, бред преследования) могут обуславливать избегание больными социальных контактов и ангедонию. В этом случае дифференциально-диагностическое значение для вторичных негативных симптомов приобретает динамический аспект: на фоне антипсихотической терапии вместе с редукцией продуктивных симптомов уменьшаются признаки социальной изоляции и в той или иной степени восстанавливается способность к получению удовольствия [52, 53].

Динамические оценки имеют значение также при дифференциации вторичных негативных симптомов и побочных эффектов нейролептической терапии. Клинически иногда достаточно сложно отличить апато-абулическую симптоматику от паркинсонической индифферентности, амимии, брадипсихии и вызванного экстрапирамидными симптомами избегания социальных взаимодействий. В этом случае помогает установление связи между появлением симптомов и началом антипсихотической терапии, введением в схему лечения новых нейролептиков и редукция симптоматики при назначении корректоров или уменьшения дозы (замены) основного препарата [54].

Амотивационный синдром при хроническом употреблении психоактивных веществ (ПАВ) (например, каннабиноидов) может имитировать или усугублять вторичную негативную симптоматику. В таком случае имеет значение тщательных сбор наркологического анамнеза, оценка анализов крови или мочи на содержание ПАВ, динамика симптоматики в период воздержания [55].

Изучение влияния на развитие вторичных негативных симптомов социальных факторов концентрируется в основном на депривирующем воздействии длительной изоляции вследствие госпитализации и показывает

нивелирование негативных симптомов при смене места пребывания и степени занятости пациентов [53].

В то же время, выделяется гораздо большее количество внешних факторов, приводящих к формированию или усугубляющих вторичную негативную симптоматику. К ним относят, помимо перечисленных, стигматизацию, госпитализм, экологический ущерб, боль, апноэ во сне, медикаментозную седацию, стресс, бессонницу [56].

Проблемой остается, во-первых, дифференциации первичных от вторичных негативных симптомов при шизофрении, во-вторых, оценка влияния провоцирующих развитие вторичной негативной симптоматики факторов.

Первичные негативные симптомы относительно стабильны в течение болезни в плане соотношения эмоционально-волевых нарушений и эмоциональной экспрессии, меняется лишь тяжесть симптоматики. Течение вторичных негативных симптомов носит ундулирующий характер, а наслаиваясь на проявление первичной негативной симптоматики, они могут создавать впечатление утяжеления статуса пациента, что ведет к усилению антипсихотической терапии, создавая порочный круг.

Если оценкам влияния побочных эффектов лекарственных средств, депрессии, психотических симптомов, употребления психоактивных веществ на формирования вторичных негативных симптомов посвящено достаточно большое количество исследований [57], то социальная депривация как фактор, усугубляющий негативные проявления шизофрении, в большей мере декларируется, чем исследуется [58].

С нашей точки зрения, виктимизация больных шизофренией как мощный дезорганизующий личность пациента фактор, психологические и патопсихологические механизмы ее формирования, могут способствовать возникновению и углублению вторичной негативной симптоматики, а ее исследование согласуется с приоритетными направлениями развития современной психиатрии.

1.3. Феномен виктимизации больных шизофренией как психосоциальная проблема

В научной литературе широко представлены описания различных проявлений дисфункциональных состояний личности больных шизофренией [59]. При обозначении этих состояний традиционно используется недифференцированное понятие дефекта личности, механизмы формирования которого до настоящего времени остаются неясными. Среди различных точек зрения представляется оправданным использование социально психологических подходов, в частности – принципа депривационного виктимизма, как возможной детерминанты дефекта социализации и дефицитарной деформации личности у этого контингента больных. Такой подход делает возможным рассмотрение через призму виктимогенных средовых влияний и личностной виктимности таких негативных симптомов как аутизм, ангедония, отчуждение, гипобулия, асексуальность и др. [1].

Социально-психологический механизм виктимизации больных с психическими расстройствами определяется взаимодействием внешних и внутренних факторов.

К внешним факторам виктимизации могут быть отнесены дискриминация, институционализация (патернализм, госпитализм, инвалидизация, принуждение и изоляция как формы депривационного психиатрического вмешательства), стигматизация психически больных [1]. В обобщенном виде эти факторы представляют собой виктимогенную среду с многочисленными агрессивно-деструктивными воздействиями на личность больных. Применительно к этому контингенту виктимогенная среда – это социум, навязывающий больному роль жертвы, аутсайдера, маргинальной личности.

Дискриминация. Дискриминация рассматривается как негативное, пристрастное отношение к людям, нарушение их прав или ограничение возможностей на основании наличия у них психического расстройства или психиатрического диагноза. Нарушения элементарных свобод, отказ от

предоставления лицам с психическими расстройствами гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав характерны для многих стран мира, и происходят как внутри медицинских учреждений, так и за их пределами [60].

На уровне сообщества повседневная практика оказания психиатрической помощи, профессионально-трудовой реабилитации и обеспечения пособиями по инвалидности сама по себе исторически сформировалась таким образом, что стала причиной сегрегации и зависимости больных. Такая тактика способствовала навешиванию специфического ярлыка на все потребности больных исходя из того, что любые их нужды вытекают из «психической болезни». В ответ на такие общечеловеческие запросы как потребность в жилье, работе, образовании и социальных связях, пациентам предлагается помощь, ориентированная на лечение. Тем самым подкреплялось мнение, что этих людей скорее следует рассматривать через призму их «дефекта», чем видеть в них полноправных граждан. Принято выделять прямую и структурную, бытовую и институциональную дискриминацию. Прямая дискриминация охватывает случаи, когда люди с проблемами психического здоровья страдают от негативного отношения к ним окружающих и связанного с ним поведения. К основным дискриминационным проблемам, с которыми сталкиваются психически больные, это трудности в поиске жилья, безработица, негативное отношение работодателей и коллег, трудности в получении образования, низкая вероятность вступить в брак и высокая вероятность его расторжения, отчуждение со стороны родственников и друзей, низкое качество общемедицинской помощи, высокий риск суицидов и насилия [60].

Структурная дискриминация – ограничение прав и возможностей больных на государственном уровне (законы, постановления, инструкции), в частности, отношение к оказанию психиатрической помощи как к неприоритетной сфере медицинской деятельности с соответствующим уровнем ее финансирования. Как структурную дискриминацию можно рассматривать перманентное сокращение

числа психиатрических коек без альтернативного совершенствования форм внебольничной психиатрической помощи [60].

Бытовая дискриминация подразумевает негативно пристрастное отношение к психически больным со стороны отдельных лиц или малых общественных групп. Бытовая дискриминация и стигматизация людей с психическими расстройствами, психиатрическими диагнозами носят масштабный характер; они нередко приводят к развитию у человека комплекса неполноценности, ущербности, к социальной изоляции его семьи, чувству неловкости близких перед окружающими за его расстройство [5, 61, 62, 63].

Институциональная дискриминация подразумевает дискриминацию, имеющую место со стороны большой группы, общества, организации или социального института по отношению к больным с психическими расстройствами. Институциональная дискриминация может происходить в системе образования, коммерческих и производственных организациях, правовой, судебной системе и т.п. [64].

Дискриминация в отношении психически больных, как форма крайне выраженного негативного к ним отношения – это стереотипный набор негативных социальных реакций, нарушающих(ограничивающих) их свободы и права. Такое непосредственное или скрытое давление на пациента может исходить от медперсонала, семьи, формального микросоциального окружения, общества и государства.

В основе процесса дискриминации лежит стремление общества сохранить социальную дистанцию по отношению к психически больным, которое сопровождается целым рядом социальных ограничений, заключающих в себе стрессогенные нагрузки. Это касается как законодательных мер, так и ограничений в различных сферах жизнедеятельности больных (структурная дискриминация). Структурная дискриминация является прямым следствием многочисленных негативных эффектов от контакта пациента с психиатрической службой и предубежденно настроенным микросоциальным окружением [65].

Пребывание в психиатрической клинике, амбулаторный учет по месту жительства автоматически ограничивают социальную деятельность человека, пережившего психотический эпизод. Возникает ряд запретов, клеймящих этого человека как неполноценного и потенциально опасного, требующего общественного надзора. Сегодня существует широко разветвленная социальная сеть, осуществляющая такой надзор: от амбулаторного наблюдения и содержания в психиатрической клинике до освидетельствования на инвалидность и социальной опеки. Необходимость данной сети не вызывает сомнений из-за тяжести и, нередко, дезадаптирующего характера заболеваний. С другой стороны, процедура надзора оказывается меткой социальной несостоятельности: общество берет на себя ответственность за больного (патернализм), уничтожая его право на свободный выбор собственной судьбы, подвергая его дискриминации [65].

Госпитализм. Госпитализм – это своеобразный комплекс изменений адаптивных ресурсов личности и усвоения дезадаптивных паттернов социального функционирования, формирующийся в условиях длительного пребывания пациента в однообразных условиях психиатрического стационара. В более широком смысле госпитализм – это состояние патологической адаптации, возникающее у пациента под влиянием совокупности факторов, привнесенных в его жизнь болезнью [1] (институционализм, синдром хронической десоциализации).

Длительное содержание больных с психическими расстройствами в психиатрическом стационаре порождает сложный комплекс отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни «среднестатистического» пациента общепсихиатрического отделения характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью [66].

Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества, как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем.

Патерналистическое отношение персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у пациентов феномена «заученной негибкости», представляющего собой общее нарушение социальных навыков преодоления. Для многих хронически инвалидизированных пациентов среда их длительного обитания и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается снижение «эмоциональной силы», формируется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей. Наиболее негативное влияние на общее впечатление от пребывания в психиатрической больнице оказывают изоляция, невозможность самореализации, удовлетворения общечеловеческих потребностей, ощутить свою принадлежность к какому-нибудь сообществу [66]. Агрессивная социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения с чувством беспомощности как по отношению к непосредственному окружению и медицинскому персоналу, так и по отношению к себе, что способствует формированию виктимности.

Законодательством допускается применение при оказании психиатрической помощи мер изоляции и физического ограничения. При госпитализации в психиатрическую больницу пациент как субъект психиатрического вмешательства выступает и как субъект изоляции или посягательств на неприкосновенность личной жизни и достоинство личности. Изоляция – это не только крайний вариант «лечебного» ограничения жизненного пространства, это и осознание пациентом своей неблагонадежности и полной зависимости от окружающих. Практика оказания психиатрической помощи связана с феноменами физической, социальной и психологической изоляции. Физическая изоляция нарушает право на физическую неприкосновенность (свободу) личности, выбор местопребывания. Психологическая изоляция нарушает право на неприкосновенность внутреннего мира личности, возможность самореализации, сводит многочисленные социальные роли к выполнению роли зависимого пациента. Социальная изоляция предполагает сужение пространства активной

жизни личности, ее пребывание в «агрессивной» социальной среде стационара, а также постепенное дистанцирование пациента от системы его поддержки (друзья, родственники, соседи) и самоизоляцию от окружающих. Пребывание в условиях изоляции исключает возможность сотрудничества с пациентом как главным условием его реабилитации и социальной интеграции [66].

Принуждение (притеснение) в психиатрической практике является умышленным или санкционированным законом и традициями, или противоправным воздействием на пациента, которое осуществляется путем физического и/или психического насилия с целью заставить его или совершить какие-либо действия, либо воздержаться от их совершения. Диапазон принуждения достаточно широк – от ситуаций получения «суррогатного согласия» [67] и недобровольного освидетельствования психиатром и госпитализации в психиатрическую больницу до механической фиксации и принудительного введения лекарств.

Способами осуществления принуждения являются насилие и угроза его применения. Различают вербальное, физическое, психическое, эмоциональное насилие, которому пациенты могут подвергаться на различных этапах психиатрического вмешательства. В любом случае принуждение подавляет волю и может повлечь причинение вреда здоровью, ограничение свободы волеизъявления или действий пациента [68].

Стигматизация. Помимо этого, положение больных с психическими расстройствами в обществе, их права и качество жизни в значительной мере определяются существующими социальными установками, стереотипными представлениями, которые способствуют формированию предубежденного отношения к ним. Непосредственным негативным следствием такого отношения является навешивание на человека с психиатрическим диагнозом определенного ярлыка, который квалифицируется как социальное клеймо или стигма. В психиатрической практике стигма является свидетельством негативного отношения к людям только на основании их принадлежности к определенной,

наделяемой отрицательными качествами группе (психически больные), которая выделяется как отдельная категория людей [65].

Стигма процессуально связана с целым рядом социально-психологических и клинико-психопатологических феноменов, интегрированных в различные составляющие качественной психиатрической помощи. Как крайне негативный признак, она лежит в основе стигматизации или процесса выделения, обесценивания и отчуждения обществом особой «категории» больных с психиатрическим диагнозом [1].

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире [69] в разделе «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» подчеркивается, что стигма – «это клеймо стыда, позора или неодобрения, которое ведет к отторжению, дискриминации и изгнанию отдельного человека от участия в целом ряде видов деятельности общества». Стигма подрывает доверие к тому, что психические расстройства – это расстройства состояния здоровья, которые поддаются лечению. Она заставляет людей избегать общения, принятия на работу или совместной работы, мешает проживанию с людьми, наблюдающимся у психиатров. Стигма как виктимизирующий фактор трагическим образом лишает людей их достоинства, полноценного участия в жизни общества, является серьезным препятствием для личностного развития и социальной интеграции больных.

Многие компоненты психиатрической помощи вызывают у пациентов негативную реакцию в виде душевных страданий. Даже обращение за психиатрической помощью в условиях современной институциональной, стигматизирующей, дискриминирующей виктимогенной системы приводит к переживаниям стыда, позора, обиды, несправедливости, унижения достоинства, то есть наносит серьезный ущерб ведущим моральным ценностям личности, входящим в ее мировоззрение, в систему личностных смыслов, способствует формированию кризиса идентичности с высокой вероятностью девиантного поведения, являясь, по существу, фактором виктимизации [1].

При госпитализации в психиатрический стационар больные переживают экзистенциальные чувства тревоги, вины, страха, утраты свободы действовать (осуществлять выбор) и свободы быть (чувства бытия, идентичности, автономии), безнадежности. Эти нравственные страдания затрагивают внутренний мир личности, способствуя восприятию пациентом себя в качестве жертвы. При оказании психиатрической помощи это может выражаться в моральных переживаниях в связи с фактом госпитализации (изоляции) в психиатрическую больницу, установлением психиатрического диагноза, «агрессивной» средой отделения (в части соблюдения прав и ценностных подходов к пациенту), нарушениями нормальных жизненных связей, невозможностью продолжения активной общественной жизни, зависимой позицией и другими факторами морального характера [68].

Таким образом, виктимизирующих факторов при оказании психиатрической помощи множество: принуждение, изоляция, меры физического стеснения, стигматизация, дискриминация и т.п. Пребывание больных в стационарных условиях (особенно длительное) порождает сложный комплекс реципрокных отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни большинства больных общепсихиатрических отделений характеризуется неудовлетворенностью различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью. Виктимизации в этих случаях способствует сочетание проявлений жестокого обращения и унижения личного достоинства больного. Однообразие жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества, как отстраненность, покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем, повышая риск виктимизации, чему способствуют патерналистское отношение персонала, недостаток социальной поддержки и другие внешние виктимизационные факторы.

1.4. Психологические механизмы виктимогенного воздействия на личность больных шизофренией

Одним из разделов виктимологии является психологическая виктимология – социально-психологическая теория дефицитарно-интерактивного виктимогенеза – зарождения, формирования и развития социализационного дефекта онтогенеза, приводящего к дефициту психических функций, которые блокируют возможность адекватного и адаптивного удовлетворения социальных потребностей, и обуславливают инадаптацию личности, деформирующую ее и препятствующую полноценному социальному функционированию [2].

Предпосылки для изучения виктимности не только как характеристики жертв преступлений, но и как понятия, описывающего дефект социализации, складывались еще с начала XX века. Так, уже в психоанализе было подмечено, что в поведении невротиков присутствуют жертвенные черты: личность, по сути, приносит себя в жертву неврозу. В качестве примера З. Фрейд приводил многочисленные случаи, когда болезнь в силу слабости, трусости, моральных запретов Эго становится оружием человека в борьбе против внешних помех [70].

Схожих взглядов придерживался и А. Адлер, описывая показные роли жертвы, для которых комплекс неполноценности является источником их силы. По его наблюдениям, к осознанию того, что болезнь может быть весьма ценным качеством, приводит неправильное воспитание, основанное на гиперопеке. Человек научается заболеть именно тогда, когда ему этого хочется и когда необходимо чего-то добиться, а если это становится образом жизни - человек превращается в хронически больного [71].

В работах И.П. Павлова поведение жертвы рассматривается через призму едва ли не «унаследованного рабства души» в результате плохого воспитания [72]. Сходной точки зрения придерживался М.Я. Басов, обращая внимание на вопросы профилактики рабского образа жизни. Жертвой, по мнению автора, может быть как деспот, так и маленький покорный человечек с рабской психологией [73].

К. Хорни [74] описала стратегию «ощущать себя жертвой», которая, по мнению ученой, столь часто используется и прочно укореняется именно потому, что в действительности является наиболее эффективным методом защиты. Она позволяет невротика не только отводить от себя обвинения, но и одновременно обвинять других. При этом жертва опирается на один из самых эффективных механизмов – страдание. Через страдание жертва может предстать «в виде живого укора, что дает ей дополнительные преимущества. С одной стороны, ощущение «я – жертва» становится защитой от ненависти к себе, а потому – стратегической позицией, которую надлежит яростно оборонять. С другой – пассивное вынесение вонне ненависти к себе может провоцировать на плохое обращение с собой (происходит перенос во внешний мир того, что существует во внутреннем). В этом случае человек становится «благородной жертвой», страдающей от опасного и жестокого мира. В целом человек, прибегающий к такой форме защиты, отказывается от своей индивидуальности, но при решении человеческих проблем это оказывается одним из эффективных и выгодных способов [75].

Сходный смысл вкладывал в понимание поведения жертвы и создатель транзактного анализа Э. Берн. Жертва, по мнению Э. Берна, – это манипулятор, разыгрывающий различные роли [76]. При этом игрой Берн называет «последовательность взаимодополнительных, содержащих скрытые компоненты транзакций с заранее predetermined, легко предсказуемой концовкой». Играя роль жертвы, человек выстраивает жизненный сценарий, в котором люди являются неизбежными пораженцами, они ухищряются терпеть поражение даже в самых выигрышных ситуациях и затрачивают иногда немало изобретательности, чтобы обеспечить себе такой провал [77].

Поведение жертвы, по Э. Фромму [78], проявляется в чрезмерной податливости и конформности. Податливые люди становятся жертвами только благодаря тем, кто хочет осуществить полный контроль над ними, потому что искаленную личность эксплуатировать легче, чем здоровую, слабая личность вызывает жалость, сильная – может дать отпор.

М. Селигман описывал поведение жертвы через понятие «выученной беспомощности» [79], которое определяется как состояние, возникающее в ситуации, когда человек считает, что внешние события от него не зависят, и он ничего не может сделать, чтобы их предотвратить или изменить. Основной характеристикой выученной беспомощности является тенденция к генерализации – появившись в одной ситуации, она распространяется на многие другие сферы деятельности человека, блокируя его активность.

А.А. Ухтомский, развивая учение о доминанте [80], которая является ничем иным, как мощным мотивационным потенциалом поведения человека, писал о том, что человек может легко стать настоящей жертвой своих доминант, когда он предается предубеждениям и предвзятости.

Л.С. Выготский в своих работах [81] определял поведение жертвы явлением «средней компенсации» (включающей реальную и фиктивную компенсацию). Ученый уделяет много внимания существующей системе воспитания, которая и приносит ребенка в жертву его же болезни, ограниченности или же недостатка. Л.С. Выготский отмечал и особый склад личности людей, являющихся жертвами своих дефектов, который включает в себя противоположные качества: силу и слабость, одаренность и недостаточность. «Если борьба кончается для организма победой, то он не только справляется с созданными дефектом затруднениями, но и поднимается сам в своем развитии на высшую ступень, создавая из недостаточности одаренность, из дефекта – способности, из слабости – силу, из малоценности – сверхценность» [81].

Виктимность, по мнению Е.С. Фоминых [82], довольно прочно закрепляется в поведении, сковывает жизненный потенциал личности, препятствует жить полноценной жизнью. Виктимная личность испытывает дефицит жизнестойкости [83] - интегральной личностной особенности, ответственной за успешность преодоления жизненных трудностей.

И.Г. Малкина-Пых рассматривала виктимность как психологическое расстройство, причиной которого является незавершенность одной из наиболее важных стадий развития в раннем детстве (по Э. Эриксону) – стадии

установления психологической автономии [6]. К наиболее важным характеристикам виктимной личности автор относит: трудности в принятии решений, стремление опереться на советы и поддержку других, перекладывание ответственности, ощущение дискомфорта при отсутствии контактов, беспомощность в ответ на критику или неодобрение, стремление привязать к себе других посредством совершения неприятных для себя, но необходимых для другого поступков, постоянные попытки восстановить положительное отношение к себе других людей, нечеткость в границах Я, безынициативность, страх, агрессия, вина, стыд, зависимость от оценок окружающих, желание быть хорошим, проявление сверхзаботы о другом, роль «мученика», страх одиночества, растерянность, тревожность, отсутствие чувства внутренней значимости, зависимость, «мягкая, но разрушительная эгоцентричность» и др. [6].

М.А. Одинцова [8] выделяет объективные и субъективные факторы виктимизации. Объективные факторы превращения человека в жертву неблагоприятных условий социализации чрезвычайно многообразны, начиная с природно-климатических, экологических условий, особенностей исторического развития, этнокультурной специфики, особенностей социальной, политической, экономической жизни народов и заканчивая техногенными катастрофами, войнами, и другими экстремальными факторами. К субъективным факторам автор относит индивидуальные особенности как на индивидуальном, так и на личностном уровне, от которых зависит субъективное восприятие себя жертвой. Виктимизация на индивидуальном уровне во многом определяется темпераментом и психологическими свойствами, генетической предрасположенностью к отклоняющемуся поведению. Виктимизация на личностном уровне зависит от многих личностных характеристик, которые в одних и тех же условиях могут способствовать или препятствовать тому, чтобы человек становился жертвой. К таким характеристикам относят степень устойчивости и меру гибкости личности, развитость у нее рефлексии и саморегуляции, ее ценностные ориентации, тип реагирования на трудные и экстремальные ситуации и т. п. [3]. Наряду со стремлением к самосовершенствованию, автор выделяет процесс саморазрушения

как разрушение собственных физических, духовных, личностных, социальных свойств, что приводит к физической, духовной, социальной деградации и закреплению поведения жертвы.

Е. В. Руденский [2] психологическим механизмом виктимности считал дефицит культурного потенциала развивающейся личности, создающий угрозу ее адаптации, самоактуализации и полноценного социального функционирования. Виктимность в данном случае - это своеобразный психокультурный статус, определяемый дефицитарной деформацией развития личности и включающий ряд признаков: субъективную неудовлетворенность; утрату идентичности вследствие хронического переживания страха, опасений, тревожности, стрессов, фрустраций; дезинтеграцию индивидуальной «Я-системы»; утрату психокультурной автономности; формирование психокультурного конформизма; неадекватное восприятие реальности; неадекватные самопознание, самопереживание и самооценка; снижение толерантности к фрустрации; нарушенную резистентность по отношению к стрессу; патогенную и деструктивную социальную адаптацию; агрессивно-компенсирующее самоутверждение.

На основании анализа различных подходов, М.А. Одинцова [9] выделила следующие психологические особенности виктимного поведения личности:

1) внутренние: негативные (пассивность, зависимость, диффузия идентичности, деформация образа Я, восприятие себя жертвой, депрессивность, зависимость, пессимизм, избегание, покорность, беспомощность, ригидность, инфантильность, враждебность, эгоцентризм, страхи, неуспешность, фрустрированность, рентные установки) и позитивные (одаренность, интуиция, опыт, нравственная справедливость, милосердие, способность принести себя в жертву, скромность, терпимость, углубленная самокритичность, побуждающая к самосовершенствованию, застенчивость, совестливость, философски тонкое нравственно глубокое понимание мира и т. п.).

2) внешние: низкий социально-экономический статус личности, группы; стигматизация; негативные стратегии семейного воспитания (непоследовательность, авторитарность, эмоциональная депривация,

враждебность и т. п.); условия общественного и государственного управления (тоталитаризм, сталкеризм и т. п.); тип жизненной ситуации.

Применительно к психиатрической практике обоснованность изучения виктимности обусловлена прежде всего значительным спектром нарушений личностных особенностей и социального функционирования больных с различными, но особенно с хроническими психическими расстройствами.

Показано, что в основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с осознанием себя как жертвы неблагоприятных условий для полноценной социализации и риска утраты субъективного статуса, обусловленных «жизнью с болезнью» и парциальной или тотальной депривацией личности.

Однако эмпирических исследований, направленных на изучение проблем виктимности и виктимизации больных шизофренией как жертв неблагоприятных условий социализации, не проводилось. В то же время, разработанные в социально-психологической виктимологии методологические подходы к изучению феноменов виктимности и виктимизации могут быть использованы при изучении клинико-психологических и клинико-социальных особенностей больных шизофренией, как лиц, подвергающихся стигматизации и самостигматизации негативными обстоятельствами «жизни с болезнью».

1.5. Психотерапевтические и психосоциальные методы коррекции виктимизации

В современной виктимологии используются методы психотерапии и психокоррекции немедицинского характера, поскольку ориентированы на работу с психически здоровыми людьми [84].

Психотерапевтические интервенции условно могут быть разделены на два направления: психологическое консультирование и психотерапия с виктимностью (комплексом жертвы) с целью предотвращения реализации виктимности, то есть превращения потенциальной жертвы в реальную; психокоррекция и психотерапия

с жертвами насилия непосредственно после или спустя некоторое время после травматического события (кризисная терапия и психокоррекция).

Сущность консультирования (психотерапии) определяется виктимной структурой личности клиента. Уникальная способность таких личностей к подавлению (вытеснению) специфических событий, фактов, мыслей, чувств, особенностей поведения по отношению к себе и окружающим поддерживает сформированное чаще всего в детстве или в процессе накопления жизненного опыта ощущение себя жертвой. Соответственно, в происходящих или провоцируемых такими личностями событиях они с готовностью преподносят себя как несчастных, обиженных, печальных, напуганных, озлобленных; причем описанные чувства являются хроническими и подкрепляют их убежденность во враждебности окружающей среды. При этом отрицается идея о том, что происходящее является отражением или следствием их внутреннего состояния или выбранных ими самими мыслями или чувствами [85, 86, 87]. В связи с этим действенными психотерапевтическими приемами являются направленные на формирование препятствий закреплению стереотипных негативных чувств и позиции жертвы, то есть на осознание клиентом собственной ответственности за внутренние установки и интерпретации играющих второстепенную роль или нейтральных событий [6]. Вне зависимости от используемых техник, основной задачей терапевта в работе с такими клиентами является стимулирование от перехода от общих жалоб и рассуждений к постепенному структурированию описаний и переживанию того, о чем он говорит, «здесь и сейчас». Наиболее эффективной является терапия отношениями [6].

Процесс психологического консультирования, включающий начальный, средний и завершающий этапы является эффективным в случае успешной работы с сопротивлением клиента [88, 89]. Ценность преодоления сопротивления, с точки зрения Бюдженталь (2001), заключается в осознании опыта многократных переживаний и потребностей, которым оно служит. Им же предложены шесть шагов, направленных на преодоление сопротивления: отслеживание, разъяснение эффектов сопротивления, истолкование неслучайности, демонстрация

альтернатив, разъяснение функций сопротивления, освобождение и перемещение [90].

Наиболее эффективными психотерапевтическими направлениями в оказании помощи клиентам-жертвам являются: транзактный анализ, индивидуальная психология А. Адлера, психосинтез и когнитивно-поведенческая психотерапия [6].

Транзактный анализ (от лат. transaction – сделка и греч. – разложение), разработанный Э. Берном (1992, 1996, 1998), представляет собой психотерапевтическую методику личностного и группового роста. Метод рассматривает понимание не как конечную цель терапии, а как инструмент для изменения личности. В рамках краткосрочного или долговременного транзактного анализа клиент принимает решение об ориентации на изменение личности, а затем реализуется активный процесс этого изменения. Основа транзактного анализа – модель эго-состояний (РВД-модель, где Р – состояние родителя, В – состояние взрослого, Д – состояние ребенка или дитя). Эго-состояние – это совокупность связанных между собой паттернов поведения, чувств и мыслей, выражающих личность в данный момент. Транзакция как «основная единица социального взаимодействия» [91] возникает, когда одним человеком предлагается общение, а другой человек на него отвечает (общение = цепочке транзакционный стимул + транзакционная реакция). Другой ключевой составляющей транзактного анализа является концепция жизненного сценария [91, 92], основными положениями которого являются: сценарий – это план жизни; сценарий ведет к расплате (финалу); человек сам принимает решение о сценарии; сценарий подкрепляется родителями; сценарий лежит вне пределов осознания; мы искажаем сценарий с целью «оправдания» сценария. В транзактном анализе текущая ситуация рассматривается как связанная с более ранней ситуацией с помощью резиновой ленты. В ходе индивидуальной терапии по мере осознания сценария человек перестает возвращаться к сложившимся ранее сценариям, резиновые ленты рассоединяются). В результате личность начинает решать ситуации «здесь и сейчас», используя весь потенциал взрослого человека. С

позиций транзактного анализа виктимная личность является носителем сложившихся под влиянием родительских приказаний таких комплексов как нарциссизм, самоуничижение, мученичество, садистские наклонности и ненасытная жажда любви [84]. Философия транзактного анализа базируется на следующих положениях: все люди – ОК; каждый человек обладает способностью думать; все люди определяют свою судьбу; их решения могут быть изменены. Соответственно, основными практическими принципами транзактного анализа являются контрактный метод и открытая коммуникация. Терапевт и клиент несут одинаковую ответственность за изменения клиента, в то же время, думающий клиент несет ответственность за свою жизнь и принимаемые решения. Терапевт может лишь указать на аспекты, способствующие достижению цели, ориентированной на изменения. В транзактном анализе используются специфические техники и упражнения, например, определение эго-состояний, определение транзакций, поглаживания, структурирование времени, определение жизненного сценария, работа с игнорированием, работа с мировосприятием и искажением, работа с симбиозом, работа с системой рэкета, игры и анализ игр, контракты на изменение [6, 93].

Индивидуальная психология А. Адлера (1995, 1997) основывается на целостном восприятии личности. Ключевыми качествами ее при этом являются ответственность, креативность и устремленность к целям в контексте личностного феноменологического опыта. Использование адлеровских подходов в виктимологии объясняется их постулатом о том, что чувство неполноценности может способствовать формированию саморазрушительного жизненного стиля. Поскольку человек с психическими расстройствами рассматривается как утративший уверенность в себя, терапевтическая направленность метода заключается в активизации его социальной заинтересованности, установления взаимоотношений для развития нового стиля жизни. Основные положения психологии А. Адлера заключаются в следующем: любое поведение происходит в социальном контексте, в межличностных отношениях; социальная вовлеченность личности обозначается как социальный интерес или способность к

взаимодействию и сосуществованию с другими личностями; холистический подход делает актуальным лишь субъективное переживание личности; понимание личности строится на исследовании ее когнитивной организации и стиля жизни, который строится на убеждениях вследствие предпочтительного способа восприятия; основное средство понимания личности – субъективность, а не так называемая объективная оценка; стиль жизни остается относительно постоянным, а убеждения могут меняться в процессе психотерапии; жизнь души человека – это «становление» в соответствии выбранными личностью целями, направленными на самореализацию, самоактуализацию, компетентность; постоянные жизненные проблемы выдвигают перед личностью задачу возможности выбора мужества жить с осознанием собственного несовершенства; смысл жизни придает сама личность в соответствии с выбором значения собственного существования [94].

Адлеровская психотерапия является процессом психообразования, в котором участвуют сотрудничающие друг с другом пациент(ы) и терапевт(ы). Целями процесса психообразования являются: стимулирование социального интереса; осознание и использование собственных ресурсов для преодоления чувства неполноценности и уныния; изменение восприятия, целей и стиля жизни; изменение ошибочной мотивации или ценностей; помощь в осознании клиентом своего равенства с другими людьми и приобщение к общему делу. Результат предполагает формирование у личности чувства причастности, принятия себя и других, осознание мотивации и возможности строить свою судьбу, ликвидацию симптомов и появление чувства уверенности, оптимизма и мужества. При этом «...в любых обстоятельствах клиент должен иметь абсолютную свободу. Он может двинуться в сторону изменения или отказаться от него, это как ему заблагорассудится» [95, 96].

Психотерапия по А. Адлеру состоит из четырех элементов: отношения (создание и поддержание хороших отношений); анализ (раскрытие динамики пациента, его стиля жизни, целей и их роли в его жизни); интерпретация (толкование полученных данных, результатом чего является инсайт); переориентация [6]. При этом используются специальные техники: первичное

интервью; получение раннего воспоминания; качественный контент-анализ ранних воспоминаний; история жизни; анализ сновидений; терапевт как модель; действия «как будто»; негативная практика; ловля самого себя; метод пусковой кнопки; «ага-переживание», включая реориентационный тренинг [97].

Психосинтез является психотерапевтическим методом, основанным на динамической концепции жизни человека [98]. Задача психосинтеза – с помощью специальных техник изучить собственную личность (свое бессознательное, свое истинное Я), установить контроль над различными компонентами своей личности, выявить противоречия и создать новый, объединяющий личностный центр. Показаниями к использованию психосинтеза являются состояния, причиной которых является глубокий и сложный конфликт между сознательными и бессознательными механизмами, что чаще наблюдается в периоды тяжелых кризисов (например, при виктимизации). При этом используются техники: «работа с субличностями», «постижение своего истинного Я», «перестройка личности вокруг нового центра». В результате предполагается, что человек становится хозяином своей жизни, излечивается от психических и соматических симптомов, обнаруживает собственную духовную природу и путем развития способностей строит гармоничную, эффективную личность [98].

Методом, имеющим условную доказательную базу, на современном этапе является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). С точки зрения когнитивно-поведенческих психотерапевтов, психологические проблемы или психические расстройства являются следствием неточной оценки событий. Изменение эмоционального состояния клиента и его поведения достигается путем обучения клиента по-другому оценивать события и, соответственно, по-другому на них реагировать. Когнитивный компонент объясняет дезадаптивное поведение ставшими привычными когнитивными искажениями и ошибками в мышлении. Соответственно, терапия направлена на коррекцию когнитивных искажений и их последствий в виде поведенческих установок. Целью поведенческого компонента является формирование и закрепление способности к адекватным действиям, к приобретению навыков, позволяющих улучшить самоконтроль. Когнитивные и

поведенческие терапевты: не интересуются причинами расстройств или прошлым клиента, а сосредоточены на актуальном поведении и мыслях человека о себе и мире в настоящий момент; терапия является процессом научения, а терапевт – учителем, в результате чего клиент обучается новым способам поведения и мышления; используют домашние задания; не предлагают сложных личностных теорий, оказывая предпочтение практическому, лишённому абсурдности (в отличие от психоанализа) подходу [99, 100, 101].

Данные психотерапевтические методы работают в психодинамическом (психосинтез), когнитивно-поведенческом (КПТ), личностно-ориентированном (индивидуальная психология А. Адлера) или смешанном (транзактный анализ) подходах, но используются в основном при оказании помощи потенциальным или реальным жертвам насилия, личность которых не дезинтегрирована шизофреническим процессом и связанными с последним, специфическими дефектами социализации.

Отдельную группу психотерапевтических подходов составляют техники, направленные на оказание помощи жертвам травматического стресса. В этих случаях речь идет о лицах, переживших психотравмирующую ситуацию, главным содержанием которой является потеря веры в то, что жизнь организована в соответствии с законами и поддается контролю. По данным Пергаменщик и др. (1999), около 20% жертв психологического стресса в течение первых двух-шести месяцев переживают последствия в виде проблем в эмоциональной, психосоциальной, психосоматической или профессиональной сферах [102]. Как можно более раннее психотерапевтическое вмешательство позволяет предотвратить хронификацию травматического опыта. В таких случаях используются экстренная психологическая помощь, кризисная интервенция и психотерапия посттравматического стрессового расстройства. Целью их является помощь в преодолении воспоминаний о травмирующих и последующих эмоциональных переживаний, а также в возможности активно и ответственно включиться в настоящее. Используются, в частности, психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ) [103], ослабление

травматического инцидента (ОТИ) [104], нейролингвистическое программирования (НЛП) [105].

И. Малкиной-Пых (2019) описан комплексный, использующий опыт российских и зарубежных психологов и психотерапевтов, подход к консультированию и психотерапии (индивидуальной и групповой) жертв насилия, в том числе детей [106], жертв сексуального насилия, жертв семейного насилия [107, 108, 6].

По мнению H.S. Sullivan [109], шизофрения у детей является непосредственным проявлением патологических взаимоотношений между детьми и их родителями (родители, по определению автора, – это «значимые взрослые»). Неправильные интерперсональные отношения в системе «значимые взрослые – ребенок» препятствуют установлению примирительной формы реагирования, вызывают у ребенка чувство тревоги, что приводит к нарушенному толкованию большими интерперсональных отношений («паратаксическое нарушение») и, в конце концов, может привести к утрате способности убеждать других в обоснованности собственных намерений.

М. Аммон [110] описывает шизофрению как симбиотическое нарушение развития личности, превратившееся в длительный симбиоз, или «симбиотический комплекс», складывающийся у ребенка с матерью.

По утверждению H.F. Searles [111], семья отказывает будущим больным в развитии собственной идентичности вследствие страха потерять семейную идентичность.

S. Arieti высказывал предположение, что нормальное развитие новорожденного гарантируется двумя основными состояниями: удовлетворения потребности и чувства безопасности [112]. Приученный к тому, что взрослые делают только приятное, ребенок начинает доверять взрослым. Постепенно между родителями – «значимыми взрослыми» – и ребенком устанавливается взаимное доверие (в частности, взаимное доверие матери и ребенка), ребенок усваивает доверие взрослых и начинает верить себе («отраженное утверждение» по H.S.Sullivan). Эта атмосфера – сначала «удовлетворение», затем

«безопасность» – облегчает проникновение в ребенка символического мира других людей: отношений, чувств, значений исходящих от матери слов [113].

М. Бубер считал, что у будущего больного шизофренией семейная атмосфера такова, что процесс развития «Я» искажается с первых моментов жизни [114]. Состояние удовлетворения и безопасности заменяется ситуацией напряжения и тревоги. Во многих случаях ребенок лишен удовлетворения своих потребностей (эмоциональная депривация) и чувства безопасности. «Ты» в семье «шизофреника» является носителем угрозы и тревоги. Так формируется шизофреническое расщепление. Образ собственного «Я» у больного шизофренией также лишен определенности из-за того, что больной чувствует себя отвергнутым обоими родителями и не может отождествить себя с кем-либо из них. Родители, замечая трудности ребенка, порождают вторичную тревогу, усугубляющую его болезненное состояние.

Обследование матерей, дети которых впоследствии заболели шизофренией, выявляло у многих из них такие черты, как поверхностность, неуверенность, ригидность и стремление к доминированию [115]. S. Arieti приводит типичные характеристики матери больного шизофренией: сверхпокровительственная, враждебная, сверхтревожная, отвергающая, холодная, сдержанная [112]. Он считал, что в большинстве случаев мать будущего больного шизофренией либо занимала чрезвычайно отвергающую позицию в отношении своего ребенка, либо окружала его излишней тревогой. Об отцах, дети которых страдали шизофренией, было высказано суждение, что они отличались заботливостью и склонностью проводить все свободное время в пределах семьи, но были очень пассивны и оказывались совершенно неспособными вмешиваться в отношения матери и воспитываемого ею (таким образом, принадлежащего только ей) ребенка [116].

T. Lidz, описывая семью, в которой формировалась личность будущего больного шизофренией, отмечал, что родители не были способны дополнять друг друга и помогать друг другу. В такой семье отсутствовали способность принять общее решение, единство взглядов, взаимное доверие. Для «шизофреногенных

семей» оказались характерными соперничество родителей, постоянные угрозы развода и привлечение ребенка на свою сторону в семейных конфликтах. Семья, как правило, распадалась на две враждующие фракции («супружеское расщепление») [117]. Также им описана другая ситуация, складывающаяся в семьях больных шизофренией- «супружеский перекося», который является комбинацией властной, враждебной матери, которая подавляет потребность ребенка в самоутверждении, и зависимого, слабого, пассивного отца [117]. Во всех вышеперечисленных работах преморбидная личность больного шизофренией расценивалась как шизоидная, что коррелировало с гиперпротекционистским типом воспитания, подавлением, эмоциональной депривацией.

Проведенные исследования показывают, что семья больного шизофренией, как правило, содействует нарушениям его личности, формированию таких неблагоприятных изменений, как аутизм, амбивалентность взаимоотношений с окружающими, непоследовательность и противоречивость представлений о самом себе [118, 119].

Основную роль при этом играет общение с ребенком родителей, которые направляют формирование мыслительных навыков. В семьях больных шизофренией коммуникационные отношения родителей с ребенком противоречивы. Речь идет прежде всего об интеллектуальной противоречивости – чаще всего о требовании родителей к ребенку, противоречивом и потому в действительности невыполнимом, но его противоречивость оформлена так, что не опознается ребенком.

Г. Бейтсон [120] описывал механизм коммуникации больного с членами семьи, который приводит к развитию шизофренического типа реакции, как «double-bind». «Double-bind» (англ. - «двойное послание», «двойная ловушка») — паттерн взаимодействия, который создается, если:

- 1) индивид, находясь в тесных отношениях с другим человеком, считает жизненно важным для себя надлежащим образом реагировать на его сообщения;
- 2) значимый для индивида человек передает ему одновременно два сообщения разных уровней, одно из которых отрицает другое;

3) индивид лишен возможности комментировать эти сообщения для определения того уровня сообщения, на который он должен реагировать.

К. Маданес [121] раскрывает смысл «двойных посланий» через призму противоречий внутрисемейной иерархии, описывая ситуацию, в которой мать занимает по праву родителя главенствующее положение по отношению к ребенку, но ребенок тоже управляет матерью либо силой симптоматического давления, либо вступая в коалицию с другими значимыми членами семьи. Как мать она должна руководить ребенком, но с учетом указанных обстоятельств она лишь выражает беспомощную просьбу, чтобы ее соблаговолили выслушать. В итоге в семье формируются две конфликтные иерархические структуры: и родители, и ребенок одновременно находятся и в главенствующем, и в подчиненном положении друг к другу.

М. Сельвини-Палаццоли и соавт. [122] предлагают модель развития в семье патовой ситуации, которая приводит к формированию психического заболевания, состоящую из шести стадий. Ситуация развивается от неявных взаимных уколов и намеков с вовлечением ребенка в родительские отношения и его «выступлением» на стороне «обиженного», по его мнению, родителя в виде необычного, а затем и «симptomатического» поведения, приводящего к объединению супругов, воспринимаемому самим ребенком как «предательство». На последней стадии каждый член семьи получает некую «выгоду» от симптома, что невольно способствует его закреплению.

В последние десятилетия интерес к проблеме «семья и шизофрения» переместился с изучения семьи как источника (первопричины) заболевания на выяснение ее роли в течении болезни. В центре внимания оказались очень важные с практической точки зрения вопросы о роли семейных факторов в обострении заболевания, а также в реабилитационном процессе [123, 124]. Было показано, что семейные взаимоотношения являются существенным фактором эффективности восстановительной терапии больных шизофренией.

Важное место в понимании механизма воздействия семьи на процесс эффективного лечения шизофрении занимает ранимость, повышенная

чувствительность больного к широкому кругу психотравмирующих факторов [125]. Наличие в семье больного шизофренией предъявляет повышенные требования к ней. Нередко вполне переносимые для любой другой семьи кризисы, противоречия, конфликты в семье больного шизофренией могут стать фактором психической травматизации.

В соответствии с «Diathesisstressmodell» [126, 127] концепцией лица с высоким риском заболевания характеризуются пониженной стрессоустойчивостью; причины тому – ограниченная способность к переработке получаемой информации (в результате повышенной отвлекаемости и других особенностей мыслительных процессов); тенденция к повышенной возбудимости центральной нервной системы; пониженная социальная и психологическая компетентность и особенно неумение правильно вести себя в напряженных, сложных ситуациях. Указанные личностные особенности взаимодействуют с факторами непосредственного социального окружения индивида. Это, во-первых, неблагоприятный социально-психологический климат семьи (повышенное эмоциональное напряжение); во-вторых, характерное для семьи больного шизофренией отсутствие «психологической поддержки» как в самой семье, так и в ее окружении (отсутствие приятелей, коллег по работе, соседей, с которыми существовали бы устойчивые эмоциональные, «психотерапевтические» отношения); в-третьих, дополнительную нагрузку создают различные значимые события в жизни семьи. Две группы факторов – индивидуальная ранимость и внешние психотравмирующие моменты – вступают во взаимно усиливающие их отношения, что приводит к обострению протекания болезни. Данная модель взаимного усиления индивидуальных и средовых факторов определяет и стратегию лечения.

Деструктивное развитие семейных взаимоотношений проявляется в искажении картины болезни у больных и членов их семей, в нарастании конфликтности, в игнорировании признаков болезни [124]. О двойственности реакции семьи на появление в ней больного (т. е. о возникновении либо конструктивного, либо деструктивного развития) свидетельствуют исследования,

где показано, что, реагируя на болезнь, семья либо консолидируется и создает условия, благоприятствующие ремиссии, либо внутри нее происходит раскол, который приводит к изоляции больного [128].

Исследования, посвященные роли семьи в патогенезе шизофрении, сыграли значительную роль в развитии семейной психотерапии [128, 129]. В этих работах было обращено внимание на своеобразие взаимоотношений в семьях больных шизофренией и сделаны попытки проследить роль семьи в этиологии болезни, изучались особенности коммуникации и ролевые ожидания в семье, соотношение эмоциональных и когнитивных процессов, уровень конфликтности, распределение влияния между членами семьи, взаимосвязь с окружающим миром и т. д.

М.М. Кабанов [123] утверждал, что подлинная реадaptация невозможна без попыток изменить патологические взаимоотношения в семье, устранить ирреальные оценки больного и непосильные для него требования.

В рамках теории социально-дефицитарного виктимогенеза стигматизированной личности [1] высказано предположение, что в основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности. Деструктивный характер многоуровневого влияния семьи является важным фактором принятия больными шизофренией позиции жертвы неблагоприятных условий социализации. Высказано предположение о зависимости социализации больных шизофренией от доминирующих социальных дискурсов.

Эмпирических исследований, направленных на изучение роли семьи как фактора виктимизации больных шизофренией не проводилось. Дальнейшее исследование виктимогенного влияния семьи может осуществляться в контексте механизма социально-психологической деформации личности, связанного с нарушениями в формировании навыков межличностного взаимодействия, закреплением малофункциональных стереотипов поведения, дезадаптивных механизмов психологической защиты, неконструктивных вариантов копинг-стратегий, нарушениями в ценностно-смысловой сфере, самосознании и

самоотношении, формировании и углублении стигматизационного дефекта и дефицита социальных личностных компетентностей.

Виктимизация больных шизофренией требует отдельного изучения их личностных особенностей, делающих их уязвимыми к виктимогенным социальным процессам, а также личностных ресурсов, способствующих противостоянию виктимности, то есть превращению себя в жертву и жизни с восприятием себя в таком качестве.

Таким образом, нам представляется обоснованным проведение исследования, направленного на изучения вышеизложенных малоизученных и сложных вопросов, касающихся виктимизации больных параноидной шизофренией. Это позволит разработать основанную на полученных данных программу девиктимизации пациентов с шизофренией с целью повышения эффективности оказания специализированной психиатрической помощи данному контингенту больных.

РАЗДЕЛ 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Комплексное изучение феномена виктимности психически больных, обусловленного значительным спектром нарушений личностных особенностей и социального функционирования, является одной из приоритетных задач современной психиатрии.

Цель настоящего исследования: на основании комплексного исследования особенностей и механизмов формирования виктимности больных параноидной шизофренией разработать программу девиктимизации и субъективного личностного восстановления данного контингента больных.

2.1. Материал исследования

Основная часть исследования, посвященная исследованию процесса и механизмов виктимизации, разработке, теоретико-методологическому и клинико-психологическому обоснованию программы девиктимизации больных шизофренией, выполнялась на базе центра первого психотического эпизода и центра лечения аффективных расстройств Республиканской клинической психиатрической больницы, г. Донецк в течение 2016-2020 г.г. Организация работы в центрах позволяла автору настоящего исследования в полном объеме реализовать задачи исследования, в частности, осуществлять диагностические процедуры, индивидуальные и групповые психотерапевтические и психосоциальные вмешательства.

Критерии включения больных в исследование:

- диагноз параноидной шизофрении (далее по тексту – шизофрения), установленный в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10й пересмотр) [130];
- длительность заболевания до 10 лет;
- информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- отказ от участия в исследовании;
- иной, нежели параноидная шизофрения, диагноз, установленный в соответствии с МКБ-10.

Исследование механизмов виктимизации больных шизофренией, разработка, внедрение и оценка эффективности психосоциальной программы девиктимизации предусматривала выделение двух исследуемых контингентов в зависимости от уровня виктимности, определяемой с помощью авторского опросника оценки степени виктимизации [1].

В основную группу вошли 110 виктимизированных больных параноидной шизофренией (4 – 15 баллов по опроснику оценки степени виктимизации), которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии непосредственно после купирования продуктивной симптоматики. В зависимости от уровня виктимности исследуемые основной группы были разделены на 3 группы по методу, используемому Р.Н. Lysaker и др. [131]:

- группа 1- с легкой степенью виктимизации (4 – 7 баллов) – 30 чел. (27,3%);
- группа 2 - умеренной степенью виктимизации (8 – 11 баллов) – 45 чел. (40,9%);
- группа 3 – с тяжелой степенью виктимизации (12 – 15 баллов) – 35 чел. (31,8%).

Распределение больных основной группы по полу: мужчины - 57 чел. (51,8%), женщины - 53 чел. (48,2%). Средний возраст больных основной группы составил $27,8 \pm 0,8$ лет. По социальному статусу больные распределились следующим образом: неработающие (91 чел. – 82,7%), рабочие (9 чел. – 8,2%), студенты (4 чел. – 3,63%), служащие (3 чел. – 2,73%), учащиеся (3 чел. – 2,73%). Большинство обследованных больных (66 чел. – 60,0%) были холостыми (не замужем), 18 состояли в браке (16,4%), 25 пациентов были разведены (22,7%), один пациент (0,9%) был вдовцом. Проживали больные в основном с родителями (77 чел. – 70,0%), 12 пациентов жили со своей семьей отдельно от родителей

(10,91%), 2 больных (1,82%) - с дальними родственниками, 19 пациентов (17,27%) проживали самостоятельно в отдельной квартире.

В соответствии с задачами исследования, для изучения механизмов виктимизации из пациентов общепсихиатрических отделений была сформирована группа сравнения, состоявшая из 70 невиктимизированных (0 – 3 балла по опроснику оценки степени виктимизации) больных параноидной шизофренией с сопоставимыми социодемографическими характеристиками.

Для оценки эффективности программы девиктимизации виктимизированные больные параноидной шизофренией были разделены на две группы. Медицинская помощь пациентам основной группы (58 чел.) включала методы биологического и психотерапевтического лечения (программа девиктимизации). Группу сравнения (больные, получавшие только биологическое лечение и не привлекавшиеся к участию в программе девиктимизации) составили 52 пациента.

Все обследованные больные получали медикаментозное лечение с использованием атипичных антипсихотиков (рисполепт 2-6 мг в сутки, зипрекса 5-10 мг в сутки, солиан 200-600 мг в сутки, азалептин 50-150 мг в сутки) или депо-нейролептиков (клопиксол-депо 2 мл 1 раз в 2 нед., флюанксол-депо 2 мл 1 раз в 2 нед.) в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное и социальное функционирование больных, лучшей переносимостью по сравнению с традиционными препаратами и более благоприятным профилем побочных эффектов. Интенсивность назначений сочеталась с принципом минимальной достаточности доз и преимущественным использованием одного антипсихотического препарата в течение всего периода терапии.

2.2. Методы исследования

Работа выполнялась в несколько этапов и состояла из трех исследовательских модулей:

1-й этап – теоретико-методологическое обоснование актуальности

исследования механизмов виктимизации больных шизофренией (теоретический модуль);

2-й этап – комплексная психодиагностическая оценка негативной симптоматики и механизмов виктимизации больных параноидной (психодиагностический модуль);

3-й этап – научное обоснование, разработка, внедрение и оценка эффективности программы девиктимизации больных шизофренией (модуль психотерапевтического вмешательства).

В исследовании использовались методы: клинический, психодиагностический методы и метод статистического анализа.

Клинический метод заключался в оценке клинико-социальных характеристик больных, включенных в исследование, с помощью «Унифицированной карты обследования больного шизофренией» (17 позиций).

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. Для стандартизированной оценки структуры и выраженности негативной психопатологической симптоматики шизофрении и оценки динамики состояния больных в процессе исследования была использована клиническая рейтинговая Шкала оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS) [132, 133].

Оценка негативной симптоматики в методике SANS проводилась на основании квалификации исследователем 25 симптомов: Обеднение мимики, Снижение спонтанной подвижности, Обеднение выразительности моторики, Избегание контакта взглядом, Уплотнение аффекта, Неадекватность аффекта (паратимии), Монотонность, снижение выразительности речи, Субъективное ощущение потери эмоций, Нарушения речи, Обеднение словарного запаса, Обеднение тематики разговора, Обрывы мыслей, Ответы с задержкой, Субъективная оценка нарушений речи, Уход за собой, Снижение продуктивности

в работе или учебе, Снижение физического энергетического потенциала, Субъективная оценка апато-абулических нарушений, асоциальность, Активность свободного времени, Сексуальные интересы, Способность чувствовать интимность и близость, Отношения с родными и коллегами (аутизм), Субъективное осознание ангедонии-асоциальности, Невнимательность в контакте, Невнимательность при психологическом тестировании, Субъективное восприятие снижения концентрации внимания. Ответы испытуемых оценивались по 6-балльной шкале Лайкерта по степени тяжести от 0 до 5 баллов (0 - нарушение отсутствует; 1 - нарушение спорно; 2 - в легкой степени; 3 – умеренно; 4 – выражено; 5 - тяжелые нарушения). Перечисленные признаки были сгруппированы в субшкалы: Уплотнение и ригидность аффекта (1-8), Нарушения речи (9-13), Апато-абулические расстройства (14-17), Ангедония - асоциальность (18-22), Внимание (23-25). Общий балл по подшкалам и шкале в целом (сумма баллов глобальных оценок SANS) определялись суммированием баллов по соответствующим пунктам.

Психодиагностическое исследование включало оценку степени виктимизации, стигматизации и составляющих личностного потенциала больных шизофренией путем определения экзистенциальной исполненности, личностной субъективации (смысло-жизненных ориентаций, самооффективности, самоконтроля) и ресурсных возможностей (мотивации, копинг-стратегий и субъективного благополучия).

Для оценки степени виктимизации использовалось полуструктурированное интервью «Определение степени виктимизации», направленное на исследование влияния внешних и внутренних факторов виктимизации., включавшее 15 вопросов, адресованных к различным сторонам и механизмам виктимогенного процесса, и предусматривавший ответы «да» (1 балл) и «нет» (0 баллов). При конструировании интервью учитывались все внешние и внутренние факторы, составляющие виктимогенную среду. Содержание интервью давало возможность оценить уровень субъективных переживаний больным себя как жертвы неблагоприятных условий социализации. Суммирование баллов позволило

выделить 4 степени виктимизации: отсутствие/минимальная степень (0 – 3 балла); легкая (4 – 7 баллов); умеренная (8 – 11 баллов) и тяжелая степень (12 – 15 баллов).

Для дифференциации процессов виктимизации и стигматизации производилась оценка процесса самостигматизации с помощью Шкалы Интернализованной стигмы психического заболевания ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness scale) [134, 135]. Оценка по шкале предусматривала ответы испытуемыми на 30 вопросов, которые формировали общее значение уровня самостигматизации. Баллы за ответы (полностью не согласен - 1, не согласен - 2, согласен - 3, полностью согласен - 4) суммировались и делились на общее количество ответов. Аналогичным образом подсчитывались баллы по 5 предусмотренным опросником субшкалам (Отчуждение, Принятие стереотипов, Опыт дискриминации, Социальная самоизоляция, Сопротивление стигме). Оценка степени самостигматизации по субшкалам: 0 – 3 балла – минимальная степень/отсутствие самостигматизации; 4 – 7 баллов – легкая степень; 8 – 11 баллов – умеренная степень; 12 – 15 баллов – тяжелая степень. Для оценки степени выраженности самостигматизации по итоговому баллу ISMI использовались следующие градации: 1.00 – 2.00 – отсутствие/минимальный уровень самостигматизации; 2.01 – 2.50 – низкий уровень; 2.51 – 3.00 – умеренная самостигматизация; 3.01 – 4.00 – выраженная самостигматизация.

Исследование экзистенциальной исполненности проводилось с помощью шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера [136]. Данная методика использовалась для измерения экзистенциальной исполненности, качества жизни личности, связанного с ощущением наполненности жизни определённым смыслом. Шкала, состоявшая из 46 пунктов, предусматривала личностную самооценку испытуемого в контексте его субъективного ощущения экзистенциальной исполненности. Предлагаемые шкалой утверждения в процессе интерпретации объединялись для оценивания 4 основных шкал (самодистанцирование - SD, самотрансценденция - ST, свобода - F, ответственность - V), 2 факторов личности (персональность – P (сумма SD и ST),

экзистенциальность – E (сумма F и V)) и суммарного показателя - субъективно переживаемой меры исполненности (G) как суммы промежуточных показателей по первым четырем основным шкалам. Каждое утверждение оценивалось больными по 6-балльной шкале («верно» – «верно с ограничениями» – «скорее верно» – «скорее неверно» – «неверно с ограничениями» – «не верно») от 1 до 6 для прямых вопросов и от 6 до 1 - для обратных [137].

Исследование субъективации личности больных шизофренией проводилось с помощью теста смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева (СЖО), Шкалы общей самооффективности и методики «Уровень субъективного контроля» (УСК).

Основной целью использования методики «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева (СЖО) являлось определение особенностей структуры переживания индивидом онтологической значимости жизни. Тест включал в себя общий показатель осмысленности жизни, а также пять субшкал, отражающих три конкретных смысложизненных ориентации (цели в жизни, насыщенность жизни и удовлетворенность самореализацией) и два аспекта локуса контроля (локус контроля-Я и локус контроля-жизнь). Тест СЖО предусматривал самооценку испытуемых по 20-ти парам противоположных утверждений, отражавших представление о факторах осмысленности жизни, суммирование баллов по которым производилось после перевода их в восходящую (от 1 до 7) или нисходящую (от 7 до 1) шкалу. Интерпретация результатов как общего суммарного показателя, так и показателей по отдельным шкалам производилась в сравнении с предусмотренными методикой нормативными показателями [138].

«Шкала общей самооффективности» (M. Jerusalem, R. Schwarzer, 1986; русская версия Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек, 1996) представляла собой самоопросник, направленный на измерение субъективного ощущения больными личностной эффективности в рамках концепции А. Бандуры. Опросник состоял из 10 пунктов, каждый из которых имел 4 степени согласия с ним респондента («абсолютно неверно» - 1 балл, «едва ли это верно» - 2 балла, «скорее всего верно» - 3 балла, «совершенно верно» - 4 балла). Все вопросы при интерпретации

были прямыми, по шкале формировался суммарный балл, отражавший общий показатель субъективной оценки личностной эффективности [139, 140].

В основу методики «Уровень субъективного контроля» УСК (Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинд, 1984) была положена концепция локуса контроля Дж. Роттера - личностной характеристики, описывающей то, в какой степени человек ощущает себя активным субъектом собственной деятельности, а в какой - пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств. Соответственно, 44 утверждения опросника, касающихся экстернальности-интернальности в межличностных (производственных и семейных) отношениях, а также в отношении собственного здоровья, предусматривали самооценку пациентами в рамках 6-балльной шкалы (-3 – не согласен полностью, -2 – не согласен частично, -1 – скорее не согласен, чем согласен, +1 – скорее согласен, чем не согласен, +2 – согласен частично, +3 – согласен полностью). Интерпретация результатов производилась после переводы сырых баллов в стеньы по 7-ми субшкалам (общей интернальности (Ио), интернальности в области достижений (Ид), интернальности в области неудач (Ин), интернальности в семейных отношениях (Ис), интернальности в области производственных отношении (Ип), интернальности в области межличностных отношений (Им), интернальности в отношении здоровья и болезни (Из)) в сравнении с нормативными показателями [141, 142].

Оценка ресурсных возможностей больных параноидной шизофренией производилось путем оценивания их мотивационной сферы, копинг-стратегий и субъективного благополучия.

Методика «Диагностика мотивации достижения» (А. Мехрабиан, в модификации М.Ш. Магомед-Эминова) использовалась для диагностики двух обобщенных устойчивых мотивов личности: мотива стремления к успеху и мотива избегания неудачи. Методика включала 30 утверждений, касающихся отдельных сторон характера, а также мнений и чувств испытуемого по поводу некоторых жизненных ситуаций. Оценка степени согласия или несогласия респондента с каждым из утверждений производилась по шкале, представленной

6 позициями: + 3 – полностью согласен; +2 – согласен; + 1 – скорее согласен, чем не согласен; 0 – нейтрален; -1 – скорее не согласен, чем согласен; -2 – не согласен; -3 – полностью не согласен. На основе подсчета суммарного балла определялось, какая мотивационная тенденция доминирует у испытуемого: мотив стремления к успеху или мотив избегания неудачи [142, 143].

Методика «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана (J. Amirkhan, 1990) в адаптации Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского использовалась для выявления копинг-ресурсов в структуре психологических качеств, детерминирующих виктимогенное поведение больных шизофренией. Методика состояла из 33 утверждений, каждое из которых представляло возможный путь преодоления проблем, неприятностей. Ознакомившись с утверждениями, испытуемый определял, какие из предложенных вариантов обычно им используются, в градации «полностью согласен» (3 балла), «согласен» (2 балла), «не согласен» (1 балл). Результаты интерпретировались по трем шкалам: «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание проблем». Для получения общего балла по соответствующей стратегии подсчитывалась сумма баллов по указанным в ключе 11 пунктам, относящимся к этой стратегии. Минимальная оценка по каждой шкале - 11 баллов, максимальная - 33 балла [144].

С помощью Шкалы субъективного благополучия (А. Перуэ-Баду, 1988, в адаптации М.В. Соколовой) проводилось исследование эмоционального компонента субъективного благополучия посредством оценки качества эмоциональных переживаний респондентов в диапазоне от оптимизма, бодрости и уверенности в себе до подавленности, раздражительности и ощущения одиночества. Шкала состояла из 17 пунктов, содержание которых связано с эмоциональным состоянием, социальным положением и некоторыми физическими симптомами. Субъективная оценка данных аспектов благополучия проводилась пациентами в градации от 1 до 7 (1 – полностью согласен; 2 – согласен; 3 – более или менее согласен; 4 – затрудняюсь ответить; 5 – более или менее не согласен; 6 – не согласен; 7 – полностью не согласен). В соответствии с содержанием пункты позволяли оценить путем суммирования баллов за прямые и

обратные вопросы шесть кластеров субъективного благополучия: напряженность и чувствительность; признаки, сопровождающие основную психоэмоциональную симптоматику; изменения настроения; значимость социального окружения; самооценка здоровья; степень удовлетворенности повседневной деятельностью [145, 142].

Метод статистического анализа. Для объективизации результатов, сопоставления показателей в процессе катамнестического наблюдения и дальнейшей статистической обработки полученных результатов нами был создан компьютерный банк данных всех 180 больных. В него вошли социально-демографические данные и результаты обследования пациентов по каждой из использованных методик на различных этапах исследования. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа), построение и анализ нейросетевых моделей – в пакете «Statistica Neural Networks 4.0C» (StatSoft Inc., 1999) на IBM PC/AT. Для количественного анализа полученных в исследовании данных использовались как методы статистического анализа, так и методы математического (нейросетевого) моделирования.

Для представления данных, полученных в результате исследования, применяли стандартные методы описательной статистики. Для адекватного представления числовых данных предварительно проводили проверку распределения на нормальность. В случае, когда распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (\bar{X}) и стандартной ошибки среднего (m). В случае анализа качественных параметров для описания использовали показатель частоты встречаемости данного признака в исследуемой выборке (%) и стандартную ошибку ($m\%$). Для проведения интервальной оценки рассчитывался 95% доверительный интервал (95% ДИ) частоты встречаемости признака.

Для сравнения показателей различных выборок применяли стандартные статистические критерии проверки гипотез. В случае сравнения двух выборок, когда распределение не отличалось от нормального, для сравнения средних значений количественных показателей использовался критерий Стьюдента, а в

случае, когда распределение отличалось от нормального - критерий Вилкоксона. При изучении динамики изменения показателя использовались параметрические (в случае нормального закона распределения) либо непараметрические (в случае закона распределения, отличного от нормального) методы сравнения для связанных выборок. При сравнении средних для трех и более различных групп пациентов привлекались методы множественного сравнения: использовался однофакторный дисперсионный анализ и метод Шеффе (нормальный закон распределения); критерий Крускала-Уоллиса и метод множественных сравнений Данна (закон распределение отличается от нормального). При сравнении таблиц $k \times m$ использовался критерий χ^2 .

Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Для выявления связи между признаками применялись методы корреляционного анализа. В случае, когда распределение не отличалось от нормального, рассчитывался коэффициент линейной корреляции Пирсона. Если распределение отличалось от нормального, либо в случае исследования корреляционной связи между признаками, измеряемыми в порядковой шкале, использовали показатель ранговой корреляции Спирмена. При отличии расчетного значения коэффициента корреляции от 0 на уровне значимости $p < 0,05$, принималась гипотеза о наличии между изучаемыми признаками линейной корреляционной связи.

Для выявления влияния факторных признаков, которые в наибольшей степени определяют результат и построения модели прогнозирования исхода использовались методы нейросетевого моделирования. Оценка качества прогнозирования моделей проводилась путем расчета их чувствительности и специфичности [393]. Оптимизация моделей проводилась с привлечением метода построения кривых ее операционных характеристик. Для оценки адекватности построенных математических моделей и возможностей их практического использования использовался метод проверки прогностических характеристик модели на тестовом множестве. Выбор набора наиболее значимых признаков

проводился с использованием метода генетического алгоритма отбора. Для оценки степени влияния на результат каждого из факторных признаков использовался метод построения логистических регрессионных моделей. В качестве меры степени связи факторного и результирующего признака рассчитывался показатель отношения шансов (ОШ) и соответствующий 95% ДИ.

РАЗДЕЛ 3

ВИКТИМОГЕННОЕ ОСНОВАНИЕ СТИГМАТИЗАЦИОННО-ДЕФИЦИТАРНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шизофрения проявляется нарушениями восприятия и мышления, искаженными представлениями больного о себе и окружающей действительности, легко возникающим чувством одиночества, беспомощности и злобы, трудностями в преодолении жизненных проблем. Болезнь вносит во внутренний мир больного хаос и беспорядок, выбивает его из привычных жизненных отношений, изменяет привычный уклад жизни, значительно снижает самооценку, лишает больного индивидуальности и перспективы.

3.1. Факторы риска виктимизации больных шизофренией

Постановка диагноза шизофрении означает официальную констатацию у пациента тяжелого психического расстройства. С этого момента начинается процесс стигматизации или негативного выделения его обществом, препятствующего полноценному социальному функционированию. Ощущение стигматизированности достаточно быстро приводит к разрушению представлений о собственном «Я» и усвоению чувства собственной некомпетентности. В процесс стигматизации больного вовлекается его семья, медперсонал и внесемейное окружение. Стигма нами рассматривалась как фактор виктимизации, детерминирующий процесс превращения личности в жертву.

Виктимизация больного шизофренией нами рассматривалась как процесс превращения личности в жертву дефицитарности механизма социализации. Основой процесса виктимизации является социально-психологический механизм изменения степени виктимности личности вследствие взаимодействия внешних и внутренних факторов. Эти разнообразные явления объективного и субъективного характера, являясь, по сути, условиями виктимизации [1], существенно облегчали

возможность возникновения конфликтов, нагнетающих виктимогенную ситуацию. В качестве внешних факторов нами рассматривались макро- и микросоциальные условия, обладающие виктимогенным потенциалом.

В процессе изучения феномена виктимизации больных параноидной шизофренией нами были выделены следующие внешние факторы виктимизации:

- преобладание институционализированных (ограничительных) форм психиатрической помощи, способствующих формированию у пациентов т.н. «госпитальной травмы», госпитализма и стойкой зависимости от лечебных учреждений такого типа;

- проявления дискриминации в различных аспектах социальной и экономической жизни пациента;

- консерватизм и патернализм психиатров, анонсируемый ими пессимизм в отношении прогноза болезни с нередко негативным, пренебрежительным или ироничным отношением к попыткам больных взять на себя ответственность за собственную судьбу;

- обширный контингент стигматизаторов, обладающих мощным виктимогенным потенциалом, среди людей и организаций, с которыми соприкасается пациент на всех этапах заболевания;

- отсутствие или крайне низкий уровень девиктимизирующих реабилитационных мероприятий, использующих ресурсы микросоциального окружения, членов семьи, психолого-психотерапевтического вмешательства и социальной поддержки пациента по месту жительства;

- отсутствие теоретического осмысления роли виктимизационных факторов в формировании деструктивных форм приспособительного поведения больных и соответствующих подходов к профилактике и преодолению виктимизации.

Важными факторами формирования и закрепления виктимогенных переживаний больных шизофренией являлось отсутствие партнерских взаимоотношений с медицинским персоналом, общение со стигматизированными пациентами в отделении, особенности взаимоотношений в семьях больных.

Согласно нашим наблюдениям, виктимизирующие влияния медицинского персонала (включая врачей) были обусловлены тремя основными особенностями их отношения к больным шизофренией: во-первых, институциональный, сегрегационный характер оказываемых услуг с превалированием стационарных, в специализированных закрытых психиатрических отделениях, форм помощи; во-вторых, патерналистические, с чрезмерной опекой или пренебрежением, формы взаимодействия с больными; в-третьих, прикрываемый «клиническим опытом» консервативный взгляд на больных шизофренией как на неспособных и не имеющих права на полноценную интеграцию в сообщество.

Уже первое обращение обследованных нами пациентов за специализированной помощью, включая госпитализацию в психиатрический стационар, по их словам, «создавало незримый барьер» между ними и социумом (включая семью), формируя у них ощущение незащищенности, беспомощности и отстраненности от жизненных событий и социальных ситуаций. При этом больные отмечали, что в этот период в наибольшей степени над ними довлела ситуация неопределенности, поскольку сначала они «не знали диагноза», не могли предугадать, что думают об их болезни окружающие. В некоторых случаях ситуация усугублялась полным отсутствием информации, объяснений того, в чем заключается проблема пациентов, со стороны врачей и медицинского персонала, что вынуждало самих больных, их родственников обращаться к ненадежным и провоцирующим стигму Интернет-источникам.

В большинстве случаев госпитализированные в психиатрические отделения больные переживали стресс изоляции, ограничения прав, нередко сталкиваясь с фактами агрессии в ограничительных условиях стационара. Вызывая глубокие страдания, ограничительно-дискриминационная среда способствовала личностной дезинтеграции и ускорению восприятия пациентами себя в качестве жертвы. Закрепляло виктимизационное влияние госпитальных форм оказания психиатрической помощи общение со стигматизированными больными «со стажем» и опытом выученной беспомощности, также, по сути, являющихся жертвами.

Выученная беспомощность [146] является феноменом, определяющим состояние человека, переживающего повторяющийся опыт непредсказуемости и неопределенности внешних событий, как собственный, так и опыт наблюдения за беспомощностью других. В результате возникает уверенность, что внешние события не зависят от человека, и он не может на эти события никак повлиять, видоизменить их или предотвратить. Генерализация данного состояния ведет к тому, что личность перестает что-либо предпринимать даже в ситуациях, с которыми она могла бы справиться. Закрепление в личности больного шизофренией данного феномена видоизменяет его поведение таким образом, что оно не определяется ситуацией, а отражает отрицание собственных возможностей, блокируя его активность и самоидентификацию.

Неразрывно связанным с выученной беспомощностью в процессе виктимизации больных шизофренией оказывается отказ от поисковой активности [147, 148], то есть деятельности, направленной на изменение неприемлемой, трудно прогнозируемой ситуации или отношения к ней, проявляясь капитуляцией личности перед жизненными обстоятельствами. В результате, попав в ситуацию жертвы, больной шизофренией обнаруживает пассивность и отсутствие каких-либо попыток к изменению социальной ситуации, которые, закрепившись, имеют малообратимый характер. Последствиями такой самопрезентации для обследованных нами пациентов являлся выбор виктимного приспособительного поведения, которое отражало существенное ограничение в различных сферах жизнедеятельности и снижение уровня социальной компетентности больных.

Наиболее неблагоприятным процесс виктимизации был у институционально сложившейся группы пациентов, не включавшихся в реабилитационные программы, со значительным опытом изоляции и переживаний неспособности к полноценной социальной жизни и обычному социальному взаимодействию. Как правило, свой опыт, связанный с заболеванием и лечением в системе психиатрической помощи, они описывали как процесс усвоения роли пациента, потери своих прав и, в итоге, – развития чувства безнадежности во взгляде на

будущее. Практически все больные с более частыми госпитализациями и более длительными сроками пребывания в стационаре испытывали беспомощность, как по отношению к непосредственному окружению и медперсоналу, так и по отношению к себе лично. Наиболее негативное влияние на общее впечатление от пребывания в психиатрической больнице оказывала невозможность самореализации, удовлетворения общечеловеческих потребностей.

Согласно нашим наблюдениям, больной с установленным диагнозом шизофрении в сознании окружающих (в том числе, членов семьи) превращается из цельного обычного человека в неполноценного, обладающего определенным дефектом. В то же время, именно семья, а не медицинские работники, обеспечивают ежедневную заботу о нуждах пациента и необходимый для выздоровления или стабилизации состояния режим. Поэтому семья, наряду с самим больным и врачом, является одним из активных участников терапевтического и реабилитационного процесса, а также одним из главных виктимогенных факторов.

Появление в семье больного шизофренией неизбежно вызывает ряд специфических проблем:

- экономические затраты, связанные с необходимостью содержать больного и со снижением продуктивности семьи;
- эмоциональные реакции на болезнь близкого человека, такие как чувство вины, ощущение утраты, страх перед будущим;
- стресс, вызываемый необходимостью справляться с нарушенным поведением пациента;
- нарушение привычного распорядка в ведении домашнего хозяйства;
- проблемы, связанные с социальной отгороженностью больного и затруднениями в межличностных контактах;
- ограничение социальной активности больного и здоровых членов семьи.

Попытки решения возникающих трудностей, как показал наш опыт исследования, может быть конструктивным, но, чаще, может способствовать виктимизации пациента и, соответственно, существенным образом влиять на его

жизнедеятельность и дальнейшую социальную активность. Виктимогенными факторами в данном случае выступают особенности сложившихся в семье функционально-ролевых взаимоотношений, стиля общения, установок и ожиданий членов семьи в связи с возникшим психическим заболеванием у родственника. После возвращения из психиатрического стационара в семью пациенты нередко сопротивлялись сближению и установлению доверия, сохраняли подозрительность, тревожность или враждебность. Они плохо переносили любые, даже положительные бурные эмоции. Существенно травмирующим семью фактором оказывался факт установления психиатрического диагноза, что нередко сочеталось с недостаточным информированием близких о заболевании, прогнозе и особенностях поведения. В результате, нередко в семье формировалось представление, что их больной родственник непонятен, противоречив, опасен, неизлечим, при этом сам начавший примерять на себя роль жертвы пациент мог негативно оценивать себя («я болен, все мои планы разрушены»), «я ничего не могу», «окружающим я в тягость»). Несмотря на то, что наиболее частой первоначальной реакцией на наличие психиатрического диагноза у члена семьи было отрицание, оно достаточно быстро сменялось у членов семьи тревогой, страхом, негодованием и одновременно жалостью по отношению к заболевшему родственнику. В связи с отсутствием или недостатком информации о болезни и ее последствиях, у них возникали растерянность, озабоченность дальнейшим качеством жизни, необходимостью переструктурирования ролевых функций в семье, ломки устоявшихся стереотипов, организации различных форм поддержки пациента. Формировалась идея, что именно от семьи потребуется использование долгосрочных или пожизненных стратегий совладания с ролевой несостоятельностью пациента. Таким образом, происходило оформление у членов семьи образа больного родственника – жертвы, собственная беспомощность транслировалась пациенту, что закрепляло у него роль виктима и дезадаптивные формы поведения. Складывался порочный круг, следствием которого являлись изменения поведения больного в виде самоизоляции, отказа от взаимодействий и

социальных контактов с нарушением или усугублением нарушенных семейных взаимоотношений.

Взаимодействие перечисленных виктимизирующих внешних факторов в определенной мере определяло виктимную организацию личности больных шизофренией. Однако их наличия недостаточно для реализации социально-психологического механизма виктимизации. Существенным аспектом трансформации личности больного шизофренией в жертву, является социально-психологическая депривация личности (депривационный виктимизм). Этот феномен всегда связан с лишениями в сфере удовлетворения интересубъектных потребностей личности и формированием дефицитарной стигматизированной личности с вовлечением в процесс сфер личностной идентичности и социальной компетентности. Результаты изучения определяющих виктимную личность внутренних (психологических) механизмов виктимизации изложены в последующих главах настоящего диссертационного исследования.

3.2. Клинико-социальная характеристика больных параноидной шизофренией с различной степенью выраженности виктимизации

При исследовании виктимизации больных шизофренией мы ориентировались не только на субъективные ощущения и переживания пациента, но и на получение объективной информации о роли болезни в его жизни (включая первый, нередко негативный, опыт), особенностях его социальных контактов, фактах дискриминации, изменившихся представлениях о себе, качестве поддержки ближайшим окружением и т.д., используя беседу с больным и его родственниками, изучение документации с заполнением «Унифицированной карты исследования больного шизофренией». На основании теоретико-методологического изучения феномена виктимности нами было разработано полуструктурированное интервью «Определение степени виктимизации», направленное на исследование влияния внешних и внутренних факторов виктимизации, а также переживаний и поведенческих паттернов больных

шизофренией, сопряженных с восприятием себя в качестве жертвы. В интервью выяснялись такие аспекты как возможность дискриминации, недоверие и пренебрежение окружающих, социальное отвержение, чувство несостоятельности и беспомощности, разрыв социальных связей, уход от жизненных проблем, низкая самооценка, страх общения с окружающими, ощущение враждебного отношения к себе, ощущение себя как «не таким, как все».

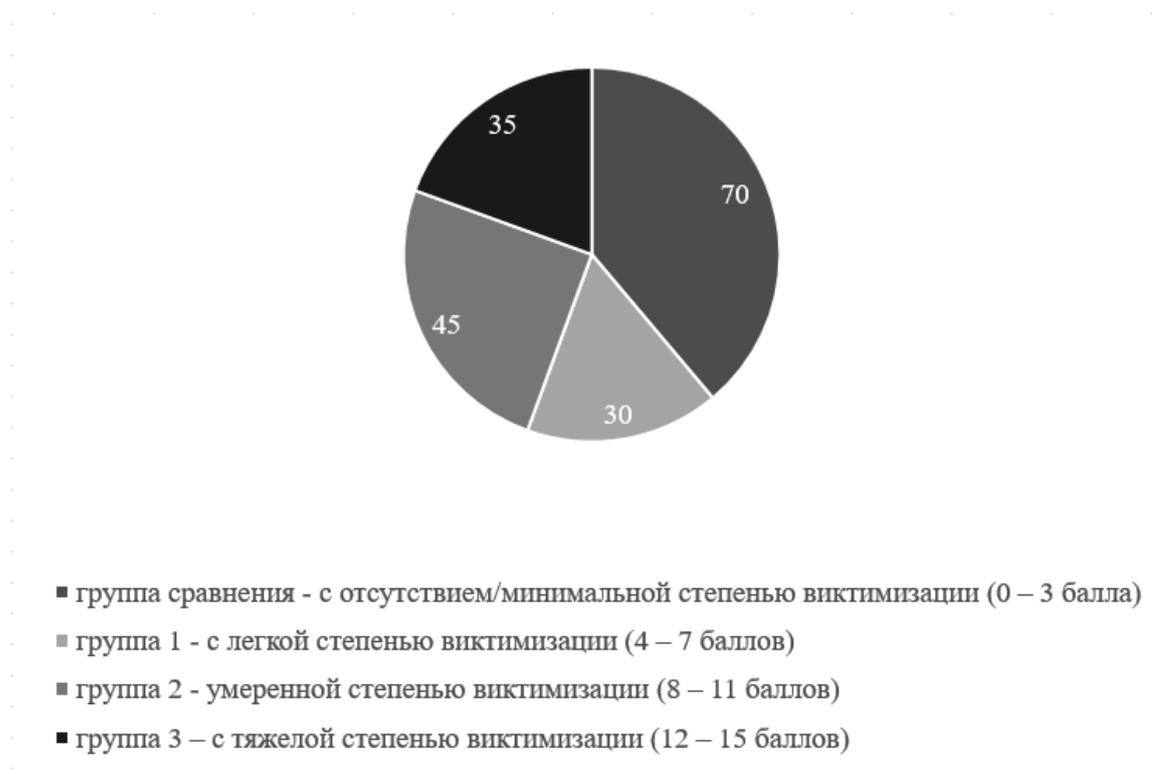
В зависимости от уровня виктимности исследуемые были разделены на 4 группы по методу, используемому Р.Н. Lysaker и др. [131] (рис. 3.1):

- группа сравнения - с отсутствием/минимальной степенью виктимизации (0 – 3 балла) – 70 чел. (39%);

- группа 1 - с легкой степенью виктимизации (4 – 7 баллов) – 30 чел. (27,3%);

- группа 2 - умеренной степенью виктимизации (8 – 11 баллов) – 45 чел. (40,9%);

- группа 3 – с тяжелой степенью виктимизации (12 – 15 баллов) – 35 чел. (31,8%).



Риунок 3.1 - Разделение исследуемых больных шизофренией на группы в зависимости от уровня виктимности

Виктимную личность больного шизофренией определял нарушенный способ адаптации к социальным условиям в сочетании с неспособностью к удовлетворению личных потребностей социально приемлемым способом. Типичный для нее дефицит социализации затрагивал социальный интеллект, социальную адекватность, социальную зрелость, социальную компетентность и социальную идентичность.

Характеристики виктимизированной личности нами описывались на четырех уровнях:

- на уровне самосознания – как онтологическая неуверенность с отказом ответственности за свою судьбу и эффективность социального функционирования;

- на интрасубъектном уровне – с личностной деформацией по преимущественно тревожному типу;

- на интерсубъектном уровне – с эскапизмом, сужением социальной практики, социальным инфантилизмом, в конечном итоге, дезадаптацией;

- на субъектном (интегративно-личностном) уровне – с гетерономией, социальной зависимостью и потребностью в наличии так называемого социального донора.

Степень виктимизации в значительной мере определялась уровнем деформации личности больного шизофренией.

Невиктимизированные пациенты с шизофренией нередко подчеркивали собственную беспомощность в различных социальных ситуациях (49 чел. – 70,0%), что описывалось ими как деформация общения с окружающими (36 чел. – 51,4%), как трудности установления новых социальных контактов (42 чел. – 60,0%) с периодически возникающим чувством отчужденности от окружающих (37 чел. – 52,9%) и самого себя (53 чел. – 75,1%). Их онтологическая неуверенность могла быть охарактеризована как слабая рефлексия собственной самости, ощущение потери самости с осознанием и тягостным переживанием этой потери. «Расколотое Я» этих больных стандартные, бытовые ситуации межличностного общения воспринимало как лишаяющие его экзистенциальной

свободы, что формировало трудности социальной адаптации, которые в основном более или менее успешно компенсировались, не сопровождались ощущением себя в качестве жертвы и не приводили к страданиям пациентов.

Больные с легкой степенью виктимизации характеризовались более выраженной онтологической неуверенностью и усиливавшейся в связи с этим дефензивностью (25 чел. – 83,3%), нарастающими трудностями не только в установлении (27 чел. – 90,0%), но и поддержании (14 чел. – 46,7%) социальных контактов. Нарастающая деформация личности по тревожному типу усиливала чувство отчужденности от окружающих, включая друзей и знакомых (28 чел. – 93,3%), и практически постоянным отчуждением от собственного Я, осознанием собственной несостоятельности (15 чел. – 50,0%), беспомощности (18 чел. – 60,0%) и формирующимся отказом от ответственности за собственную жизнедеятельность. Больные отмечали, что иногда у них возникает ощущение, что окружающие ими пренебрегают (12 чел. – 40,0%) или ими манипулируют, а они не находят в себе ресурсов для противостояния этому (14 чел. – 46,7%), многие из них считали окружающих более привлекательными (26 чел. – 86,7%) и с трудом привыкали к новым людям (18 чел. – 60,0%).

Пациентов с умеренной степенью виктимизации, помимо нарастающего дефицита на уровне самосознания и интрасубъектном уровне, характеризовали полное принятие роли жертвы с более выраженным уходом от решения социальных проблем (36 чел. – 80,0%), отказом от попыток изменить о себе мнение окружающих (16 чел. – 35,6%), социальным инфантилизмом (обидчивость – 22 чел. (48,9%), склонность к употреблению психоактивных веществ – 13 чел. (28,9%), необоснованная требовательность, вплоть до враждебности, к близким – 24 чел. (53,3%)). Доминирующей в данном случае оказывалась интерсубъектная дезадаптация личности. Больные данной группы отмечали, что сильно переживают из-за пустяков (28 чел. – 62,2%) и сильнее, чем до болезни, испытывают беспокойство, когда думают о своих делах и заботах (31 чел. – 68,9%); переживая недостаток внимания со стороны близких (22 чел. – 48,9%), оскорбительные шутки в свой адрес (11 чел. – 24,4%) или враждебность со

стороны окружающих (18 чел. – 40,0%), многие испытывали чувство собственной ненужности (20 чел. – 44,4%). При этом виктимизирующие влияния со стороны окружения, когда пациентам давали установку на одиночество (25 чел. – 55,6%) или подчеркивали их низкую самооценку (32 чел. – 71,1%), закрепляли сформированную у них позицию жертвы.

Отличительной характеристикой больных с тяжелой степенью виктимизации была их несамостоятельность, социальная зависимость на интегративно-личностном уровне. Оформление такой гетерономной характеристики было тесно связано со степенью выраженности характеристик самосознания, интра- и интерсубъектной адаптации, то есть все описанные выше при описании более легких степеней виктимизации проявления имели место у пациентов данной группы. Виктимность больных характеризовалась зависимостью с отказом от принятия решений и подчиненностью (33 чел. – 94,3%), стагнацией и стереотипией поведенческих паттернов (29 чел. – 82,9%), а также категорической убежденностью в собственной бесперспективности и безнадежности (34 чел. – 97,1%).

Таким образом, по мере нарастания степени выраженности виктимизации личность больных шизофренией характеризовалась прогрессирующей утратой собственной субъектности, способности к свободной активности и способности выражать и отстаивать свою жизненную позицию, превращаясь в объект манипуляций и принимая навязанную роль жертвы. Пациенты все в более полной мере становились отчужденными, отвергнутыми обществом, отчаявшимися, ущемленными в своих правах, интересах и возможностях реализации социально значимых потребностей. В результате нарастала их дезадаптация, а они, в силу своей пассивности и безнадежного спокойствия, отказывались и не испытывали потребности менять что-либо в своей жизни.

С целью определения актуальных для обследованного контингента факторов виктимизации нами была проведена сравнительная клинико-социальная характеристика виктимизированных и невиктимизированных больных параноидной шизофренией, представленная в таблице 3.1.

Таблица 3.1 - Социально-демографические и клинические характеристики больных шизофренией

№	Показатель	Количество больных (абс. (%))					Группа сравнения
		Основная группа				Всего	
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Всего		
1	2	3	4	5	6	7	
1	Пол:						
	- мужской	15 (50)	26 (57,8)	16 (45,7)	57 (51,8)	52 (74,3)	
	- женский	15 (50)	19 (42,2)	19 (54,3)	53 (48,2)	18 (25,7)	
2	Возраст:						
	- до 20 лет	4 (13,3)	3 (6,7)	0 (0,0)	7 (6,4)	6 (8,6)	
	- 21-30 лет	5 (16,7)	9 (20)	12 (34,3)	26 (23,6)	29 (41,4)	
	- 31-40 лет	7 (23,3)	18 (40)	13 (37,1)	38 (34,6)	17 (24,3)	
	- 41-50 лет	10 (33,3)	8 (17,8)	6 (17,1)	24 (21,8)	0 (0,0)	
	- старше 50 лет	4 (13,3)	7 (15,6)	4 (11,4)	15 (13,6)	18 (25,7)	
3	Социальный статус:						
	- рабочий	2 (6,7)	6 (13,3)	1 (2,9)	9 (8,2)	12 (17,1)	
	- служащий	0 (0,0)	2 (4,4)	1 (2,9)	3 (2,7)	6 (8,6)	
	- частный предприниматель	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	- учащийся	0 (0,0)	1 (2,2)	2 (5,7)	3 (2,7)	0 (0,0)	
	- студент	2 (6,7)	2 (4,4)	0 (0,0)	4 (3,7)	0 (0,0)	
	- не работает	26 (86,7)	34 (75,6)	31 (88,6)	91 (82,7)	52 (74,3)	
4	Семейный статус:						
	- холост (не замужем)	20 (66,7)	29 (64,4)	17 (48,6)	66 (60,0)	58 (82,9)	
	- женат (замужем)	6 (20,0)	8 (17,8)	4 (11,4)	18 (16,4)	6 (8,6)	
	- разведен (а)	4 (13,3)	7 (15,6)	14 (40,0)	25 (22,7)	6 (8,6)	
	- вдовец (вдова)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	
1	2	3	4	5	6	7	
5	Взаимоотношения в семье:						
	- ровные	21 (70,0)	20 (44,4)	20 (57,1)	61 (55,5)	41 (58,6)	

1	2	3	4	5	6	7
	- дружеские	3 (10,0)	12 (26,7)	4 (11,4)	19 (17,2)	17 (24,3)
	- эпизодические конфликты	3 (10,0)	6 (13,3)	4 (11,4)	13 (11,8)	0 (0,0)
	- частые конфликты	2 (6,7)	3 (6,7)	6 (17,1)	11 (10,0)	6 (8,6)
	- формальные, эмоционально отстраненные	1 (3,3)	4 (8,9)	1 (2,9)	6 (5,5)	6 (8,6)
6	Родительская семья:					
	- полная	23 (76,7)	32 (71,1)	27 (77,1)	82 (74,6)	58 (82,9)
	- неполная	6 (20,0)	12 (26,7)	8 (22,9)	26 (23,6)	6 (8,6)
	- сирота	1 (3,3)	1 (2,2)	0 (0,0)	2 (1,8)	6 (8,6)
7	Воспитание в родительской семье:					
	- гармоничное	26 (86,7)	38 (84,4)	23 (65,7)	87 (79,1)	58 (82,9)
	- гиперопека, вседозволенность	1 (3,3)	4 (8,9)	0 (0,0)	5 (4,5)	12 (17,1)
	- гипоопека, безнадзорность	3 (10)	3 (6,7)	12 (34,3)	18 (16,4)	0 (0,0)
8	Материальная обеспеченность:					
	- удовлетворительная	23 (76,7)	35 (77,8)	28 (80)	86 (78,2)	52 (74,3)
	- уровень выживания	2 (6,7)	3 (6,7)	0 (0,0)	5 (4,5)	12 (17,1)
	- неудовлетворительная	5 (16,7)	7 (15,6)	7 (20)	19 (17,3)	6 (8,6)
9	Жилищно-бытовые условия:					
	- удовлетворительные	27 (90,0)	36 (80,0)	26 (74,3)	89 (80,9)	64 (91,4)
	- неудовлетворительные	3 (10,0)	9 (20,0)	9 (25,7)	21 (19,1)	6 (8,6)
10	Преморбидные особенности личности:					
	- гармоничная личность	14 (46,7)	22 (48,9)	24 (68,6)	60 (54,6)	29 (41,4)
	- замкнутость	3 (10,0)	7 (15,6)	5 (14,3)	15 (13,6)	35 (50,0)
	- вспыльчивость, гневливость	3 (10,0)	6 (13,3)	4 (11,4)	13 (11,8)	0 (0,0)
	- тревожность, мнительность, беспокойство	8 (26,7)	4 (8,9)	0 (0)	12 (10,9)	6 (8,6)

1	2	3	4	5	6	7
	- ригидность	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- эмоциональная отстраненность	1 (3,3)	5 (11,1)	0 (0,0)	6 (5,5)	0 (0,0)
	- замкнутость и тревожность	1 (3,3)	1 (2,2)	2 (5,7)	4 (3,6)	0 (0,0)
11	Суициды в анамнезе					
	- нет	21 (70,0)	32 (71,1)	24 (68,6)	77 (70,0)	58 (82,9)
	- суицидальные мысли	5 (16,7)	9 (20,0)	10 (28,6)	24 (21,82)	12 (17,1)
	- незавершенные суициды	4 (13,3)	4 (8,9)	1 (2,9)	9 (8,18)	0 (0,0)
12	Вредные привычки					
	- нет	14 (46,7)	27 (60)	24 (68,6)	65 (59,1)	47 (67,1)
	- эпизодическое употребление алкоголя	6 (20,0)	12 (26,7)	5 (14,3)	23 (20,9)	17 (24,3)
	- злоупотребление алкоголем	3 (10,0)	2 (4,4)	4 (11,4)	9 (8,2)	6 (8,6)
	- употребление ПАВ	5 (16,7)	2 (4,4)	2 (5,7)	9 (8,2)	0 (0,0)
	- алкогольная, наркотическая зависимость	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)
	- эпизодическое сочетанное употребление алкоголя и ПАВ	1 (3,3)	2 (4,4)	0 (0,0)	2 (2,7)	0 (0,0)
13	Длительность заболевания					
	- несколько месяцев	3 (10,0)	4 (8,9)	10 (28,6)	17 (15,5)	11 (15,7)
	- до 1 года	4 (13,3)	1 (2,2)	2 (5,7)	7 (6,4)	6 (8,6)
	- до 5 лет	5 (16,7)	9 (20,0)	14 (40,0)	28 (25,4)	17 (24,3)
	- свыше 5 лет	18 (60,0)	31 (68,9)	9 (25,7)	58 (52,7)	36 (51,4)
14	Количество психотических эпизодов (исключая данный)					
	- нет	6 (20,0)	5 (11,1)	16 (45,7)	27 (24,6)	11 (15,7)
	- 1	1 (3,3)	5 (11,1)	4 (11,4)	10 (9,1)	17 (24,3)
	- 2	9 (30,0)	6 (13,3)	1 (2,9)	16 (14,5)	0 (0,0)
	- 3 и больше	14 (46,7)	29 (64,4)	14 (40,0)	57 (51,8)	42 (60,0)

1	2	3	4	5	6	7
15	Количество госпитализаций (исключая данную)					
	- нет	7 (23,3)	4 (8,9)	16 (45,7)	27 (24,55)	10 (14,3)
	- 1	2 (6,7)	7 (15,6)	1 (2,9)	10 (9,09)	12 (17,1)
	- 2 - 3	9 (30,0)	7 (15,6)	4 (11,4)	20 (18,18)	0 (0,0)
	- 4 и больше	12 (40,0)	27 (60,0)	14 (40,0)	53 (48,18)	48 (68,6)
16	Неблагоприятные факторы, предшествовавшие возникновению данного эпизода					
	- не было	11 (36,7)	18 (40,0)	21 (60,0)	50 (45,5)	29 (41,4)
	- эмоционально-стрессовые	7 (23,3)	14 (31,1)	7 (20,0)	28 (25,5)	30 (42,9)
	- соматическое заболевание	1 (3,3)	1 (2,2)	3 (8,6)	5 (4,5)	0 (0,0)
	- чрезмерная алкоголизация, употребление наркотиков	3 (10,0)	4 (8,9)	4 (11,4)	11 (10,0)	0 (0,0)
	- переутомление	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,8)	0 (0,0)
	- прекращение приема поддерживающей терапии	6 (20,0)	8 (17,8)	0 (0,0)	14 (12,7)	11 (15,7)
17	Инвалидность					
	- нет	16 (53,3)	23 (51,1)	26 (74,3)	65 (59,1)	34 (48,6)
	- III группа	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)
	- II группа	14 (46,7)	20 (44,4)	7 (20,0)	41 (37,3)	36 (51,4)
	- I группа	0 (0,0)	1 (2,2)	2 (5,7)	3 (2,7)	0 (0,0)

Как видно из приведенной таблицы, в группе виктимизированных больных статистически достоверно ($p < 0,05$) преобладали женщины (48,2% (53 чел.) в сравнении с группой невиктимизированных пациентов (18чел. – 25,7%)), что свидетельствует о большей уязвимости женского пола к воздействию виктимизирующих факторов.

В более молодом возрасте обследованные больные демонстрировали большую устойчивость к виктимизирующим влияниям, в то время как в зрелом

возрасте (от 31 до 50 лет) количество виктимизированных пациентов статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличивалось (56,4% - 62 чел. в сравнении с 17 (24,3%) в группе невиктимизированных больных).

В основной группе статистически достоверно ($p < 0,05$) преобладали неработающие больные (82,7% - 91 чел., в группе сравнения – 52 чел. (74,3%)), что позволило нам предположить наличие виктимогенных ситуаций в профессиональной среде с их избеганием и последующим увольнением для виктимизированных больных зрелого возраста.

Несмотря на то, что пациенты обеих групп в нашем исследовании в подавляющем большинстве были холостыми/не замужем – 60,0% и 82,9% соответственно), виктимизированные больные статистически достоверно ($p < 0,05$) чаще имели собственные семьи и, также, чаще разводились, нежели пациенты группы сравнения (16,4% (18 чел.) и 22,7% (25 чел.) в сравнении с 8,4% (6 чел.) и 8,4% (6 чел.) в группе невиктимизированных больных). Количество разводов увеличивалось по мере нарастания степени виктимизации пациентов (группа 1 - 13,3%, группа 2 - 15,6%, группа 3 – 40,0%), что подтверждало факт формирования дисфункциональных отношений в семьях больных шизофренией, что выступало дополнительным виктимизирующим фактором. Конфликтные или отстраненные взаимоотношения в семьях, приводившие к разводу, так и факт развода с соответствующими социальными последствиями рассматривались нами как внешние причины повышения уровня виктимности и, соответственно, восприятия себя в качестве жертвы больными основной группы.

В подавляющем большинстве больные обеих обследованных групп проживали в родительских семьях и характеризовали взаимоотношения как ровные (55,5% и 58,6% соответственно). Однако работа с семьями виктимизированных пациентов обнаружила, что «гармония» поддерживалась за счет патерналистской функции родителей, что, на наш взгляд, способствовало формированию социальной беспомощности и пассивности больных данной группы. По словам невиктимизированных больных и их близких, доминирующим стилем взаимоотношений в этих семьях был партнерский, с адекватной

поддержкой пациентов, вовлечением их, наряду с другими членами семьи в решение ряда жизненных проблем, делегированием им привычных и новых обязанностей, что способствовало лучшему социальному функционированию и больных, и семей в целом. В то же время, и виктимизированные, и невиктимизированные пациенты характеризовались снижением побудительной активности к созданию собственных семей или самостоятельному проживанию, что, по всей видимости, было обусловлено особенностями течения болезненного процесса.

В качестве внешних факторов виктимизации обследованных больных нами также рассматривались такие характеристики родительских семей как воспитание в неполной семье и воспитание в условиях гипоопеки и безнадзорности, поскольку эти показатели в основной группе преобладали статистически достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с группой невиктимизированных пациентов (неполная семья - 23,6% (26 чел.) в основной группе и 8,6% (6 чел.) в группе сравнения; гипоопека, безнадзорность - 16,4% (18 чел.) в основной группе при отсутствии таких случаев в группе сравнения).

Несмотря на то, что обследованные больные обеих групп проживали в основном в удовлетворительных материальных и жилищно-бытовых условиях, виктимизированные больные статистически достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем невиктимизированные отмечали крайне низкий (неудовлетворительный) социально-экономический уровень (неудовлетворительная материальная обеспеченность – 17,3% (19 чел.) в основной группе, 8,6% (6 чел.) в группе сравнения, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия – 19,1% (21 чел.) и 8,6% (6 чел.) соответственно). Поэтому фактор низкой социально-экономической обеспеченности нами рассматривался как одна из внешних причин, способствующих формированию виктимности больных шизофренией.

Преморбидная личность виктимизированных больных шизофренией статистически достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем невиктимизированных, характеризовалась как гармоничная (54,6% (60 чел.) в сравнении с 41,4% (29 чел.)). Помимо этого, в основной группе наблюдались и такие преморбидные

личностные характеристики как вспыльчивость и гневливость (11,8%), тревожность (10,9%), эмоциональная отстраненность (5,5%) (различия с аналогичными показателями группы сравнения статистически достоверны, $p < 0,05$). В группе невиктимизированных больных статистически достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в основной группе, пациенты в преморбиде описывались как замкнутые, склонные к аутизации (35 чел. (50,0%) в сравнении с 15 (13,6%) в группе с виктимизацией). Поэтому тревожность и эмоциональная неустойчивость как преморбидные личностные характеристики нами рассматривались как дополнительные факторы виктимизации, а замкнутость и склонность к аутизации – как своеобразный протективный компонент, делавших больных шизофренией менее уязвимыми к внешним виктимизирующим факторам. Значимость личностных черт тревожности и эмоциональной неустойчивости для формирования виктимной личности подтверждалась статистически достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с невиктимизированными пациентами более высокое наличие у больных основной группы еще до появления симптомов шизофрении суицидальных мыслей (21,8% - 24 чел.) и незавершенных суицидов (8,1% - 9 чел.). С нашей точки зрения, черты эмоциональной неустойчивости и тревожности могли присутствовать в структуре личности большего количества виктимизированных больных, поскольку среди них, в сравнении с невиктимизированными пациентами, статистически достоверно ($p < 0,05$) чаще отмечалось наличие вредных привычек в анамнезе (от эпизодического употребления алкоголя и других психоактивных веществ до элементов зависимости от них у 40,9% больных основной группы). При обсуждении с пациентами проблемы употребления ими психоактивных веществ в подавляющем большинстве случаев они отмечали попытки уйти от собственных переживаний и трудностей социальной адаптации с помощью алкоголя или наркотиков.

Обследованные группы виктимизированных и невиктимизированных больных шизофренией были сопоставимы по длительности заболевания. Статистически достоверно ($p < 0,05$) более высокое количество виктимизированных больных с первым эпизодом шизофрении (24,6% (27 чел.) в

сравнении с 15,7% (11 чел.) в группе невиктимизированных пациентов) и с первой госпитализацией в психиатрический стационар (24,6% (27 чел.) в сравнении с 14,3% (10 чел.) в группе невиктимизированных пациентов) позволил нам рассматривать появление психотических симптомов шизофрении и поступление в психиатрический стационар как травматические факторы, приводящие к экзистенциальным переживаниям, ощущению себя как жертвы неблагоприятных жизненных обстоятельств, связанных с недостаточной удовлетворенностью базовых потребностей, отсутствием ощущения безопасности, усугубляющимися виктимогенными условиями ограничительно-дискриминационной среды. Виктимогенный характер указанных факторов подтверждался статистически достоверно ($p < 0,05$) более высоким количеством пациентов с дебютом шизофрении и первой госпитализацией и тяжелой степенью виктимизации (16 чел. – 45,7%). В то же время, статистически достоверно ($p < 0,05$) более высокое число невиктимизированных больных с четырьмя и более госпитализациями (48 чел. (68,6%) в сравнении с аналогичной группой виктимизированных больных (48,2% - 53 чел.)) свидетельствовало о наличии у них достаточных адаптационных способностей по отношению к виктимизирующим воздействиям и позволяло использовать пациентов данной группы для исследования внутренних факторов и механизмов виктимизационного процесса у больных параноидной шизофренией.

Относительное количество неинвалидизированных больных в обеих группах было подавляющим и примерно одинаковым (59,1% - 65 виктимизированных пациентов и 48,6% - 34 невиктимизированных), при этом в группе сравнения количество инвалидов II группы (36 чел. – 51,4%) статистически достоверно ($p < 0,05$) было выше, чем в группе виктимизированных больных (47 чел. – 37,3%). Как было показано выше, большинство обследованных больных относились к категории неработающих и неинвалидизированных, что может быть как следствием специфической, вызванной военными действиями, социально-экономической ситуацией в Донецком регионе, так и проявлением выраженной, генерализованной на семью, виктимности пациентов с отказом от пусть редуцированной, не соответствующей мировым стандартам, но помощи

государства. Инвалидизация больных шизофренией является мощным потенциально виктимогенным фактором, поскольку сопровождается социальными дискриминационно-эксклюзивными процессами и закрепляет характерные для виктима феномены отчужденности и беспомощности. Распределение исследованных пациентов по факту трудоспособности не позволило отчетливо отнести инвалидизацию к виктимизационным факторам, однако не исключило необходимость проработки переживания больными шизофренией их инвалидизации и ограничения профессиональной пригодности и востребованности при составлении и внедрении программы девиктимизации.

Таким образом, в качестве факторов, способствующих виктимизации больных шизофренией, в настоящем исследовании выступали: воспитание в неполной семье, воспитание в условиях гипоопеки, дисфункциональные и патерналистские отношения в семьях, низкая социально-экономическая обеспеченность. В преморбиде виктимизированных личностей присутствовали черты тревожности и эмоциональной неустойчивости, что сопровождалось суицидальными мыслями и эксцессами, а также склонностью к употреблению психоактивных веществ. Симптомы первого психотического эпизода шизофрении в сочетании с травматическим опытом госпитализации в психиатрический стационар, равно как и ограничительно-дискриминационные формы оказания специализированной помощи (включая повторные госпитализации и выход на инвалидность), также способствовали формированию виктимности обследованных больных.

3.3. Соотношение виктимогенно-стигматизационных механизмов формирования личностной дисфункции

Феномен «жизни с болезнью» пациентов с шизофренией сопровождается негативными экзистенциальными переживаниями, которые деформируют межличностные отношения и снижают качество жизни и уровень социального функционирования больных. Социальная незащищенность, потеря социальных

ориентиров, маргинализация вследствие существующих в обществе усугубляющих сегрегацию устойчивых социальных установок и стереотипов приводят к стигматизации и самостигматизации больных с одной стороны, с другой – создают условия для депривационного виктимизма и трансформации личности пациентов с шизофренией в жертв неблагоприятных условий социализации. Самостигматизация больных шизофренией не только отражает реакцию пациента на приписывание ему обществом клейма психически больного, но и сопровождается осознанием и принятием пациентом негативных стереотипов об этом заболевании, согласием с ними и применением их к себе [149], приводя к отчуждению, самоизоляции, опасениям дискриминации, прогрессирующей десоциализации и потере идентичности [1].

Результаты исследования взаимосвязи процесса самостигматизации с формированием виктимности больных параноидной шизофренией представлены в таблицах 3.2 и 3.3.

Таблица 3.2 - Сравнительный анализ показателей самостигматизации в группах больных с разной степенью виктимизации

Показатели самостигматизации	Показатель самостигматизации				Достоверность статистических различий
	Основная группа			Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
1	2	3	4	5	6
Отчуждение	14,8±0,9 (95%ДИ: 13-16,6)	13,4±0,7 (95%ДИ: 12,1-14,8)	13,8±0,8 (95%ДИ: 12,1-15,5)	12,9±0,4 (95%ДИ: 12,1-13,7)	P ¹ = 0,568 P ² = 0,398 P ³ = 0,676 P ⁴ = 0,735
Принятие стереотипов	14,9±0,8 (95%ДИ: 13,3-16,4)	14,6±0,6 (95%ДИ: 13,3-15,9)	15,0±0,8 (95%ДИ: 13,4-16,7)	14,8±0,4 (95%ДИ: 14,0-15,6)	P ¹ = 0,879 P ² = 0,826 P ³ = 0,543 P ⁴ = 0,737
Опыт дискриминации	11,2±0,5 (95%ДИ: 10,1-12,2)	10,7±0,5 (95%ДИ: 9,7-11,8)	10,8±0,6 (95%ДИ: 9,6-12,1)	10,5±0,3 (95%ДИ: 9,8-11,1)	P ¹ = 0,760 P ² = 0,570 P ³ = 0,676 P ⁴ = 0,905
Социальная самоизоляция	13,3±0,8 (95%ДИ: 11,6-15,0)	12,9±0,6 (95%ДИ: 11,7-14,0)	13,1±0,7 (95%ДИ: 11,7-14,5)	13,3±0,3 (95%ДИ: 12,6-13,9)	P ¹ = 0,795 P ² = 0,690 P ³ = 0,866 P ⁴ = 0,811

1	2	3	4	5	6
Сопротивление стигме	12,6±0,5 (95%ДИ: 11,6-13,5) 2,3	11,5±0,5 (95%ДИ: 10,5-12,5) 2,4	10,6±0,6 (95%ДИ: 9,4-11,8) 1,3,4	12,0±0,2 (95%ДИ: 11,5-12,4) 1	P ¹ = 0,048 P ² = 0,009 P ³ = 0,028 P ⁴ = 0,034
Общий уровень самостигматизации	2,2±0,1 (95%ДИ: 2,0-2,3)	2,2±0,1 (95%ДИ: 2,0-2,3)	2,2±0,1 (95%ДИ: 2,0-2,3)	2,1±0,01 (95%ДИ: 2,0-2,2)	P ¹ = 0,945 P ² = 0,819 P ³ = 0,984 P ⁴ = 0,645

Примечание: p¹ – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

p² - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P³ – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P⁴ – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Как видно из таблицы 3.2, несмотря на соответствующий легкой степени показатель общего уровня самостигматизации как в основной группе, так и в группе сравнения, показатели по субшкалам характеризовали умеренную – выраженную степень самостигмы, что могло быть связано с предусмотренным методикой ISMI алгоритмом подсчета результатов.

Виктимизированные пациенты вне зависимости от уровня виктимности характеризовались высокой степенью готовности принятия социальных стереотипов и предубеждений относительно больных шизофренией, как и невиктимизированные пациенты группы сравнения (14,9±0,8, 14,6±0,6, 15,0±0,8 у пациентов с легкой, умеренной и тяжелой виктимностью и 14,8±0,4 у невиктимизированных больных). В качестве стигматизирующих стереотипных предубеждений и представлений рассматривались такие суждения, как «больные шизофренией некомпетентны, непредсказуемы, представляют собой опасность

для окружающих», «таким людям нельзя доверять, они ненадежные, их нужно исключить из социальной жизни», «они никчемны, беспомощны, зависимы от окружающих», «они вызывают неприязнь, отвращение, отторжение, желание дистанцироваться от них». В результате обследованные пациенты формировали, принимали и усваивали собственные когнитивно-поведенческие стереотипы, отражающие принятие роли или образа больного шизофренией, такие как: «люди могут понять, что у меня есть психическое заболевание по тому, как я выгляжу», «психически больные, как правило, жестоки», «так как я психически болен, я нуждаюсь в том, чтобы другие принимали за меня большинство решений», «люди с психическими заболеваниями не могут жить хорошей, полноценной жизнью», «психически больные люди не должны жениться/выходить замуж», «я не могу сделать никакого весомого вклада в жизнь общества, потому что у меня психическое заболевание».

Дискриминация лиц, страдающих психическими расстройствами, - негативное, предвзятое отношение к людям, нарушения их прав или ограничение возможностей на основе наличия в них психического расстройства или психиатрического диагноза [65, 67, 68]. В настоящем исследовании пациенты имели опыт как бытовой - со стороны отдельных лиц или малых общественных групп (медперсонала, семьи, формального микросоциального окружения), так и институциональной (сегрегационный характер «Закона о психиатрической помощи», отсутствие механизмов защиты прав больных шизофренией, пребывание в ограничительных условиях психиатрического стационара, амбулаторный учет по месту жительства, инвалидизация), дискриминации, что приводило появлению чувства ущербности и формированию социальной изоляции пациентов. В качестве основных дискриминационных проблем обследованные больные, вне зависимости от наличия и степени виктимности, указывали трудности в поиске жилья, негативное отношение работодателей и коллег, низкая вероятность вступить в брак и высокая – его расторжения, отчуждение со стороны друзей и родственников, низкое качество медицинской помощи, патерналистское отношение врачей и сдержанно-предубежденное –

медперсонала). Опыт дискриминации, определяя самостигматизацию больных, находился на примерно одинаковом, умеренном уровне в обеих группах пациентов (основная группа - $11,2 \pm 0,5$, $10,7 \pm 0,5$, $10,8 \pm 0,6$ при легкой, умеренной и тяжелой степени виктимизации соответственно; $10,5 \pm 0,3$ – в группе сравнения), не обнаруживая статистически достоверных различий между группами ($p > 0,05$). Большинство пациентов (85 чел. – 77,3% в основной группе и 53 чел. – 75,7% в группе сравнения) имели убежденность в дискриминации в свой адрес, что проявлялось их мыслями об уверенности окружающих в социальной несостоятельности больных, переживанием опыта игнорирования окружающими, их несерьезного или покровительственного отношения к себе, а также отсутствием заинтересованности в сближении с пациентами из-за наличия у них психического расстройства.

Следствием описанного стигматизирующего опыта было формирование выраженной отчужденности от общества и самих себя у обследованного контингента ($14,8 \pm 0,9$, $13,4 \pm 0,7$, $13,8 \pm 0,8$ у пациентов с легкой, умеренной и тяжелой виктимностью и $12,9 \pm 0,4$ у невиктимизированных больных) и социальной самоизоляции (основная группа - $13,3 \pm 0,8$, $12,9 \pm 0,6$, $13,1 \pm 0,7$ при легкой, умеренной и тяжелой степени виктимизации соответственно; $13,3 \pm 0,3$ – в группе сравнения), причем статистически достоверных различий между группами выявлено не было ($p > 0,05$).

Единственным показателем, статистически достоверно ($p < 0,05$) показывающим взаимосвязь самостигматизации и виктимности больных шизофренией, было сопротивление стигме. В группе невиктимизированных и с виктимизацией легкой степени пациентов этот показатель соответствовал умеренной степени ($12,0 \pm 0,2$ и $12,6 \pm 0,5$ соответственно), но по мере нарастания степени виктимности имело место статистически достоверное ($p < 0,05$) как в сравнении с контрольной группой, с группой 1, так и между собой его снижение ($11,5 \pm 0,5$ у больных с умеренной степенью виктимизации и $10,6 \pm 0,6$ – с тяжелой степенью). Это свидетельствовало о том, что с включением в личностную деформацию больных шизофренией процессов виктимизации их личностные

ресурсы по преодолению внешних и внутренних стигматизирующих факторов истощались, сопровождаясь снижением качества жизни («я не могу жить так, как хочу») и участвуя в формировании феномена выученной беспомощности («я утратил способность к выживанию с психическим расстройством»).

Таблица 3.3 - Корреляционный анализ показателей самостигматизации и виктимизации больных параноидной шизофренией

Показатель	Степень виктимизации			
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа сравнения
Отчуждение	-0,18 (p<0,05)	-0,08 (p<0,05)	0,38* (p<0,05)	0,13 (p<0,05)
Принятие стереотипов	-0,08 (p<0,05)	0,06 (p<0,05)	0,35* (p<0,05)	-0,22 (p<0,05)
Опыт дискриминации	0,32* (p<0,05)	0,03 (p<0,05)	0,21 (p<0,05)	0,21 (p<0,05)
Социальная самоизоляция	0,12 (p<0,05)	-0,08 (p<0,05)	0,08 (p<0,05)	0,22 (p<0,05)
Соппротивление стигме	0,02 (p<0,05)	0,12 (p<0,05)	-0,06 (p<0,05)	0,22 (p<0,05)
Общий уровень самостигматизации	-0,11 (p<0,05)	0,01 (p<0,05)	0,32* (p<0,05)	0,13 (p<0,05)

Примечание: * - показатель корреляции Спирмена статистически значимо отличается от 0 при p<0,05.

Корреляционный анализ показателей интернализированной стигмы и виктимности больных шизофренией (табл. 3.3) выявил достоверные (p<0,05) тесные положительные взаимовлияния степени виктимизации и отчуждения (0,38), принятия стереотипов (0,35) и опыта дискриминации (0,32) по субшкалам самостигматизации. Это показало, что отчуждение стигматизированных пациентов способствует нарастанию их виктимизации. Чем выше степень готовности больных к принятию стереотипов, чем больше их влияние на поведение стигматизированных пациентов, тем выше вероятность принятия ими роли жертвы, что, в свою очередь, может способствовать углублению их самостигматизированности. Опыт дискриминации и, по всей видимости, увеличение числа пережитых личностью дискриминирующих факторов, запускает процессы виктимизации и ведет к оформлению паттернов виктимно-

стигматизированной личности. Описанные выше закономерности подтверждались наличием статистически достоверной ($p < 0,05$) достоверной тесной положительной связи общего показателя самостигматизации и высокой степени виктимизации больных основной группы (0,32).

Таким образом, полученные результаты позволяют рассматривать стигму как условие трансформации личности больного шизофренией в жертву. В процессе десоциализирующего ограничительно-дискриминационного воздействия на пациента с шизофренией социальной политики государства, общественного сознания и микросоциального окружения происходит формирование стигматизированной (аутостигматизированной) личности. Внешние стигматизаторы становятся виктимогенными как при наличии объективных негативных обстоятельств социализации, так и при определенной личностной готовности больного к принятию роли жертвы. Правомерным является использование термина «виктимно-стигматизированная личность», то есть личность, которой виктимогенная среда (социум) навязывает роль жертвы, а личность эту роль принимает. При этом основными ее характеристиками являются отчужденность, социальная уязвимость и психологическая беспомощность в решении проблем. Стигматизированная личность больного шизофренией некоторыми исследователями данной проблемы [1, 2] рассматривается как жертва социализационного дефекта социально-личностной компетентности (социально-психологической депривации). С нашей точки зрения, виктимность детерминирована стигматизированно-организованной личностью пациента, однако процесс виктимизации невозможен без участия системы психологических механизмов, формирующий виктимную структуру личности больного и виктимную мотивацию его поведения.

3.4. Феноменологическая взаимосвязь дефицитарной симптоматики и виктимизационных проявлений больных шизофренией

Негативные симптомы шизофрении, являясь современной интерпретацией апато-абулического синдрома, определяются как отсутствие или уменьшение субъективных переживаний и поведения, которые в норме есть у человека той же культуры [150, 151]. Они включают дефицит, связанный с опытом и переживаниями (снижение стремления к близким отношениям, снижение мотивации и снижение удовольствия) и дефицит выразительности (эмоций и речи). При этом под первичными негативными симптомами понимаются проявления эмоционально-волевого дефекта, а вторичными – феномены, связанные с текущим состоянием больного или его терапией [46]. Первичные негативные симптомы феноменологически в течение болезни относительно стабильны, меняется лишь выраженность симптомов эмоционально-мотивационного снижения и эмоциональной экспрессии. Вторичная негативная симптоматика, накладываясь на проявления первичных негативных симптомов, может создавать впечатление утяжеления состояния пациента, что ведет к усилению антипсихотической терапии, создавая порочный круг. Социальная депривация больных декларируется как фактор, усугубляющий негативные проявления шизофрении, однако практически исследуется лишь влияние побочных эффектов лекарственных средств, депрессии, психотических симптомов, употребления психоактивных веществ на формирования вторичных негативных симптомов [152].

Процесс трансформации самостигматизированных больных шизофренией в социально-дефицитарную, уязвимую личность в условиях ограничительно-дискриминационной среды и связанных с болезнью жизненных обстоятельств, то есть депривационный виктимизм, является, на наш взгляд, мощным дезорганизирующим личность пациента фактором, способствующим возникновению и углублению вторичной негативной симптоматики. В этом контексте представляется актуальным исследование структурно-динамических

особенностей вторичных негативных симптомов у виктимизированных больных параноидной шизофренией.

3.4.1. Феноменологическая структура негативной симптоматики виктимизированных больных шизофренией

Для исследования феноменологической структуры негативной симптоматики использовался клинико-психопатологический метод определения качественных клинических особенностей эмоционально-волевого снижения у больных шизофренией, использование же клинической рейтинговой Шкалы оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms SANS), количественно оценивающей выявленные нарушения, позволило провести сравнительный анализ выраженности негативной симптоматики у виктимизированных и невиктимизированных пациентов.

Сравнительная оценка феноменологической структуры и выраженности негативной симптоматики у больных шизофренией с различной степенью виктимизации и невиктимизированных пациентов приведена в таблице 3.4, распределение обследованных пациентов в соответствии со степенью выраженности негативных симптомов – на рисунке 3.2.

Таблица 3.4 - Феноменологическая структура и выраженность негативных симптомов у больных с параноидной шизофренией и различной степенью виктимизации

Признаки		Выраженность симптомов				Достоверность статистических различий
		Основные группы			Группа сравнения	
		Группа 1	Группа 2	Группа 3		
1	2	3	4	5	6	7
1	Застывшее выражение лица Обеднение мимики	1,5±0,3 (95%ДИ: 0,9-2,1)	1,5±0,2 (95%ДИ: 1,1-2,0)	1,9±0,2 (95%ДИ: 1,5-2,2)	1,6±0,2 (95%ДИ: 1,3-1,9)	P ¹ =0,106 P ² =0,973 P ³ =0,177 P ⁴ =0,103

1	2	3	4	5	6	7
2	Снижение спонтанных движений Снижение спонтанной подвижности	1,0±0,3 (95%ДИ: 0,5-1,5)	0,9±0,2 (95%ДИ: 0,6-1,3)	1,0±0,2 (95%ДИ: 0,6-1,4)	1,2±0,2 (95%ДИ: 0,8-1,5)	P ¹ =0,850 P ² = 0,935 P ³ = 0,730 P ⁴ = 0,729
3	Бедность экспрессивных жестов Обеднение выразительности моторики	1,2±0,2 (95%ДИ: 0,8-1,7)	1,2±0,2 (95%ДИ: 0,8-1,5)	1,4±0,2 (95%ДИ: 0,7-1,5)	1,3±0,1 (95%ДИ: 1,1-1,6)	P ¹ = 0,578 P ² = 0,670 P ³ = 0,752 P ⁴ = 0,919
4	Бедность зрительного контакта Избегание контакта взглядом	0,9±0,2 (95%ДИ: 0,5-1,3)	1,1±0,2 (95%ДИ: 0,7-1,4)	2,3±0,2 (95%ДИ: 1,5-2,9)	0,6±0,1 (95%ДИ: 0,5-0,8)	P ¹ = 0,022 P ² = 0,376 P ³ = 0,028 P ⁴ = 0,031
5	Эмоциональная (аффективная) бедность Уплотнение аффекта	1,3±0,2 (95%ДИ: 0,9-1,7) ³	1,4±0,2 (95%ДИ: 1,0-1,8)	2,8±0,1 (95%ДИ: 1,5-3,2) ³	0,9±0,1 (95%ДИ: 0,7-1,2)	P ¹ = 0,037 P ² = 0,888 P ³ = 0,040 P ⁴ = 0,042
6	Неадекватный аффект Неадекватность аффекта	0,4±0,1 (95%ДИ: 0,1-0,7)	0,8±0,2 (95%ДИ: 0,5-1,1) ^{1, 4}	1,3±0,1 (95%ДИ: 0,8-2,9) ¹	0,3±0,1 (95%ДИ: 0,2-0,5) ¹	P ¹ = 0,01 P ² = 0,055 P ³ = 0,698 P ⁴ = 0,015
7	Недостаточность речевых интонаций Монотонность, снижение выразительности речи	1,6±0,2 (95%ДИ: 1,1-2,1)	2,4±0,2 (95%ДИ: 1,9-3,1)	2,5±0,3 (95%ДИ: 1,9-3,3)	1,5±0,2 (95%ДИ: 1,1-1,9)	P ¹ =0,861 P ² =0,898 P ³ =0,578 P ⁴ =0,470
8	Глобальная оценка аффективного уплотнения Субъективное ощущение потери эмоций	0,7±0,2 (95%ДИ: 0,2-1,2)	1,9±0,2 (95%ДИ: 0,9-2,3)	2,5±0,2 (95%ДИ: 1,5-3,1)	0,8±0,2 (95%ДИ: 0,5-1,2)	P ¹ =0,797 P ² =0,590 P ³ =0,287 P ⁴ =0,850
9	Бедность речи Обеднение словарного запаса	0,9±0,2 (95%ДИ: 0,5-1,3)	2,1±0,2 (95%ДИ: 1,7-2,9) ⁴	2,6±0,1 (95%ДИ: 2,1-2,9) ⁴	0,7±0,1 (95%ДИ: 0,5-0,9)	P ¹ =0,106 P ² =0,568 P ³ =0,242 P ⁴ =0,027

1	2	3	4	5	6	7
10	Бедность содержания речевой продукции Обеднение тематики разговора	1,0±0,2 (95%ДИ: 0,6-1,4) ¹	2,4±0,2 (95%ДИ: 2,1-2,8) ¹	2,6±0,2 (95%ДИ: 1,7-3,1) ¹	0,4±0,1 (95%ДИ: 0,2-0,6) ¹	P ¹ =0,001 P ² =0,190 P ³ =0,907 P ⁴ =0,204
11	Остановки (блокировки, обрывы мыслей) Обрывы мыслей	0,7±0,2 (95%ДИ: 0,3-1,1)	0,8±0,2 (95%ДИ: 0,5-1,2)	1,0±0,2 (95%ДИ: 0,6-1,3)	0,7±0,1 (95%ДИ: 0,5-1,0)	P ¹ =0,449 P ² =0,690 P ³ =0,225 P ⁴ =0,357
12	Задержка ответов Ответы с задержкой	1,8±0,2 (95%ДИ: 0,8-2,2) ¹	2,9±0,2 (95%ДИ: 1,8-3,2) ¹	3,2±0,2 (95%ДИ: 2,7-3,6) ¹	0,6±0,1 (95%ДИ: 0,4-0,8) ¹	P ¹ =0,016 P ² =0,323 P ³ =0,467 P ⁴ =0,874
13	Глобальная оценка алогии Субъективная оценка нарушений речи	1,4±0,2 (95%ДИ: 1,0-1,9)	2,5±0,2 (95%ДИ: 2,2-3,1)	2,8±0,1 (95%ДИ: 2,0-3,5)	0,5±0,1 (95%ДИ: 0,1-0,8)	P ¹ =0,629 P ² =0,774 P ³ =0,356 P ⁴ =0,202
14	Неопрятность в одежде Уход за собой	0,8±0,2 (95%ДИ: 0,4-1,3)	0,9±0,2 (95%ДИ: 0,5-1,2)	0,8±0,2 (95%ДИ: 0,3-1,3)	0,6±0,1 (95%ДИ: 0,3-0,9)	P ¹ =0,235 P ² =0,728 P ³ =0,719 P ⁴ =0,468
15	Недостаток настойчивости в труде и учебе Снижение продуктивности в работе или учебе	1,7±0,2 (95%ДИ: 1,2-2,1) ¹	2,2±0,2 (95%ДИ: 1,8-2,7) ¹	2,5±0,2 (95%ДИ: 2,1-2,8)	1,1±0,2 (95%ДИ: 0,8-1,4) ¹	P ¹ =0,025 P ² =0,929 P ³ =0,568 P ⁴ =0,640
16	Физическая анергия Снижение физического энергетического потенциала	1,4±0,2 (95%ДИ: 0,9-1,9)	2,0±0,2 (95%ДИ: 1,1-2,9)	2,3±0,1 (95%ДИ: 1,8-2,7)	1,1±0,2 (95%ДИ: 0,8-1,4)	P ¹ =0,149 P ² =0,942 P ³ =0,715 P ⁴ =0,701
17	Глобальная оценка абулии-апатии Субъективная оценка апато-абулических нарушений	0,6±0,2 (95%ДИ: 0,3-1,0)	1,9±0,2 (95%ДИ: 0,6-2,3) ¹	2,5±0,1 (95%ДИ: 2,2-2,7) ⁴	0,5±0,1 (95%ДИ: 0,1-0,9) ¹	P ¹ =0,001 P ² =0,362 P ³ =0,541 P ⁴ =0,028

1	2	3	4	5	6	7
18	Снижение интересов и активности Активность свободного времени	1,3±0,2 (95%ДИ: 0,8-1,8) ³	2,4±0,2 (95%ДИ: 1,6-2,8) ¹	2,8±0,2 (95%ДИ: 1,7-3,3) ⁴	0,8±0,1 (95%ДИ: 0,6-1,1) ¹	P ¹ =0,019 P ² =0,933 P ³ =0,017 P ⁴ =0,015
19	Сексуальные интересы и активность Сексуальные интересы	1,1±0,3 (95%ДИ: 0,5-1,7)	1,0±0,2 (95%ДИ: 0,6-1,3)	1,8±0,2 (95%ДИ: 0,8-2,2)	1,1±0,2 (95%ДИ: 0,7-1,5)	P ¹ =0,984 P ² =0,878 P ³ =0,807 P ⁴ =0,837
20	Способность к интимным чувствам и близости Способность чувствовать интимность и близость	1,5±0,3 (95%ДИ: 0,8-2,7)	1,6±0,2 (95%ДИ: 0,9-2,4)	1,7±0,1 (95%ДИ: 1,3-2,4)	1,2±0,2 (95%ДИ: 0,8-1,5)	P ¹ =0,618 P ² =0,859 P ³ =0,508 P ⁴ =0,322
21	Отношения с друзьями и коллегами Отношения с родными и коллегами (аутизм)	1,4±0,3 (95%ДИ: 0,9-2,0)	2,0±0,2 (95%ДИ: 1,2-2,6)	2,8±0,1 (95%ДИ: 1,7-3,3)	1,3±0,2 (95%ДИ: 1,0-1,7)	P ¹ =0,877 P ² =0,595 P ³ =0,398 P ⁴ =0,652
22	Глобальная оценка ангедонии-асоциальности Субъективное осознание ангедонии-асоциальности	1,3±0,2 (95%ДИ: 0,7-1,5)	1,8±0,2 (95%ДИ: 1,5-2,8) ⁴	2,4±0,1 (95%ДИ: 2,1-2,7) ⁴	0,7±0,1 (95%ДИ: 0,4-1,0)	P ¹ =0,255 P ² =0,794 P ³ =0,142 P ⁴ =0,038
23	Нарушения внимания при социальной активности Невнимательность в контакте	0,9±0,2 (95%ДИ: 0,5-1,2)	1,9±0,2 (95%ДИ: 1,5-2,6) ¹	2,5±0,2 (95%ДИ: 1,9-3,2)	0,6±0,1 (95%ДИ: 0,4-0,8) ¹	P ¹ =0,025 P ² =0,417 P ³ =0,826 P ⁴ =0,282
24	Нарушение внимания при тестировании Невнимательность при	1,6±0,2 (95%ДИ: 1,1-2,1)	2,3±0,2 (95%ДИ: 2,1-2,5)	2,4±0,2 (95%ДИ: 2,0-2,9)	1,2±0,2 (95%ДИ: 0,9-1,5)	P ¹ =0,262 P ² =0,777 P ³ =0,467 P ⁴ =0,779

1	2	3	4	5	6	7
	психологическом тестировании					
25	Глобальная оценка нарушений внимания Субъективное восприятие снижения концентрации внимания	0,9±0,3 (95%ДИ: 0,4-1,5)	2,0±0,2 (95%ДИ: 1,6-2,4)	2,8±0,2 (95%ДИ: 1,5-3,1)	0,9±0,2 (95%ДИ: 0,5-1,2)	P ¹ =0,370 P ² =0,351 P ³ =0,558 P ⁴ =0,765
26	Сумма баллов глобальных оценок	4,9±0,9 (95%ДИ: 3,7-5,2)	10,1±0,7 (95%ДИ: 8,8-12,5) ¹	12,7±0,5 (95%ДИ: 9,8-13,6)	3,0±0,6 (95%ДИ: 1,9-4,1) ¹	P ¹ =0,049 P ² =0,284 P ³ =0,804 P ⁴ =0,256
27	Общая сумма баллов	27,0±3,4 (95%ДИ: 19,0-33,0)	46,9±3,2 (95%ДИ: 42,4-49,3) 1,2	53,7±2,8 (95%ДИ: 47,0-59,3) 1,3	21,7±2,5 (95%ДИ: 16,8-26,6) ¹	P ¹ =0,040 P ² =0,043 P ³ =0,029 P ⁴ =0,252

Примечание: p¹ – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

p² - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P³ – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P⁴ – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Как видно из приведенной таблицы, наиболее высоким, соответствующим умеренной степени выраженности, общий балл негативной симптоматики был в группе больных шизофренией с тяжелой степенью виктимизации (53,7±2,8) в сравнении с аналогичными показателями как в группе невиктимизированных пациентов (21,7±2,5), так и у больных с легкой степенью виктимности (27,0±3,4) (различия между группами статистически достоверны, p<0,05). У больных группы

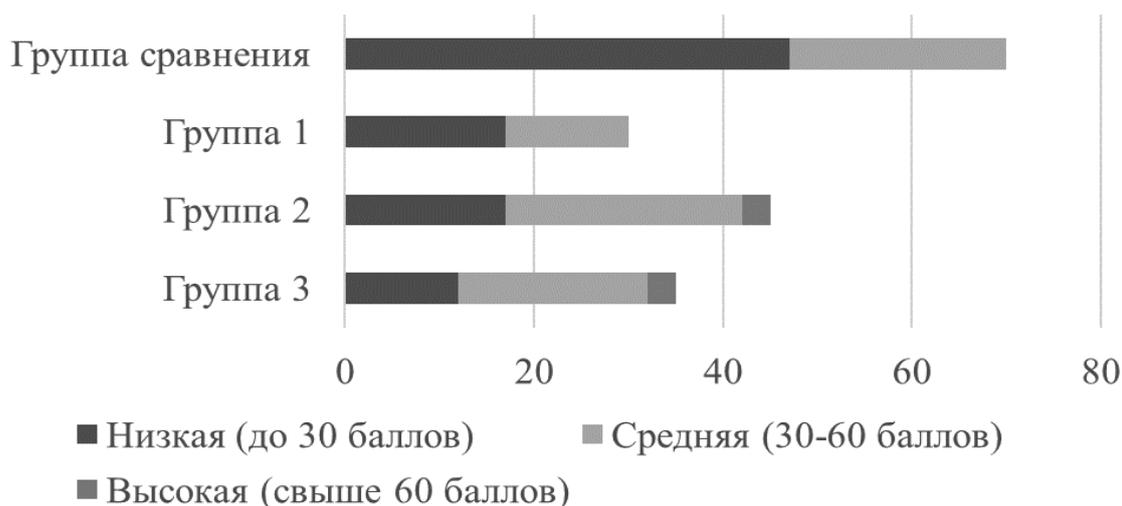


Рисунок 3.2 - Распределение больных параноидной шизофренией по степени выраженности негативных симптомов в зависимости от степени виктимизации

2 общая выраженность негативных симптомов была несколько ниже, чем в группе 3 ($46,9 \pm 3,2$), но также статистически достоверно ($p < 0,05$) более высокой, чем у пациентов группы сравнения и группы 1, и, как у больных с тяжелой степенью виктимности, соответствовала средней степени выраженности негативной симптоматики.

Данный показатель у больных с легкой виктимизацией был несколько, но статистически недостоверно ($p > 0,05$), выше, чем в группе невиктимизированных пациентов, и, как и в группе сравнения, соответствовал низкой степени выраженности негативных симптомов. При этом выраженность негативной симптоматики у подавляющего количества обследованных больных как с тяжелой, так и с умеренной степенью виктимизации соответствовала умеренному уровню (20 чел. (57,1%) и 25 чел. (55,6%) соответственно), также в этих группах, в отличие от группы 1, были пациенты с высокой степенью выраженности негативных симптомов (3 чел. (8,6%) и 3 чел. (6,6%) соответственно). в группе больных с легкой степенью виктимности, как и в группе сравнения, преобладали пациенты с низкой степенью выраженности негативной симптоматики (17 чел. (56,7%) и 47 чел. (67,1%) соответственно). Необходимо отметить, что предусмотренное дизайном исследования внедрение психотерапевтической

программы девиктимизации пациентов с шизофренией предполагало невключение в нее больных с крайне высокой (свыше 75 баллов) степенью выраженности негативной симптоматики. Тем не менее, как показано выше, имела место тенденция утяжеления негативной симптоматики с нарастанием степени виктимизации у обследованных пациентов. Наиболее отчетливо данная тенденция выявлялась при сравнительном анализе феноменологической структуры негативного симптомокомплекса в зависимости от наличия и степени виктимизации больных шизофренией.

У больных с легкой степенью виктимизации снижение эмоциональной экспрессивности было незначительным и проявлялось некоторым обеднением мимики ($1,5 \pm 0,3$) и жестов ($1,2 \pm 0,2$), в отдельных случаях (7 чел. – 23,3%) – уменьшением количества спонтанных движений ($1,0 \pm 0,3$), снижением диапазона эмоциональных реакций ($1,3 \pm 0,2$) и речевых интонаций ($1,6 \pm 0,2$). У части пациентов этой группы (14 чел. – 46,7%) данные нарушения соответствовали легкой степени, в единичных случаях – умеренной (4 чел. – 13,3%). Общение с больными было достаточно эмоциональным, их эмоции соответствовали контексту разговора, практически не возникало затруднений в установлении контакта взглядом. Тем не менее, отдельные респонденты (5 чел. – 16,7%) отмечали, что их эмоциональное реагирование «стало не таким, как раньше», «каким-то более отстраненным», «неглубоким», в некоторых случаях больные удивлялись, что им об этом говорят окружающие (субъективное ощущение потери эмоций - $0,7 \pm 0,2$).

Речь пациентов данной группы было относительно сохранной, несколько замедленной (задержки ответов - $1,8 \pm 0,2$), с адекватным словарным запасом, обеспечивающим содержательное наполнение беседы, лишь 2 больных (6,7%) описывали периодически возникающие «остановки в мыслях». Соответственно, наличие речевых нарушений субъективно переживалось как незначительное в 5 случаях (16,7%), причем с акцентом на то, что окружающие «торопили, делали замечания», «говорили, что стал тормозить» (глобальная оценка алогии - $1,4 \pm 0,2$).

Пациенты этой группы выглядели опрятными (уход за собой - $0,8 \pm 0,2$), однако у 10 больных (33,3%) несколько снизилась продуктивность в работе ($1,7 \pm 0,2$), 5 человек (16,7%) отмечали постоянное или периодически возникающее чувство слабости как снижение уровня физической энергии («иногда бываю, как сдувшийся шарик», «изредка по утрам как будто вся энергия ушла куда-то, но это недолго и нечасто») (средний балл физической энергии - $1,4 \pm 0,2$). Субъективно тягостным, причем в легкой степени, переживание снижения волевых побуждений было для 7 больных (23,3%) (глобальная оценка абулии-апатии - $0,6 \pm 0,2$).

Несколько более выраженными, но чаще соответствующими легкой степени, у пациентов с легкой виктимностью были проявления ангедонии-асоциальности и нарушений внимания. Так, 8 больных (26,7%) отмечали некоторое снижение интереса к досуговой активности («меньше, чем раньше читаю», «только иногда подхожу к пианино, а раньше любила помузицировать, когда ничем не занята») (средний балл снижения активности свободного времени - $1,3 \pm 0,2$); у 5 человек (16,7%) снизилась сексуальная активность (средний балл в группе $1,1 \pm 0,3$), у 12 (40,0%) – способность к интимным чувствам ($1,5 \pm 0,3$); 11 больных (36,7%) фиксировали охлаждения в отношениях с друзьями и близкими (средний балл аутизации - $1,4 \pm 0,3$). Однако практически не отмечалось субъективно тягостного переживания неспособности получать удовольствие от привычной деятельности и социальной отстраненности (глобальная оценка ангедонии-асоциальности - $1,3 \pm 0,2$). Нарушения внимания выявлялись в основном при тестировании ($1,6 \pm 0,2$), что субъективно в 50,0% случаев воспринималось как неприятная находка (средний балл в группе $0,9 \pm 0,3$). Это отражалось в высказываниях типа «не думал, что может быть трудноато сосредоточиться на ваших тестах», «наверное, получилось не очень хорошо, потому что не могла быстро переключиться».

Сумма баллов глобальных оценок негативных симптомов у пациентов с легкой виктимизацией ($4,9 \pm 0,9$) несколько (статистически недостоверно, $p > 0,05$) превышала аналогичный показатель в группе сравнения и была минимальной в

сравнении с группами умеренно и тяжело виктимизированных больных (различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$).

В целом у больных с легкой степенью виктимности показатели выраженности негативной симптоматики были примерно такими же, как в группе невиктимизированных пациентов, что подтверждалось отсутствием статистически достоверных различий между этими группами по абсолютному большинству показателей шкалы SANS, за исключением замедленности мышления с задержками ответов ($1,4 \pm 0,2$ – в группе 1, $0,6 \pm 0,1$ – в группе сравнения, различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$). В сравнении с более тяжело виктимизированными больными была выявлена статистически достоверная ($p < 0,05$) меньшая выраженность таких феноменов как недостаточность речевых интонаций, эмоциональная уплощенность, бедность зрительного контакта, бедность речи и содержания речевой продукции, задержки ответов, недостаточность настойчивости в труде, снижение физической энергии и социальных интересов, трудности во взаимоотношениях с друзьями и коллегами, нарушения внимания как при социальной активности, так и при тестировании.

У больных с умеренной виктимизацией эмоциональная выразительность в основном была сохранной, как и в предыдущей группе пациентов. В отдельных случаях выявлялось легкое снижение мимических реакций (11 чел. – 24,4%, средний балл в группе – $1,5 \pm 0,2$), двигательной активности (7 чел. – 15,5%, средний балл в группе – $0,9 \pm 0,2$), моторной выразительности (9 чел. – 20,0%, средний балл в группе – $1,2 \pm 0,2$), способности к зрительному контакту (8 чел. – %, средний балл в группе – $1,1 \pm 0,2$), эмоционального реагирования (10 чел. – 22,2%, средний балл в группе – $1,4 \pm 0,2$). Обращала на себя внимание речевая монотонность больных (легкая - у 19 чел. (42,2%), умеренная – у 13 чел. (28,9%)), что нашло выражение в статистически достоверно ($p < 0,05$) более высоком показателе недостаточности речевых интонаций ($2,4 \pm 0,2$) в сравнении как с контрольной группой ($1,5 \pm 0,2$), так и с легко виктимизированными пациентами ($1,6 \pm 0,2$). В то же время, больные с умеренной виктимностью статистически достоверно ($p < 0,05$) более глубоко переживали изменность собственных

эмоциональных реакций и собственной эмоциональной выразительности (средний балл субъективного ощущения потери эмоций – $1,9 \pm 0,2$, что соответствовало легкой степени выраженности).

Негативные речевые нарушения у больных с умеренной виктимизацией были представлены обеднением словарного запаса ($2,1 \pm 0,2$), бедностью содержательности речи ($2,4 \pm 0,2$), увеличением паузы между вопросом и ответом ($2,9 \pm 0,2$). Данные феномены имели легкую степень выраженности у 12 (26,7%), 16 (35,6%) и 19 (42,2%) больных, умеренную – у 7 (15,6%), 10 (22,2%) и 12 (26,7%) пациентов соответственно. Выраженность нарушений речи была статистически достоверно ($p < 0,05$) более выраженной, чем в группе сравнения ($0,7 \pm 0,1$, $0,4 \pm 0,1$ и $0,6 \pm 0,1$ соответственно) и в группе 1 ($0,9 \pm 0,2$, $1,0 \pm 0,2$ и $1,8 \pm 0,2$ соответственно). У больных группы 2, как и группы невиктимизированных пациентов, редко (в 7 случаях – 15,6%) отмечались остановки в мышлении. Однако глобальная оценка алогии в данной группе пациентов ($2,5 \pm 0,2$) была статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе сравнения ($0,5 \pm 0,1$) и в группе легко виктимизированных больных ($1,4 \pm 0,2$). 28 больных группы 2 (62,2%) с легкой степенью субъективной оценки нарушений речи отмечали, что испытывают данные проблемы нечасто, но «это мешает в общении с людьми, особенно новыми», «родители и друзья иногда просят отвечать быстрее, а я не могу». 19 пациентов (42,2%) отмечали более частую выраженность речевой заторможенности, которая значительно мешала в повседневном общении с окружающими («думать тяжело», «мысли текут, как в замедленной киносъемке», «старюсь побольше молчать в обществе, чтобы никто не заметил, что я торможу»), что соответствовало умеренной степени выраженности симптома.

Апато-абулические расстройства в структуре негативной симптоматики были представлены статистически достоверно ($p < 0,05$) более выраженными, чем у невиктимизированных и легко виктимизированных больных феноменами недостаточной настойчивости в труде и учебе ($2,2 \pm 0,2$) и снижением уровня физического энергетического потенциала ($2,0 \pm 0,2$) при относительной сохранности побудительной активности в отношении ухода за собой и своим

внешним видом ($0,9 \pm 0,2$, различия со сравниваемыми группами статистически недостоверны, $p > 0,05$). Большинство пациентов данной группы обращали внимание на некоторое снижение продуктивности за счет снижения интереса к выполняемой деятельности, затруднений в выполнении необходимого объема заданий в силу физической анергии или отчуждения от выполняемой работы. У части больных данные нарушения соответствовали умеренной степени (17 чел. – 37,8%), у большинства – легкой (26 чел. – 57,8%). Субъективно большинство умеренно виктимизированных больных оценивали выраженность абулии-апатии как легкую (29 чел. – 64,4%), 5 пациентов (11,1%) тяжелее (в соответствии с умеренной степенью выраженности) переносили свою отстраненность от повседневной деятельности, 11 больных (24,4%) не оценивали критически свое состояние. Показатель глобальной оценки абулии-апатии в данной группе ($1,9 \pm 0,2$) был статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе сравнения ($0,5 \pm 0,1$) и в группе 1 ($0,6 \pm 0,2$).

Подавляющее большинство больных с умеренной степенью виктимности отмечали снижение как антиципационного (по поводу предстоящей деятельности), так и консумматорного (в момент совершения деятельности) удовольствия, что проявлялось снижением интересов и активности ($2,4 \pm 0,2$), статистически достоверно ($p < 0,05$) более выраженным, чем в группе сравнения ($0,8 \pm 0,1$) и в группе 1 ($1,3 \pm 0,2$). У 29 пациентов (64,4%) данный феномен имел легкую степень выраженности и описывался как периодически возникающее нежелание заниматься тем, что раньше приносило удовольствие (чтение, компьютерные игры, занятия спортом), 22 пациента (48,9%) отмечали практически полную утрату удовольствия от хобби («раньше прогулки любил, каждый день по несколько часов гулял по городу, а теперь из дома не выхожу, неинтересно как-то это все», «готовлю через силу, а раньше кулинарией увлекалась, даже блог вела»), которая оценивалась как умеренная, так как сохранялся в значительной степени антиципационный компонент («утром просыпаюсь, и строю планы на день, включая в них прогулки, просто хочется себя снова там ощутить, но день проходит, и хорошо, если мама заставит из дома

в магазин выйти»). При этом сексуальные интересы и активность несколько снижались у незначительного числа больных (5 чел. – 11,1%), оставаясь примерно на том же уровне, что и в группе сравнения ($1,0 \pm 0,2$). Несколько более выраженным, чем в сравниваемых группах, было соответствующее легкой степени снижение способности к интимным чувствам и близости ($2,0 \pm 0,2$, различия с двумя другими группами статистически недостоверны, $p > 0,05$), что описывалось как иногда возникающее отчуждение от партнера или от секса. Более выраженным, чем в группе сравнения и группе 1, соответствующим легкой (28 чел. – 62,2%) – умеренной (12 чел. – 26,7%) степени, в данной группе было нарушение отношений пациентов с родными, друзьями и коллегами ($2,0 \pm 0,2$, различия с двумя другими группами статистически недостоверны, $p > 0,05$). Данный феномен описывался также как отчужденность («не о чем говорить», «я их не понимаю, они – меня»), и более, чем другие высказывания, привязывался к проявлениям виктимизации («они смотрят на меня, как на изгоя», «они могут прогнать меня, накричать на меня, ведь я психбольной»). Глобальная оценка ангедонии-асоциальности у больных данной группы ($1,8 \pm 0,2$) была статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе сравнения ($0,7 \pm 0,1$), и соответствовало легкой степени выраженности.

Феномены нарушенного внимания у пациентов данной группы были статистически достоверно ($p < 0,05$) более выраженными, чем в группе сравнения и группе 1. Проявлялись они как в социальной активности (отвлекаемость или неустойчивость внимания при контакте, средний балл $1,9 \pm 0,2$), так и при проведении тестирования ($2,3 \pm 0,2$). Также более выраженным, соответствующим легкой степени, было и осознание больными нарушенной концентрации и устойчивости внимания ($2,0 \pm 0,2$, различия со сравниваемыми группами статистически достоверны, $p < 0,05$).

Пациенты с тяжелой степенью виктимизации характеризовались значительно большей выраженностью негативной симптоматики в сравнении как с невиктимизированными больными, так и с больными с легкой и умеренной степенью виктимности. Несмотря на достаточно ухоженный внешний вид

(«неопрятность в одежде» - $0,8 \pm 0,2$) и живость спонтанных движений ($1,0 \pm 0,2$), как и у пациентов групп сравнения, мимика большего, нежели в предыдущих группах, количества больных (23 чел. - %) была обедненной до легкой-умеренной степени (средний балл в группе - $1,9 \pm 0,2$), у двух пациентов отмечались гипомимия вплоть до «висячих мимических черт», отражающих выраженное эмоциональное уплощение. Статистически достоверно ($p < 0,05$) более выраженными, нежели в группах сравнения, были «скользящий взгляд» как свидетельство бедности зрительного контакта ($2,3 \pm 0,2$) и обедненность парамимической выразительности в виде уменьшения живости экспрессивных жестов ($2,4 \pm 0,2$). У большинства больных данной группы (27 чел. - %) эмоциональная (аффективная) бедность достигала умеренной степени (средний балл - $2,8 \pm 0,1$, что было статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе сравнения ($0,9 \pm 0,1$), а также у больных с легкой ($1,3 \pm 0,2$) и умеренной ($1,4 \pm 0,2$) виктимностью). Несмотря на отсутствие достоверных различий с предыдущими группами, у больных с тяжелой виктимизацией чаще наблюдались признаки эмоциональной неадекватности (8 чел. - %) в виде неуместного подхихикивания или раздражительности во время тестирования (средний балл - $1,3 \pm 0,1$). Наиболее отчетливым признаком дефицитарности в эмоциональной сфере у пациентов данной группы была недостаточность интонационного оформления речи, что проявлялось речевой невыразительностью, монотонностью до уровня легкой (9 чел. - %) или умеренной (26 чел. - %) степени (средний балл - $2,8 \pm 0,3$). Субъективная оценка больными их эмоциональной уплощенности ($2,5 \pm 0,2$) была статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе сравнения ($0,8 \pm 0,2$) и в группах 1 ($0,7 \pm 0,2$) и 2 ($1,9 \pm 0,2$), и соответствовала умеренному (26 чел. - %) и легкому (6 чел. - %), в то же время, в данной группе были пациенты (3 чел. - %), не имевшие критики к своему состоянию и, соответственно, не отслеживавшие изменений в собственных эмоциях.

Речевые нарушения в рамках алогии у пациентов группы 3 были статистически достоверно ($p < 0,05$) более выраженными, нежели в группе сравнения и у больных с легкой степенью виктимности, по ряду феноменов. Так,

более выраженными были количественная ($2,6\pm 0,1$ в сравнении с $0,7\pm 0,1$ и $0,9\pm 0,2$ соответственно) и содержательная бедность речевой продукции ($2,6\pm 0,2$ в сравнении с $0,4\pm 0,1$ и $1,0\pm 0,2$ соответственно), задержка ответов на поставленные вопросы ($3,2\pm 0,2$ в сравнении с $0,6\pm 0,1$ и $1,8\pm 0,2$ соответственно), а также субъективная оценка тяжести речевых проблем ($2,8\pm 0,1$ в сравнении с $0,5\pm 0,1$ и $1,4\pm 0,2$ соответственно). Наиболее выраженным феноменом было увеличение паузы между поставленным вопросом и ответом на него, причем у 8 (%) пациентов его выраженность соответствовала тяжелой степени, что в значительной мере затрудняло контакт с ними, по их словам, усугубляло коммуникативные проблемы и большинством достаточно тяжело переживалось (глобальная оценка алогии у 6 (%) из этих больных соответствовала умеренной степени выраженности), в двух случаях осознания пациентами речевого дефицита не было.

Оценка абулии-апатии, ангедонии-асоциальности и нарушений внимания у больных с тяжелой виктимностью показала их большую выраженность в сравнении с контрольной группой и группой 1 (различия статистически достоверны, $p < 0,05$).

Так, апато-абулические проявления прослеживались в мотивационной сфере в виде недостаточной настойчивости в учебно-трудовой деятельности ($2,5\pm 0,2$, в группе сравнения – $1,1\pm 0,2$) и в виде снижения побудительной активности из-за падения энергетического потенциала на физической уровне ($2,3\pm 0,1$, в группе сравнения – $1,1\pm 0,2$). Несмотря на то, что у большей части больных данной группы (23 чел. - %) нарушения соответствовали легкой степени, пациенты тяжелее субъективно переживали свои бездеятельность, безинициативность, «вялость и лень» (средний балл в группе – $2,5\pm 0,1$, в группе сравнения – $0,5\pm 0,1$, в группе 1 – $0,6\pm 0,2$).

Ангедония у части пациентов с тяжелой виктимизацией носила антиципационный характер (17 чел. - %), у части – и антиципационный, и консумматорный (15 чел. - %) характер. В целом снижение интересов и активности больных соответствовало легкой (12 чел. - %) и умеренной (23 чел. -

%) степени выраженности ($2,8 \pm 0,2$, в группе сравнения – $0,8 \pm 0,1$, в группе 1 – $1,3 \pm 0,2$) и характеризовалось досуговой бездеятельностью пациентов, их переживанием отстраненности от тех видов деятельности, которые раньше были увлекательными и доставляли «радость и удовольствие». Асоциальность пациентов группы 3 в весьма незначительной степени затрагивала интимные сферы (в основном (26 чел. – 74,3%) легкое снижение сексуальной активности ($1,8 \pm 0,2$) и способности к интимной близости ($1,7 \pm 0,1$)) и проявлялась в основном в области выстраивания отношений с окружающими людьми ($2,8 \pm 0,1$). Более выраженными, нежели в группе сравнения и в группах пациентов с меньшей степенью виктимности, у больных данной группы были проявления аутизации с отчужденностью от друзей и коллег, с потерей эмоционального резонанса во взаимоотношениях с родными, отстраненностью от большинства социальных взаимодействий, причем, как пациенты с умеренной виктимизацией, высказывания и переживания больных в структуре данного феномена преломлялись виктимизирующими мыслями о собственной инаковости, ненужности, никчемности, о возможном манипулировании собой из-за наличия психического расстройства. Данный симптом у 21 больного (60,0%) был умеренно выраженным, у 17 (48,6%) - имел легкую степень. Субъективное переживание ангедонии-асоциальности оценивалось как умеренное (20 чел. – 57,1%) или легкое (7 чел. – 20,0%), однако 8 пациентов (22,9%) при наличии симптомов ангедонии и проявлений социальной отгороженности и снижения социальных интересов (выявленных при активном расспросе) субъективно не переживали их и, соответственно, критически не оценивали. Более выраженными, чем у пациентов других групп, у больных с тяжелой степенью виктимизации были нарушения внимания, которые проявлялись отвлекаемостью, истощаемостью легкой-умеренной степени как при социальной активности ($2,5 \pm 0,2$), так и при тестировании ($2,4 \pm 0,2$). Подавляющее большинство пациентов оценивали субъективную тягостность нарушений внимания как умеренную (24 чел. – 68,6%), 9 больных (25,7%) – как легкую, 3 пациента (8,6%) не считали свое внимание нарушенным (глобальная оценка нарушений внимания – $2,8 \pm 0,2$).

Таким образом, у обследованных пациентов с шизофренией нарастание степени выраженности виктимизации происходило на фоне утяжеления негативной симптоматики.

Структурная характеристика негативной симптоматики различной степени выраженности в зависимости от тяжести виктимизационного процесса больных шизофренией представлена в таблице 3.6.

Таблица 3.5 - Структура и выраженность негативных симптомов у больных параноидной шизофренией с разной степенью виктимизации (M±m (95%ДИ))

Симптомы	Усредненный показатель выраженности симптомов (SANS)				P
	Основные группы			Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
Аффективное уплощение	9,4±1,4 (95%ДИ: 6,5-12,4)	11,3±1,3 (95%ДИ: 7,0-12,3)	17,0±1,0 (95%ДИ: 15,0-19,1) ^{1,3}	8,7±0,8 (95%ДИ: 7,2-10,2)	P ¹ = 0,025 P ² = 0,896 P ³ = 0,028 P ⁴ = 0,121
Алогия (бедность речевой продукции)	5,8±0,5 (95%ДИ: 4,7-6,9)	10,7±0,6 (95%ДИ: 9,7-12,3) ¹	12,2±0,7 (95%ДИ: 9,0-13,8) ^{1,3}	2,7±0,4 (95%ДИ: 2,0-3,5) ¹	P ¹ = 0,002 P ² = 0,325 P ³ = 0,029 P ⁴ = 0,327
Абулия-апатия	4,5±0,6 (95%ДИ: 3,2-5,7)	7,0±0,6 (95%ДИ: 5,8-8,2)	8,1±0,6 (95%ДИ: 7,1-9,3)	3,4±0,4 (95%ДИ: 2,4-4,1)	P ¹ = 0,630 P ² = 0,687 P ³ = 0,633 P ⁴ = 0,360
1	2	3	4	5	6
Ангедония-асоциальность	6,6±1 (95%ДИ: 3,4-7,5)	9,2±0,8 (95%ДИ: 7,9-10,1)	11,8±0,7 (95%ДИ: 9,5-12,2) ¹	5,2±0,8 (95%ДИ: 3,6-6,7)	P ¹ = 0,035 P ² = 0,996 P ³ = 0,742 P ⁴ = 0,367
Нарушение внимания	3,1±0,5 (95%ДИ: 2,2-4,1)	6,2±0,5 (95%ДИ: 4,7-7,8)	7,7±0,4 (95%ДИ: 5,5-9,1)	2,0±0,3 (95%ДИ: 1,4-2,7)	P ¹ = 0,324 P ² = 0,570 P ³ = 0,674 P ⁴ = 0,848

Примечание: p¹ – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P^3 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P^4 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Как видно из приведенной таблицы, начальные этапы процесса виктимизации не влияли на представленность и выраженность негативной симптоматики больных шизофренией. Об этом свидетельствовало отсутствие статистически достоверных различий в структуре и выраженности эмоционально-волевого и когнитивного снижения между группой больных с легкой виктимностью и группой сравнения. С усугублением виктимизационных переживаний происходило некоторое достаточно равномерное по отдельным сферам нарастание выраженности дефицитарных симптомов, носивших первичный, обусловленный заболеванием, характер. При этом статистически достоверных различий в значениях большинства показателей между группами больных с умеренной и легкой степенью виктимизации и невиктимизированными больными не выявлено ($p > 0,05$). Исключением являлись речевые нарушения (средний показатель алогии – $10,7 \pm 0,6$, различия с аналогичным показателем в группе сравнения статистически достоверны, $p < 0,05$). Алогия как уменьшение количества произносимых слов и их спонтанного характера могла быть как следствием когнитивного обеднения, обусловленного процессом болезни, так и результатом социальной осторожности вследствие виктимизационных и виктимизирующих когнитивных искажений пациентов.

Дальнейшее нарастание степени виктимизации (группа больных с тяжелой степенью виктимности) сопровождалось усугублением негативной симптоматики, в основном затрагивая сферы эмоциональной выразительности (средний показатель аффективного уплощения – $17,0 \pm 1,0$, различия с аналогичным показателем в группе сравнения статистически достоверны, $p < 0,05$), речевых

нарушений (средний показатель алогии – $12,2 \pm 0,7$, различия с аналогичным показателем в группе сравнения и в группе 1 статистически достоверны, $p < 0,05$), и ангедонии-асоциальности (средний показатель – $11,8 \pm 0,7$, различия с аналогичным показателем в группе сравнения статистически достоверны, $p < 0,05$).

В целом, статистически достоверно ($p < 0,05$) можно утверждать, что и по показателям выраженности негативных симптомов в отдельных сферах (аффективное уплощение, алогия, ангедонии-асоциальности), и по сумме баллов глобальных оценок ($10,1 \pm 0,7$ и $12,7 \pm 0,5$ баллов), и по общей сумме баллов ($46,9 \pm 3,2$ и $53,7 \pm 2,8$) умеренно и тяжело виктимизированные больные основной группы характеризовались большей выраженностью негативных симптомов, чем больные в отсутствие виктимизационных переживаний.

Таким образом, нарастание степени виктимизации до умеренной-тяжелой сопровождается утяжелением негативной симптоматики. Учитывая сопоставимость исследуемых групп виктимизированных и невиктимизированных пациентов по основным клинико-социальным показателям, включая особенности терапии, отсутствие депрессивности и злоупотребления психоактивными веществами, закономерно предположить, что процесс виктимной трансформации личности включает нарастание дефицита в мотивационно-волевой и аффективной сферах, который носит вторичный по отношению к базисным симптомам шизофрении характер. В наибольшей степени оказываются подверженными влияниям процесса виктимизации эмоциональная экспрессивность (усугубление проявлений аффективного уплощения и алогии) и мотивационно-волевая сфера (нарастание ангедонии-асоциальности). Неравномерное распределение нарастания негативной симптоматики по мере углубления виктимизации, а также изменение соотношения выраженности нарушений эмоциональной экспрессивности и ангедонии-апатии при умеренной и тяжелой степени виктимности свидетельствовало о вторичном, виктимогенно-обусловленном механизме формирования негативных симптомов.

3.4.2. Клинико-динамические особенности (закономерности) формирования негативной симптоматики и виктимности у больных шизофренией

В достаточно большом количестве исследований показано, что первичная негативная симптоматика характеризуется относительной стабильностью в течение заболевания. Структура и соотношение определяющих ее мотивационно-волевых нарушений и изменений эмоциональной экспрессивности практически не меняются, выраженность или тяжесть их может усиливаться либо остаются неизменными [мосолов, ялтонская]. В то же время, в повседневной практике у пациентов с шизофренией чаще с увеличением длительности заболевания наблюдается нарастание выраженности негативной симптоматики, причем нередко оно носит ундулирующий характер и зависит от ряда внутренних и внешних факторов, в которых социальная депривация играет весьма значительную роль. Это неравномерное утяжеление состояния больного и обусловлено развитием вторичных негативных симптомов, которые, наслаиваясь на первичные, формируют ложное клиническое впечатление о прогрессировании заболевания с утяжелением дефицитарной симптоматики.

В соответствии с задачами настоящего исследования, был проведен анализ соотношения степени выраженности негативных симптомов, ассоциируемых с длительностью заболевания и уровнем виктимизации больных. Все включенные в исследование пациенты с параноидной шизофренией были разделены на группы в соответствии с длительностью заболевания: группа I с давностью заболевания до 5 лет (86 чел. – 47,8%), группа II – с длительностью заболевания более 5 лет (в соответствии с критериями включения – не более 10 лет) (94 чел. – 52,2%). Распределение больных в этих группах в зависимости от выраженности негативной симптоматики представлено в таблице 3.6.

Таблица 3.6 - Распределение больных параноидной шизофренией с различной длительностью заболевания по степени выраженности негативных симптомов

Степень выраженности негативных симптомов (общий балл SANS)	Количество больных (абс. (%))		Всего
	Группа I	Группа II	
Низкая (до 30 баллов)	45 (48,4)	48 (51,6)	93
Средняя (30-60 баллов)	40 (49,4)	41 (50,6)	81
Высокая (свыше 60 баллов)	1 (16,7)	5 (83,3)*	6

Примечание: * – достоверность статистических различий составляет $p < 0,05$ при сравнении доли для двух групп (I и II группа) с применением углового преобразования Фишера (с учетом поправки Йейтса).

Как видно из приведенной таблицы, распределение больных по степени выраженности негативной симптоматики в выделенных группах было достаточно равномерным. При большей длительности заболевания число пациентов с высокой степенью выраженности негативных симптомов (83,3%) было статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем при меньшей давности заболевания (16,7%).

Распределение больных с различной длительностью заболевания по наличию и степени выраженности виктимизации показано в таблице 3.7.

Таблица 3.7 - Распределение больных параноидной шизофренией по степени виктимизации в зависимости от длительности заболевания

Степень выраженности виктимизации	Количество больных (абс. (%))		Достоверность статистических различий
	Группа I	Группа II	
Минимальная (гр. сравн.)	34 (48,6)	36 (51,4)	
Легкая (1 гр.)	12 (40,0)	18 (60,0)	$p=0,570$
Умеренная (2 гр.)	14 (31,1)	31 (68,9)	$p=0,096$
Тяжелая (3 гр.)	26 (74,3) *	9 (25,7)	$p=0,020$

Примечание: * – достоверность статистических различий составляет $p < 0,05$ при сравнении доли для двух групп (I и II группа) с применением углового преобразования Фишера (с учетом поправки Йейтса).

Согласно таблице, при длительности заболевания более 5 лет у больных преобладала легкая (18 чел. - 60,0%) и умеренная (31 чел. - 68,9%) степень виктимизации. Несмотря на отсутствие статистически достоверных различий между группами I и II по данным показателям ($p>0,05$), можно говорить о тенденции использования более длительно болеющими пациентами компенсаторных психологических ресурсов для «выталкивания» себя из роли жертвы. В то же время, первый эпизод шизофрении, впервые установленный диагноз психического расстройства, первые контакты с психиатрической службой (в исследовании участвовали 38 (21,1%) таких пациентов) в совокупности с ограничительно-депривационными влияниями социума способствуют срыву адаптационных механизмов личности и формируют более тяжелые формы виктимности (в группе I у 26 пациентов (74,3%) имели тяжелую степень виктимизации в сравнении с 25,7% (9 чел.) группы II, различия статистически достоверны, $p<0,05$).

Для оценки клинико-динамических закономерностей формирования виктимности и ее влияния на тяжесть дефицитарных проявлений у обследованных больных параноидной шизофренией был проведен сравнительный анализ структуры и выраженности негативных симптомов у виктимизированных в различной степени пациентов в зависимости от длительности заболевания (табл. 3.8).

Таблица 3.8 - Структура и выраженность негативных симптомов у больных параноидной шизофренией с разной степенью виктимизации в зависимости от длительности заболевания

Негативные симптомы (SANS)	Выраженность негативных симптомов							
	Группа I				Группа II			
	Группа сравнения	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа сравнения	Группа 1	Группа 2	Группа 3
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Аффективное уплощение	7,5±1,0 (95% ДИ: 5,5-9,6)	8,9±2,1 (95% ДИ: 4,4-13,5)	10,9±2,5 (95% ДИ: 5,6-16,3)	15,2±1,1 (95% ДИ: 14,0-18,3) *	9,8±1,1 (95% ДИ: 7,6-12,1)	9,8±2 (95% ДИ: 5,6-14,0)	12,1±1,6 (95% ДИ: 7,9-14,3)	19,6±2,4 (95% ДИ: 14,0-25,1) *

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Алогия (бедность речевой продук- ции)	2,1±0,3 (95% ДИ: 1,5-2,6)	5,8±0,8 (95% ДИ: 3,1-6,4)	9,6±1,3 (95% ДИ: 5,7-11,4) *	11,7±0,6 (95% ДИ: 9,6-12,8) *	3,3±0,7 (95% ДИ: 2,0-4,7)	5,8±0,7 (95% ДИ: 4,2-6,4)	11,7±0,7 (95% ДИ: 9,3-13,2) *	12,4±2,2 (95% ДИ: 11,4-14,5) *
Абулия -апатия	2,6±0,3 (95% ДИ: 2,0-3,3)	4,2±0,9 (95% ДИ: 2,2-6,2)	7,8±1,2 (95% ДИ: 3,1-8,5) *	8,5±0,5 (95% ДИ: 6,5-9,4) *	3,8±0,8 (95% ДИ: 2,2-5,4)	4,7±0,8 (95% ДИ: 2,9-6,5)	6,6±0,7 (95% ДИ: 5,2-7,1)	7,3±1,6 (95% ДИ: 2,7-9,9) *
Ангедо- ния- асоци- альность	3,8±0,6 (95% ДИ: 2,6-5,0)	4,8±1,6 (95% ДИ: 2,3-9,4) #	6,9±1,5 (95% ДИ: 4,6-11,1) #*	9,7±0,6 (95% ДИ: 8,9-12,2) #*	6,5±1,4 (95% ДИ: 3,7-9,3)	8,2±1,3 (95% ДИ: 4,4-9,6) #	11,4±0,9 (95% ДИ: 8,6-13,2) #*	13,1±1,9 (95% ДИ: 11,7-14,6) #*
Нару- шение внима- ния	1,7±0,4 (95% ДИ: 0,9-2,6)	2,8±0,5 (95% ДИ: 1,6-3,9)	6,7±1,0 (95% ДИ: 3,6- 8,8) *	7,5±0,4 (95% ДИ: 3,6- 9,4) *	2,9±0,5 (95% ДИ: 1,3-3,4)	3,4±0,7 (95% ДИ: 1,9-4,9)	5,8±0,6 (95% ДИ: 3,5-6,3)	6,8±0,8 (95% ДИ: 4,8-8,7) *

Примечание: * – достоверность статистических различий на уровне $p < 0,05$ при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

- достоверность статистических различий на уровне $p < 0,05$ при попарном сравнении одноименных опытных групп в I и II группах по длительности заболевания с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Как показывают данные, приведенные в таблице, пациентов с длительностью заболевания более 5 лет характеризовала в целом несколько большая выраженность негативной симптоматики в сравнении с группой I. При этом у невиктимизированных (группа сравнения) и виктимизированных в легкой степени пациентов обеих групп выраженность негативных симптомов по всем сферам методики SANS была низкой при отсутствии статистически достоверных различий между группами.

В группе пациентов с длительностью заболевания до 5 лет при умеренной степени виктимизации при сравнении с показателями в соответствующей контрольной группе отмечались статистически достоверно ($p < 0,05$) более

высокие значения проявлений алогии ($9,6\pm 1,3$), абулии-апатии ($7,8\pm 1,2$), ангедонии-асоциальности ($6,9\pm 1,5$) и нарушений внимания ($6,7\pm 1,0$), однако при тяжелой виктимности дальнейшее нарастание выраженности этих феноменов было незначительным ($11,7\pm 0,6$, $8,5\pm 0,5$, $9,7\pm 0,6$ и $7,5\pm 0,4$ соответственно), но также статистически достоверно ($p<0,05$) отличающимся от показателей группы сравнения. Несмотря на относительно равномерное углубление дефицитарной симптоматики по мере утяжеления степени виктимизированности больных, отличительной особенностью было достаточно резкое, статистически достоверное ($p<0,05$) в сравнении с аналогичным показателем в группе контроля ($7,5\pm 1,0$) увеличение показателя аффективной уплощенности в группе 3 ($15,2\pm 1,1$). Такая неравномерность нарастания при тяжелой степени виктимизации выраженности нарушений эмоциональной экспрессивности и нарушений в мотивационно-волевой сфере являлось признаком вторичного, вследствие депривационного виктимизма и виктимной перестройки личности, характера нарастающей негативной симптоматики.

В группе II увеличение значений показателей негативной симптоматики у пациентов с нарастающей степенью виктимности было еще более неравномерным. Так, у больных с умеренной степенью виктимизации статистически достоверно ($p<0,05$) более высокими, чем в группе сравнения, были показатели алогии ($11,7\pm 0,7$) и ангедонии-асоциальности ($11,4\pm 0,9$), а при тяжелой виктимности негативная симптоматика была умеренно выраженной и статистически достоверно ($p<0,05$) более высокой в сравнении с показателями контрольной группы по всем субшкалам методики SANS. Неравномерность нарастания мотивационно-волевых и эмоциональных нарушений при большей тяжести заболевания отражалось в статистически достоверно ($p<0,05$) более раннем (уже при легкой виктимности) и более значительном повышении показателя ангедонии-асоциальности (группа 1 - $8,2\pm 1,3$, группа 2 - $11,4\pm 0,9$, группа 3 - $13,1\pm 1,9$) в сравнении с аналогичными показателями в группе I ($4,8\pm 1,6$, $6,9\pm 1,5$, $9,7\pm 0,6$ соответственно).

Таким образом, хронификация шизофренического процесса сопровождается накоплением числа тяжело виктимизированных пациентов и нарастанием выраженности негативной симптоматики, что не всегда сопряжено с виктимизационными процессами, но отчетливо проявляется уже при умеренной степени виктимизации больных. Нарастание степени виктимности вне зависимости от длительности процесса приводит к неравномерному нарастанию нарушений в эмоциональной (более отчетливо проявляются у больных с давностью заболевания до 5 лет) и мотивационно-волевой (более выражены при длительности заболевания свыше 5 лет) сферах, что рассматривалось нами как подтверждение гипотезы о вторичном генезе негативных симптомов у виктимизированных пациентов. В то же время, сопряженность выраженных негативных симптомов и выраженной виктимизации, а также определенное их феноменологическое сходство у больных шизофренией с относительно длительными сроками заболевания, на наш взгляд, свидетельствуют о существенной роли деструктивных личностных виктимизационных процессов в формировании шизофренического дефекта. Это предположение подтверждалось наличием нерезко выраженных проявлений виктимности у больных с начальными проявлениями негативной симптоматики.

Таблица 3.9 - Корреляционный анализ показателей негативной симптоматики у виктимизированных пациентов с различной длительностью заболевания

Негативные симптомы (SANS)	Степень виктимизации (группы 1-3)	
	Группа I	Группа II
Аффективное уплощение	0,002	-0,250*
Алогия (бедность речевой продукции)	0,386*	0,224*
Абулия-апатия	0,030	-0,019
Ангедония-асоциальность	0,247*	0,067
Нарушение внимания	0,275*	0,164
Средний суммарный балл оценок SANS	0,378*	0,063
Примечание: * - показатель корреляции Спирмена статистически значимо отличается от 0 при $p < 0,05$.		

Для уточнения наличия клинико-динамических закономерностей формирования виктимности личности больных шизофренией был проведен корреляционный анализ показателей выраженности негативной симптоматики у виктимизированных пациентов с различной длительностью заболевания (табл. 3.9). Согласно представлениям в таблице данным, большее количество тесных положительных статистически достоверных ($p < 0,05$) корреляций между тяжестью негативной симптоматики (как в целом, так и по отдельным сферам в методике SANS) и степенью виктимизации выявлено в группе пациентов с длительностью заболевания до 5 лет в отличие от группы II, где были выявлены статистически достоверные ($p < 0,05$) корреляции между виктимностью и аффективным уплощением (-0,250) и степенью виктимизации и алогией (0,224). Это свидетельствовало о неравномерности нарастания негативной симптоматики по мере прогрессирования заболевания, подтверждая гипотезу о значительной роли виктимизации в прогрессировании дефицитарных симптомов, имеющего вторичный характер. Виктимизационные процессы, постепенно деформируя личность больного шизофренией уже на ранних этапах заболевания, способствуют нарастанию социально обусловленного, вторичного компонента негативной симптоматики, за счет чего создается впечатление об утяжелении статуса пациента в целом (показатель корреляции виктимности и общей выраженности негативных симптомов – 0,378). Наиболее интенсивно в процессе депривационного виктимизма формируется алогия как когнитивное оформление нарушения эмоциональной экспрессивности, о чем свидетельствовало наличие достоверных положительных корреляций виктимности и алогии как у пациентов с давностью заболевания до 5 лет (показатель корреляции 0,386), так и в группе более длительно болеющих пациентов.

При меньшей длительности заболевания степень виктимности больных и выраженность у них негативных симптомов были взаимообусловленными: процесс виктимизации выступал в качестве одной из причин утяжеления негативной симптоматики, что, в свою очередь, способствовало виктимной личностной деформации пациентов.

По мере хронификации шизофренического процесса нарастание аффективной уплощенности приводило к обеднению диапазона эмоциональных реакций, что создавало своего рода барьер перед виктимизирующими воздействиями и, соответственно, препятствовало выраженному нарастанию степени виктимизации больных шизофренией. Однако снижение эмоциональной экспрессивности и нарастание нарушений вербализации переживаний не блокировало внутренние эмоциональные переживания, в том числе, и в ответ на сопряженные с личностным виктимизмом проблемы. Потому, как было показано выше, и при большей длительности заболевания нарастание степени виктимизации сопровождалось неравномерным усугублением негативных проявлений, которые участвовали в формировании облика специфической виктимизированной личности.

Таким образом, феноменологическая структура негативной симптоматики у виктимизированных больных параноидной шизофренией была представлена такими симптомами как аффективное уплощение (ограниченный аффект, соответствующий наблюдаемому поведению), снижение эмоционального репертуара (уменьшение диапазона субъективных эмоциональных переживаний пациента), бедность речи (алогия), сужение круга интересов, потеря мотивации и снижение социального драйва с социальным избеганием (апато-абулические расстройства, ангедония-асоциальность) и, в наименьшей степени, нарушениями внимания.

Углубление виктимной трансформации личности сопровождалось нарастанием негативных симптомов, преимущественно в сфере эмоциональной экспрессивности (аффективное уплощение) с косвенным вовлечением когнитивных процессов (алогия) и в мотивационно-волевой сфере (ангедония-асоциальность). Неравномерность нарастания негативной симптоматики как по мере прогрессирования виктимизационного процесса, так и на фоне хронификации шизофренического процесса (наиболее раннее появление симптомов алогии, более медленное нарастание абулии-апатии), а также нарушение соотношения выраженности эмоциональных и мотивационно-волевых

нарушений (коррелирующее со степенью тяжести виктимизации преобладание признаков ангедонии, гипобулии, социального избегания на начальных этапах заболевания и доминирование аффективной уплощенности у длительно болеющих пациентов) являлось признаком виктимогенно-обусловленного, вторичного по отношению к базовым дефицитарным симптомам, характера негативных феноменов.

Соответственно, виктимизация может рассматриваться как социально-личностный механизм трансформации психической деятельности (психики) больных шизофренией, усугубляющий негативную симптоматику заболевания (шизофренический дефект) и способствующий формированию социально-дефицитарной личности. В то же время, виктимная деформация личности больного шизофренией вследствие обусловленного болезнью социального дизонтогенеза определяется специфическим дефицитом личностной субъектности и адаптационного потенциала, результаты исследования которых представлены в следующей главе.

РАЗДЕЛ 4

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИКТИМОГЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ИДЕНТИЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

4.1. Экзистенциальная исполненность виктимизированных больных шизофренией

В качестве методологической основы исследования внутренних факторов виктимизации больных с психическими расстройствами могут быть положены психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. К ним, прежде всего, относятся психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, в том числе, осознания болезни, ценностно-смысловой и мотивационной сферы больных, под влиянием которых формируются предопределяющие и отражающие роль жертвы стратегии поведения. Одним из центральных внутренних факторов виктимизации больного шизофренией является состояние его ценностно-смысловой сферы, его идентичности и нравственной ориентации.

Экзистенция – это обозначение существования личности в соответствии с собственной уникальностью и в соответствии с реальностями окружающего мира. Экзистенциальная исполненность является одним из выражений состояния ценностно-смысловой сферы человека и означает степень субъективного благополучия как позитивного эмоционального состояния удовлетворенности собой, своей жизнью, окружающим миром и своим местом в нем [153]. Исполненность - это переживание глубокого внутреннего согласия с тем, что имеет место быть, или с тем, что сделано; переживание соответствия этого своей сущности и обстоятельствам [154]. Уровень выраженности экзистенциальной исполненности показывает, много ли осмысленного в жизни человека, живет ли он с внутренним согласием, соответствуют ли его сущности его решения и поступки [155]. Экзистенциальная исполненность определяется соответствием

решений и действий человека его внутренней сущности, отсутствием разрыва между тем, как он полагает, как следует жить [156].

Если личность не может исполнить собственную экзистенцию, это сопровождается страданиями, ведущими его по пути психопатологии. Развитие шизофрении с нарушением аутентичности существования, сопряженное для ряда пациентов переживанием виктимизационных воздействий, может привести к разрушению системы ценностей и дополнительным страданиям вследствие недостаточных личностных, экзистенциальных ресурсов для осмысленного преодоления связанного с болезнью травматического жизненного опыта. Исходя из этого, экзистенциальная исполненность рассматривалась нами как один из внутренних факторов виктимизации. Сравнительный анализ показателей экзистенциальной исполненности у больных шизофренией с различной степенью виктимизации (табл. 4.1) выявил следующие закономерности распределения экзистенциальных ресурсов.

Таблица 4.1 - Сравнительный анализ показателей экзистенциальной исполненности в зависимости от степени виктимизации больных шизофренией

Показатели экзистенциальной исполненности	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$				Достоверность статистических различий
	Основные группы			Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
1	2	3	4	5	6
Самодистанцирование (SD)	25,7±1,7 (95%ДИ: 22,3-29,2)	22,9±1,7 (95%ДИ: 19,4-26,3) ²	22,1±0,9 (95%ДИ: 20,4-23,9) ³	28,3±1,3 (95%ДИ: 25,6-31,0) ¹	p ¹ = 0,006 p ² = 0,013 p ³ = 0,045 p ⁴ = 0,064
Самотрансценденция (ST)	61,1±1,8 (95%ДИ: 57,5-64,8)	56,6±2,5 (95%ДИ: 51,5-61,8)	56,2±1,8 (95%ДИ: 52,6-59,7)	62,0±2,5 (95%ДИ: 56,9-67,1)	p ¹ = 0,087 p ² = 0,143 p ³ = 0,141 p ⁴ = 0,773
Свобода (F)	39,9±1,6 (95%ДИ: 36,8-43,0)	38,6±1,7 (95%ДИ: 35,0-42,2)	37,8±1,6 (95%ДИ: 34,5-41,1)	40,6±1,5 (95%ДИ: 37,6-43,6)	p ¹ = 0,882 p ² = 0,387 p ³ = 0,728 p ⁴ = 0,201

1	2	3	4	5	6
Ответственность (V)	41,9±1,7 (95%ДИ: 38,5-45,3)	41,6±2,1 (95%ДИ: 37,3-46,0)	40,5±2,0 (95%ДИ: 36,5-44,5)	46,2±2,0 (95%ДИ: 42,0-50,3) ¹	p ¹ = 0,048 p ² = 0,212 p ³ = 0,607 p ⁴ = 0,105
Персональность (P)	87,7±3,6 (95%ДИ: 80,4-94,9)	79,9±3,6 (95%ДИ: 72,6-87,2) ²	78,3±2,4 (95%ДИ: 73,6-83,1) ³	89,4±2,8 (95%ДИ: 83,9-95,0) ¹	p ¹ = 0,004 p ² = 0,037 p ³ = 0,031 p ⁴ = 0,698
Экзистенциальность (E)	81,8±3,2 (95%ДИ: 75,5-88,1)	79,1±3,3 (95%ДИ: 72,2-85,9)	79,6±3,4 (95%ДИ: 72,7-86,6)	86,8±3,2 (95%ДИ: 80,3-93,3)	p ¹ = 0,445 p ² = 0,112 p ³ = 0,752 p ⁴ = 0,223
Показатель экзистенциальной исполненности (G)	167,1±6,7 (95%ДИ: 153,4- 180,7)	159,2±5,6 (95%ДИ: 148,1- 170,4) ²	159,0±6,3 (95%ДИ: 146,1- 171,9) ³	176,2±5,5 (95%ДИ: 165,1-187,3) ¹	p ¹ = 0,047 p ² = 0,034 p ³ = 0,028 p ⁴ = 0,292

Примечание: p¹ – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

p² - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p³ – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p⁴ – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Как видно из приведенной таблицы, показатели самодистанцирования у больных шизофренией группы сравнения и с низким уровнем виктимизации (28,3±1,3 и 25,7±1,7 соответственно) отражали относительную ясность в восприятии пациентами самих себя и ситуации болезни и связанных с ней факторов. Однако по мере нарастания степени виктимизированности больные испытывали все большие трудности в способности противопоставить собственное Я окружающему миру, адекватно оценить ситуацию, разобраться в ней и принять ее. Таким образом, статистически достоверное (p<0,05) в сравнении с

контрольной группой снижение показателя самодистанцирования в группах пациентов со средним ($22,9 \pm 1,7$) и высоким ($22,1 \pm 0,9$) уровнями виктимизации, фиксировавшее различные формы внутреннего смятения из-за невозможности реалистично воспринимать и понимать происходящее и могло рассматриваться как один из механизмов виктимизации, отражающий фиксацию виктимизированного больного на неудовлетворенных потребностях.

Показатель самотрансценденции (ST), характеризующий свободу личности в переживании и проявлении эмоциональности, описывался обследованными пациентами как способность ощущать близость к окружающему и окружающим, способность сочувствовать и жить ради какой-то цели, способность воспринимать глубокие внутренние переживания и вообще сущность бытия. У больных как группы сравнения ($62,0 \pm 2,5$), так и при различной степени виктимизированности (группа 1 - $61,1 \pm 1,8$, группа 2 - $56,6 \pm 2,5$, группа 3 - $56,2 \pm 1,8$) данный показатель при отсутствии статистически достоверных ($p > 0,05$) различий между группами характеризовался тенденцией к снижению, что подчеркивало связь виктимности со вторичной негативной симптоматикой при шизофрении. У пациентов отмечались эмоциональная уплощенность и эмоциональная блеклость в отношениях с миром и окружающими людьми. Этот недостаток эмоциональности усугублял беспомощность, неуверенность, обесценивание собственного Я и, соответственно, приводил к социальной отгороженности и коммуникативной недостаточности виктимизированных больных.

Показатель свободы (F) как способности на основании выстроенной иерархии ценностей находить реальные, личностно обоснованные действия, у всех вошедших в исследование пациентов характеризовался тенденцией к снижению ($40,6 \pm 1,5$ - группа сравнения, $39,9 \pm 1,6$ – группа 1, $38,6 \pm 1,7$ – группа 2, $37,8 \pm 1,6$ – группа 3), однако, вероятно в силу относительно небольшой длительности заболевания, не отражал фаталистической жизненной установки. Тем не менее, больные испытывали значительные затруднения в осознанности выбора, многие действия принимали оттенок бессмысленности, что

способствовало формированию у пациентов пассивного, зависимого от окружающих поведения.

Дезорганизуя личность больного шизофренией процесс виктимизации достаточно убедительно проявился в прогрессирующем по мере нарастания степени виктимизированности снижении показателя ответственности (V), отражающего принятой на основании личных ценностей устойчивой позиции долженствования, на основании которой формируется самооценка личности. Показатели ответственности приближались к нормативным в группе сравнения ($46,2 \pm 2,0$), но по мере нарастания виктимности статистически достоверно ($p < 0,05$) снижались (в группе больных с легкой степенью виктимизации - $41,9 \pm 1,7$, умеренной - $41,6 \pm 2,1$, тяжелой - $40,5 \pm 2,0$). Можно предположить, что принятие позиции жертвы сопровождалось потерей персональной включенности в жизнь, отстраненности от жизни, ее бессмысленности и, соответственно, потерей виктимизированных больных каких-либо обязательств перед отвергающим, угрожающим, направленным против него окружающим миром.

Суммарный (самодистанцирование и самотрансценденция) показатель персональности (P) отражал, насколько когнитивно и эмоционально личность доступна для себя и для мира. Если пациенты группы сравнения и больные с легкой степенью виктимизации относительно открыто воспринимали окружающий мир и себя в нем (показатель P $89,4 \pm 2,8$ и $87,7 \pm 3,6$ соответственно), то в группах пациентов с умеренной и тяжелой степенью виктимизации показатели персональности были статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже и соответствовали низкому уровню как в сравнении с контрольной, так и группой 1 обследованных больных ($79,9 \pm 3,6$ и $78,3 \pm 2,4$ соответственно). Данный экзистенциальный компонент процесса виктимизации проявлялся когнитивной и эмоциональной несостоятельностью в ассимиляции личностного и социального опыта и, соответственно, прогрессирующей потерей субъектности и самооценки. Клинически это проявлялось нарастающими замкнутостью, бедностью отношений, игнорированием собственного Я, потерей себя во взаимоотношениях с окружающими.

Решительность и готовность личности активно взаимодействовать с окружающим миром, последовательно изменяя его в лучшую для себя сторону (показатель экзистенциальности E) у обследованных пациентов характеризовались тенденцией к снижению у пациентов группы сравнения ($86,8 \pm 3,2$) и больных с низкой степенью выраженности виктимизации ($81,8 \pm 3,2$). Усугубление виктимизационных процессов у пациентов сопровождалось статистически недостоверным ($p > 0,05$), но неуклонным снижением данного показателя ($79,1 \pm 3,3$ - в группе 2, $79,6 \pm 3,4$ - в группе 3). Клинически это проявлялось нарастающим бездействием, неуверенностью, растерянностью, быстрой истощаемостью, импульсивностью в действиях, что в изолированном виде, вне личностного и социального контекста, могло расцениваться как негативные симптомы шизофрении.

Экзистенциальная исполненность обследованных больных (показатель G) при снижении показателей персональности и экзистенциальности могла быть охарактеризована как состояние экзистенциальной пустоты, экзистенциального вакуума, тенденция к формированию которых имелась и в группе сравнения ($176,2 \pm 5,5$), и в группе больных группы 1 ($167,1 \pm 6,7$), однако наиболее отчетливо и статистически достоверно ($p < 0,05$) отмечалась у пациентов с умеренной ($159,2 \pm 5,6$) и тяжелой ($159,0 \pm 6,3$) степенью виктимизации. Причем если экзистенциальная пустота легко и умеренно виктимизированных больных была обусловлена в основном социальными условиями, стесняющими их возможность полноценно ощутить жизненные смыслы (показатель $P > E$), но при тяжелой степени виктимности пациенты дисфункционально приспособлялись к глубинно принятой роли жертвы и продолжали существование, лишённое смысла, определяемое извне и способствующее закреплению негативных психопатологических симптомов (показатель $P < E$). Внешними проявлениями экзистенциальной неисполненности виктимизированных больных были нерешительность, отчуждение, потеря субъективности и целостности, эмоциональное обеднение, приводящее к ограничениям в социальных контактах.

Для оценки взаимосвязи процесса виктимизации с экзистенциальной исполненностью больных параноидной шизофренией был проведен корреляционный анализ показателей экзистенции и степени выраженности виктимности обследованных пациентов (табл. 4.2).

Таблица 4.2 - Влияние экзистенциальной исполненности на формирование виктимности у больных параноидной шизофренией

Показатель	Степень виктимизации			Группа сравнения
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	
Самодистанцирование (SD)	-0,086	0,138	-0,28*	0,139
Самотрансценденция (ST)	-0,112	-0,042	-0,32*	-0,135
Свобода (F)	-0,124	0,035	-0,266*	0,027
Ответственность (V)	-0,061	-0,157	-0,266*	-0,235
Персональность (P)	-0,137	0,025	-0,241*	-0,078
Экзистенциальность (E)	-0,052	-0,111	-0,286*	-0,127
Показатель экзистенциальной исполненности (G)	-0,128	-0,049	-0,275*	-0,121
Примечание: * - показатель корреляции Спирмена статистически значимо отличается от 0 при $p < 0,05$.				

О роли экзистенциальной неисполненности в виктимогенном процессе у больных параноидной шизофренией свидетельствовало наличие статистически достоверных отрицательных корреляционных связей степени виктимизации и уровня как базовых, так и суммарных показателей экзистенциальной исполненности. В качестве виктимогенных факторов выступали тесно связанные с клиническими проявлениями негативной шизофренической симптоматики нарушения базовых антропологических способностей: воспринимать (самодистанцирование), чувствовать (самотрансценденция), выбирать (свобода) и делать (ответственность). Чем более выраженным было нарушение способности субъективно отделять себя от других, «растворение» себя в окружающем мире с потерей понимания происходящего с больным, что характеризовали низкие показатели самодистанцирования, тем более отчетливым было ощущение себя в качестве жертвы обстоятельств с неспособностью и нежеланием разобраться в себе, трезво оценить себя в ситуации болезни ($r = -0,28$).

Отсутствие эмоционального резонанса в отношении собственных ценностей, нарастание эмоциональной уплощенности и оскудения эмоциональности во взаимоотношениях с окружающими (низкие показатели самотрансенденции), которые усугублялись по мере нарастания степени виктимизации ($r=-0,32$), резонировали с нарушением осознания себя в роли виктима, так как были субъективно неприятными, мешающими, усугубляющими запутанность в собственных переживаниях.

По мере нарастания степени виктимизации нарастали нерешительность и неуверенность обследованных больных шизофренией. Эти параметры, являясь из характеристик виктимизированной личности пациента с шизофренией, были обусловлены разрушением базовой экзистенциальной свободы как способности принимать персонально обоснованные решения в проблемных жизненных ситуациях ($r=-0,266$). Соответственно, виктимизированная жизнью с шизофренией личность оказывалась неспособной взять на себя ответственность даже за принятые с трудом решения. Социальная отгороженность, неуверенность, отсутствие чувства персональной включенности в жизнь, таким образом, были обусловлены нарастающей дефицитарностью экзистенциальной ответственности ($r=-0,266$).

Характерные для выражено виктимизированных больных, особенно на начальных стадиях заболевания, эмоциональная и когнитивная несостоятельность в оценке внутренних процессов, типичная невозможность разобраться в собственных мыслях, чувствах, отношениях, клинически проявлявшиеся алогией, нарушениями внимания, ангедонией, асоциальностью являлись экзистенциальным выражением блокирования и невозможностью применения базовых персональных способностей ($r=-0,241$). Более того, динамическое наблюдение за обследованными пациентами позволило рассматривать дефицит персональности как предиктор надвигающегося психотического состояния, что было использовано в превентивных целях для коррекции психосоциальной и медикаментозной терапии.

Самоидентификация виктимизированных пациентов с жертвой обстоятельств, с нашей точки зрения, являющаяся следствием нарушенной способности конструктивно справляться с внешней жизнью и неразрывно связанная с нарушенной персонификацией, находила подтверждение в наличии достоверной отрицательной корреляции степени выраженности виктимности и показателя экзистенциальности ($r=-0,286$). Неспособность обследованных больных к установлению адекватных взаимоотношений близости, их аутизация и отчужденность, расплывчатость временной перспективы и ригидность аутоидентификации с жертвой обстоятельств являются результатом экзистенциальной потери аутентичности жизни с невозможностью соотнесения мира внутреннего и внешнего.

Наращение степени виктимизированности обследованных пациентов тесно коррелировало с показателями экзистенциальной неисполненности ($r=-0,275$). Поэтому личностная дисфункциональность виктимизированных больных рассматривалась нами как аутентично обоснованная, формирующаяся на фоне нарушения диалогических взаимоотношений с окружающим миром, потеря жизненного смысла, его внешняя, не зависящая от пациента, определенность и, соответственно, невозможность им реализовать свою сущность.

Полученные данные позволили рассматривать экзистенциальную исполненность как один из компонентов виктимогенных условий, который показывает степень осмысленности жизни, внутреннее согласие с собой и своими поступками и ощущение возможности привносить нечто субъективно хорошее в жизнь. Составляющие экзистенциальной исполненности (самодистанцирование, самотрансценденция, свобода, ответственность, персональность, экзистенциальность, субъективно переживаемая мера исполненности) в значительной степени влияют на степень виктимизации личности больных шизофренией.

Таким образом, экзистенциальная исполненность является важной индивидуально-психологической личностной характеристикой, в значительной степени детерминирующей степень виктимизации больных шизофренией.

Процесс виктимизации больных параноидной шизофренией характеризуется прогрессирующим истощением экзистенциальных личностных ресурсов, постепенной утратой жизненного смысла и нарастающими вследствие этого отчужденностью, нерешительностью, обесцениванием вплоть до потери своего места в жизни, что, с одной стороны, усугубляется психопатологической симптоматикой, с другой – выступает в качестве одной из причин усиления выраженности вторичных негативных симптомов.

4.2. Личностная субъективация больных шизофренией с различной степенью виктимизации

В основе виктимогенного процесса у больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с ее частичной или тотальной депривацией, выражающейся в утрате автономности, нарушениях в ценностно-смысловой сфере, дисфункциональных механизмах совладания. Виктимогенные механизмы формирования дефицита личностных ресурсов больных шизофренией включают в себя психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. К ним, прежде всего, относятся психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, формирующие определенную степень автономии индивидуума, выражающуюся в ответственности за свою жизнь и поставленные перед собой цели. Формирующаяся в результате виктимогенеза личность представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека, характеризующуюся социально-дефицитарной уязвимостью с риском критического социального функционирования [1, с. 179].

Одним из центральных факторов, способствующих формированию виктимизированной личности больного шизофренией признается нарушения его субъективации.

Субъективация означает «приближение» человеком существующей проблемы к себе, признание ее своей, а себя – ее «источником», автором,

несущим ответственность за ее решение, а также готовность внести в это решение личный вклад, затратить усилия, задействовать собственную субъективность [157].

Идея субъективации рассматривается через опыт существования, где исключается как внешнее, так и внутреннее воздействие, поскольку нивелируется оппозиция внешнего и внутреннего Я. То, что разворачивается через деятельность субъективации, не определяется ничем внешним. Но собственное существование в опыте субъективации не может быть определено ничем внутренним, поскольку «Я» понимается как процесс презентации внутреннего окружающему миру.

«Субъективация» в текстах М. Фуко формулируется в качестве концепта, определяющего так называемые «техники себя», которыми субъект дифференцирует себя в качестве объекта возможного узнавания [158]. Процесс субъективации «использует» исследование виктимо-стигматизационной деформации личности больных шизофренией с трансформацией некоторых отношений личности к себе. В качестве маркеров субъективации больных шизофренией нами использовались характеристики уровня субъективного контроля, самооффективности и смысложизненных ориентаций.

4.2.1. Субъективный контроль и самооффективность как паттерны деформации личностной субъективации виктимизированных больных параноидной шизофренией

В таблице 4.3 представлены данные, характеризующие уровень субъективного контроля в группах пациентов с различной степенью выраженности виктимизации в сравнении с аналогичными показателями в группе невиктимизированных больных.

Общий показатель интернальности в сравниваемых группах пациентов с шизофренией позволил отнести их к личностям экстернального типа, оценивающимися себя как неспособных влиять на происходящие события, склонных рассматривать жизненные ситуации как независимые от них, а

Таблица 4.3 - Сравнительный анализ показателей уровня субъективного контроля в зависимости от наличия и степени виктимизации больных шизофренией

Показатель субъективного контроля	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$ (ДИ)				Достоверность статистических различий
	Основные группы			Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
Общая интернальность (Ио)	4,7±0,3 (95%ДИ: 4,1-5,3)	4,3±0,3 (95%ДИ: 3,7-4,9)	4,3±0,3 (95%ДИ: 3,6-5,0)	4,9±0,3 (95%ДИ: 4,4-5,4)	p ¹ = 0,225 p ² = 0,185 p ³ = 0,240 p ⁴ = 0,976
Интернальность в области достижений (Ид)	5,6±0,3 (95%ДИ: 4,9-6,3)	5,9±0,3 (95%ДИ: 5,4-6,5)	5,6±0,4 (95%ДИ: 4,8-6,4)	5,6±0,3 (95%ДИ: 5,1-6,2)	p ¹ = 0,727 p ² = 0,638 p ³ = 0,768 p ⁴ = 0,295
Интернальность в области неудач (Ин)	4,3±0,3 (95%ДИ: 3,9-5,3)	4,1±0,3 (95%ДИ: 3,4-4,5) ¹	4,0±0,3 (95%ДИ: 3,1-5,1) ¹	5,2±0,3 (95%ДИ: 4,6-5,8) ¹	p ¹ = 0,017 p ² = 0,197 p ³ = 0,899 p ⁴ = 0,093
Интернальность в семейных отношениях (Ис)	5,6±0,4 (95%ДИ: 4,9-6,4)	5,3±0,3 (95%ДИ: 4,7-5,8)	5,5±0,3 (95%ДИ: 4,9-6,1)	5,7±0,3 (95%ДИ: 5,2-6,2)	p ¹ = 0,924 p ² = 0,426 p ³ = 0,578 p ⁴ = 0,945
Интернальность в области производственных отношений (Ип)	4,5±0,3 (95%ДИ: 4,1-5,2) ³	4,4±0,3 (95%ДИ: 3,9-4,9)	3,7±0,3 (95%ДИ: 3,2-4,3) ^{1,3}	4,6±0,2 (95%ДИ: 4,1-5,0) ¹	p ¹ = 0,035 p ² = 0,430 p ³ = 0,019 p ⁴ = 0,074
Интернальность в области межличностных отношений (Им)	5,2±0,4 (95%ДИ: 4,5-6,0)	5,2±0,3 (95%ДИ: 4,6-5,8)	4,7±0,2 (95%ДИ: 4,2-5,1) ¹	5,8±0,3 (95%ДИ: 5,1-6,4)	p ¹ = 0,047 p ² = 0,246 p ³ = 0,746 p ⁴ = 0,029
Интернальность в отношении здоровья и болезни (Из)	5,0±0,3 (95%ДИ: 4,3-5,6)	5,1±0,3 (95%ДИ: 4,4-5,7)	4,9±0,3 (95%ДИ: 4,2-5,5)	5,3±0,2 (95%ДИ: 5,0-5,7)	p ¹ = 0,773 p ² = 0,834 p ³ = 0,968 p ⁴ = 0,654

Примечание: p¹ – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P^3 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P^4 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

определяемые другими людьми или иными внешними силами. Несмотря на отсутствие статистически достоверных ($p > 0,05$) различий между группами обследованных больных, прослеживалась тенденция к усугублению интернальности по мере нарастания степени виктимизированности пациентов. Это позволило рассматривать личностную экстернальность как один из базовых показателей субъективации, создающий своеобразную платформу для принятия позиции жертвы.

В то же время, в области достижений и в семейных отношениях при отсутствии статистически достоверных различий ($p > 0,05$) как между группами виктимизированных и невиктимизированных больных, так и между группами пациентов с разной степенью выраженности виктимизации, для подавляющего количества личностей оказывалась характерной интернальность как склонность брать на себя ответственность за происходящие события. В контексте характерного для больных шизофренией негативного симптома асоциальности, работающие пациенты демонстрировали достаточный уровень ответственности и успешности, если их работа не предполагала общения с большим количеством людей. Однако интернальность в семейных отношениях, с нашей точки зрения, была сопряжена с готовностью взять на себя роль жертвы обстоятельств, внешних факторов, а не ответственности за гармонию семейных отношений.

В области производственных отношений отчетливо удерживалась тенденция к нарастанию экстернальности по мере утяжеления степени виктимизированности обследованных больных (группа сравнения - $4,6 \pm 0,2$, группа 1 - $4,5 \pm 0,3$, группа 2 - $4,4 \pm 0,3$, группа 3 - $3,7 \pm 0,3$, различия между группами

достоверны ($p < 0,05$). Такая позиция была характерной для неработающих пациентов, которые были склонны обвинять руководство, сотрудников, родственников врачей в своей потере места работы или невозможности трудоустроиться. Больные, продолжавшие трудовую деятельность, приписывали отсутствие карьерного роста, понижение на работе, сложные отношения с коллегами внешним обстоятельствам, отказываясь замечать собственную нерадливость, нерешительность, низкую производительность или конфликтность.

Аналогичная тенденция прослеживалась и в нарастании экстернальности виктимизированных больных в области неудач (различия с группой сравнения статистически достоверны, $p < 0,05$). Виктимизированные больные обнаруживали склонность приписывать собственные неудачи или другим людям, или собственной «невезучести». Данная жизненная позиция, сформированная под воздействием виктимизирующих факторов, способствовала активизации внутренних, личностных механизмов отвержения самого себя в виктимизирующей среде, способствовала закреплению выученной беспомощности, зависимости и избегания событий, потенциально требующих хотя бы минимальной решительности и ответственности.

В области межличностных отношений пациенты группы сравнения демонстрировали готовность брать на себя ответственность за построение отношений с окружающими (показатель Им $5,8 \pm 0,3$), то есть их отличала интернальность в данной жизненной сфере. Больных с легкой и умеренной степенью виктимизации характеризовала незначительная экстернальность ($5,2 \pm 0,4$ и $5,2 \pm 0,3$ соответственно). У пациентов с тяжелой степенью виктимизации межперсональные взаимоотношения выстраивались по экстернальному типу ($4,7 \pm 0,2$), что согласовывалось с их склонностью приписывать собственные затруднения в общении позиции окружающих или каким-либо иным, не зависящим от больного обстоятельствам (различия с группой сравнения статистически достоверны, $p < 0,05$).

Показатель Из, характеризующий отношение к собственному здоровью и болезни, во всех группах пациентов был хотя и статистически недостоверно

($p > 0,05$), но ниже нормативного показателя с тенденцией к снижению по мере формирования и утяжеления степени виктимизации больных. Поэтому закономерно предположить, что для всех пациентов с шизофренией феномен «жизни с болезнью» способствует принятию пассивной роли больного, которого обязаны вылечить врачи, тем самым создавая базис для утраты собственной субъектности в сфере преодоления недуга и способствуя формированию статуса жертвы, отвергнутой медициной, ущемленной в собственных правах, интересах и возможностях реализации потребности в здоровье. Экстернальность в отношении к своему здоровью и болезни, таким образом, способствует формированию роли виктима как страдания, и, в то же время, пассивности и перекладывании ответственности за собственное здоровье и на окружающих. Патерналистская модель здравоохранения во многом способствует данной трансформации, создавая социально приемлемое поведение больного шизофренией с клеймом беспомощной, неэффективной, десоциализированной жертвы.

Таблица 4.4 - Корреляционный анализ показателей интернальности у больных шизофренией с различной степенью виктимизации

Показатель	Виктимизированные больные	Группа сравнения
Общая интернальность (Ио)	-0,31*	0,07
Интернальность в области достижений (Ид)	-0,21	-0,26*
Интернальность в области неудач (Ин)	0,09	0,05
Интернальность в семейных отношениях (Ис)	-0,36*	-0,18
Интернальность в области производственных отношений (Ип)	0,28	0,07
Интернальность в области межличностных отношений (Им)	-0,35*	-0,01
Интернальность в отношении здоровья и болезни (Из)	-0,38*	-0,28*
* - показатель корреляции Спирмена статистически значимо отличается от 0 при $p < 0,05$.		

С помощью корреляционного анализа Спирмена на основе данных методики «Уровень субъективного контроля» и опросника «Определение степени

виктимизации» в исследуемой группе больных шизофренией не было выявлено большого количества статистически значимых взаимосвязей показателей интернальности и степени виктимизации, что отражено в таблице 4.4.

Как видно из приведенной таблицы, у невиктимизированных пациентов группы сравнения лишь нарастание негативной симптоматики формировало статистически значимую ($p < 0,05$) тенденцию к экстернальности в области достижений ($r = -0,26$) и в отношении здоровья и болезни ($r = -0,28$). Как относительная социальная неприспособленность пациентов, так и низкий уровень социальных достижений приписывались ими внешним обстоятельствам или проискам недоброжелателей. Аналогичным образом смещение локуса контроля вовне объясняли пассивность и отсутствие заинтересованности в улучшении своего состояния больных по мере нарастания у них эмоционально-мотивационного дефицита. В данном случае можно думать базисной роли негативной симптоматики для активации психологических виктимизационных механизмов у больных параноидной шизофренией.

Степень нарастания виктимизированности обследованных пациентов статистически достоверно ($p < 0,05$) отрицательно коррелировала с показателями интернальности в области межличностных ($r = -0,35$) и семейных отношений ($r = -0,36$), в отношении здоровья и болезни ($r = -0,38$), а также с общим показателем интернальности ($r = -0,31$). Смещение показателя локуса контроля в этих сферах в сторону экстернального типа указывало на то, что респонденты не видели связи между своими действиями и последствиями как для семейной жизни, так и для взаимоотношений с окружающими, в том числе, врачами. При высоком уровне виктимизации пациенты не считали себя ответственными за возникновение значимых ситуаций в указанных сферах, они находили причину в других людях, своих партнерах, членах семьи, врачах или внешних обстоятельствах. В коммуникативном процессе, в разнообразных семейных ситуациях, во взаимоотношениях с врачами нарастание экстернальности проявлялось и обуславливало зависимую жизненную позицию больных, их подчиненность обстоятельствам, блокировавшие способность к саморазвитию и

самосовершенствованию. Утрата ими субъектности, дезинтеграция сознания и реального поведения, дефензивность, укрепляемые негативной шизофренической симптоматикой, способствовали формированию образа жертвы. Происходило закрепление статуса отчужденного, отвергнутого обществом, социально пассивного, неспособного принять решение, контролировать и стать ответственным за совершаемые поступки и собственную судьбу человека, то есть виктима. Таким образом, низкий уровень субъективного контроля может рассматриваться в качестве маркера личностной дезинтеграции виктимизированного больного.

Прогрессирующая по мере нарастания уровня виктимизации утрата способности контролировать свою жизнь, активно переплетающаяся у больных шизофренией с такими негативными симптомами как абulia, апатия и асоциальность, неизбежно сказывается на глобальной оценке пациентами собственной эффективности. Под самоэффективностью нами понималась совокупность социальных представлений человека о собственных возможностях и ресурсах, а также уверенности в том, что в конкретной ситуации их будет достаточно, чтобы проявить свою компетентность и достичь успеха. Личностная самоэффективность отражала восприятие, оценку и веру человека в эффективность собственных личностных качеств и ресурсов.

В ходе сравнительного анализа показателя самоэффективности в выделенных группах больных шизофренией с разной степенью виктимизации были выявлены достоверные различия ($\chi^2 = 8,04$, $p < 0,05$). Менее виктимизированные пациенты в большей степени обнаруживали уверенность в своих способностях и в успехе собственных действий. Они оказывались способными верить в то, что они в состоянии вести себя таким образом, что это приведет к желаемым результатам. Более виктимизированные респонденты были более пессимистичны в мыслях о собственных достижениях, менее мотивированы к активным действиям и с трудом принимали решения, что клинически находило отражение в нарастании апатии, гипобулии и асоциальности.

На основании данных методики «Шкала общей самооффективности» и опросника «Определение степени виктимизации» в исследуемой группе виктимизированных больных шизофренией была выявлена статистически значимая ($p < 0,05$) отрицательная взаимосвязь показателя общей самооффективности и степени виктимизации ($r = -0,349$). Влияние веры в самооффективность на поведение приводит к тому, что человек боится и избегает тех социальных ситуаций, с которыми, по его мнению, он не сумеет справиться, но активно и наступательно он ведет себя тогда, когда он уверен в своих способностях и верит в успех собственных действий. Менее виктимизированные больные шизофренией легче принимали решения и обладали достаточной мотивацией к осуществлению активных действий, особенно в трудных ситуациях. У пациентов с высокой степенью виктимизации обнаруживалась низкая самооценка, пессимистические мысли о собственных достижениях, беспокойство и ощущение беспомощности, что позволило рассматривать веру в самооффективность в качестве одного из психологических механизмов виктимизационного процесса.

4.2.2. Оценка роли смысложизненных ориентаций в трансформации субъективации больных шизофренией в процессе виктимогенеза

В ходе сравнительного анализа показателей смысложизненных ориентаций в выделенных группах больных параноидной шизофренией с разной степенью виктимизации был выявлен ряд особенностей (табл. 4.5).

Единственным показателем, статистически достоверно ($p < 0,05$) превышающим нормативные, причем как у пациентов группы сравнения ($64,8 \pm 5,0$), так и в группах виктимизированных больных (группа 1 - $62,2 \pm 4,4$, группа 2 - $54,5 \pm 6,5$, группа 3 - $53,0 \pm 6,1$ соответственно), был параметр жизненных целей.

Таблица 4.5 - Сравнительный анализ показателей виктимизации и смысложизненных ориентаций в исследованных группах

Показатель психодиагностической методики	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$				Достоверность статистических различий
	Основные группы			Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
Цели в жизни	62,2±4,4 (95%ДИ: 53,4-71)	54,5±6,5 (95%ДИ: 41,1-67,9) ¹	53,0±6,1 (95%ДИ: 40,5-65,5) ¹	64,8±5,0 (95%ДИ: 54,7-74,8) ¹	p ¹ = 0,042 p ² = 0,123 p ³ = 0,727 p ⁴ =0,237
Процесс жизни	27,2±1,5 (95%ДИ: 24,2-30,2)	27,9±1,3 (95%ДИ: 25,3-30,5)	25,9±1,0 (95%ДИ: 23,9-27,8)	28,5±1,3 (95%ДИ: 25,8-31,2)	p ¹ = 0,371 p ² = 0,712 p ³ = 0,512 p ⁴ = 0,765
Результативность жизни	24,4±1,5 (95%ДИ: 21,3-27,5)	25,2±1,1 (95%ДИ: 23-27,3)	23,4±1,3 (95%ДИ: 20,8-25,9)	25,1±1,1 (95%ДИ: 22,9-27,3)	p ¹ = 0,787 p ² = 0,676 p ³ = 0,598 p ⁴ = 0,283
Локус контроля-Я	19,8±1,2 (95%ДИ: 18,4-23,2)	17,0±0,9 (95%ДИ: 15,2-19,7)	15,3±1,0 (95%ДИ: 13,3-16,4) ¹	22,1±1,0 (95%ДИ: 20,1-24,2) ¹	p ¹ = 0,032 p ² = 0,398 p ³ = 0,906 p ⁴ = 0,252
Локус контроля-жизнь	23,0±1,2 (95%ДИ: 20,6-25,4)	22,6±1,0 (95%ДИ: 20,6-24,7)	20,5±0,7 (95%ДИ: 19,1-21,9) ¹	23,6±1,3 (95%ДИ: 20,9-26,3) ¹	p ¹ = 0,044 p ² = 0,750 p ³ = 0,527 p ⁴ = 0,938
Общий показатель	66,2±5,6 (95%ДИ: 54,8-77,6)	57,8±6,1 (95%ДИ: 45,6-70,0) ¹	48,7±3,9 (95%ДИ: 41-56,4) ¹	67,1±6,3 (95%ДИ: 54,2-80,1) ¹	p ¹ = 0,015 p ² = 0,141 p ³ = 0,953 p ⁴ = 0,187
<p>Примечание: p¹ – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);</p> <p>p² - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);</p> <p>p³ – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);</p> <p>p⁴ – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).</p>					

Поэтому больных шизофренией с относительно небольшой длительностью заболевания в данном исследовании мы характеризовали скорее как прожектеров, неосознанно выдающих желаемое за действительное, то есть позиционирующих определенные жизненные планы, которые, однако, не имели реальной опоры в настоящем и не подкреплялись личной ответственностью за их реализацию. Более того, несмотря на завышенные в сравнении с нормой значения показателя целей в жизни, прослеживалась тенденция к его снижению в группах больных с умеренной и тяжелой степенью виктимизации (различия с группой сравнения статистически достоверны, $p < 0,05$), что отражало нарастающую по мере прогрессирования виктимности постепенную утрату временной перспективы и жизненного смысла.

Данное предположение подтверждалось заниженными в сравнении с нормой показателями интереса и эмоциональной насыщенности жизни во всех группах виктимизированных больных (группа 1 - $27,2 \pm 1,5$, группа 2 - $27,9 \pm 1,3$, группа 3 - $25,9 \pm 1,0$ соответственно). Несмотря на отсутствие статистически достоверных различий с группой сравнения ($p > 0,05$), по мере нарастания степени виктимизации пациенты теряли смыслообразующий жизненный интерес, а их эмоциональная уплощенность блокировала способность восприятия эмоциональной насыщенности разнообразных жизненных событий.

Все обследованные больные шизофренией, вне зависимости от наличия и степени виктимизированности высказывали относительную удовлетворенность, соответствующую нормативным параметрам, самореализацией (различия в значениях показателя результативности жизни как с группой сравнения, так и в зависимости от степени виктимизации, статистически недостоверны, $p > 0,05$). Однако анализ в сравнении с низкими значениями показателей по другим параметрам (например, общим показателем смысложизненных ориентаций) позволяли рассматривать пациентов с шизофренией как ориентированных на прошлое («когда все

было хорошо, пока я не заболел») и в буквальном смысле доживающих остаток жизни, не усматривая в ней смысла и возможностей самореализации.

Значение показателя локуса контроля – Я у пациентов группы сравнения ($22,1 \pm 1,0$) и больных с минимальной степенью виктимизации ($19,8 \pm 1,2$) соответствовало нормативным, то есть респонденты располагали достаточной уверенностью в себе, в собственных силах для постановки и осуществления жизненных целей. Однако по мере развития процесса виктимизации пациенты постепенно утрачивали веру в собственные силы для осуществления контроля над жизненными смыслами и планами, что подтверждалось статистически достоверным ($p < 0,05$) снижением показателя локуса контроля Я по отношению к аналогичному показателю группы сравнения у больных с тяжелой степенью виктимизации ($15,3 \pm 1,0$). Статистически достоверные различия в экспериментальной выборке по шкале локус контроля - Я ($p < 0,05$) характеризовали больных с большим уровнем виктимизации как неспособных принимать решения, нерешительных и неуверенных в собственных решениях. Со снижением уровня виктимизации росли ясность и прочность в формировании суждения, осознание свободы выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле, что использовалось нами при составлении индивидуализированных программ девиктимизации больных шизофренией.

Феномен «жизни с болезнью» пациентов с шизофренией как вследствие обусловленного болезнью нарушения самовосприятия и восприятия окружающего мира, так и под воздействием дискриминирующего отношения социума к ним, неизбежно приводит к ощущению утраты контроля над собственной жизнью и собой в процессе жизни. Такое смещение локуса контроля над собственной жизнью нашло отражение в имевшем место во всех группах обследованных пациентов статистически достоверном ($p < 0,05$) снижении в сравнении с нормативными

показателями показателя управляемости жизнью. Помимо этого, у больных с тяжелой степенью виктимизации данный показатель был статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже ($20,5 \pm 0,7$), чем в группе сравнения ($23,6 \pm 1,3$), причем тенденция к его снижению прослеживалась по мере нарастания степени виктимизированности больных основной группы ($23,0 \pm 1,2$ в группе 1, $22,6 \pm 1,0$ в группе 2). Поэтому в качестве одного из механизмов виктимизации личности больных шизофренией можно рассматривать сдвиг локуса контроля над жизнью в сторону фатализма, неподвластности свободы жизни и жизненного выбора собственным желанием, смыслам и выборам. Этим объяснялись присущие виктимизированным, особенно в тяжелой степени, пациентам потеря представлений о будущем, описываемые ими ощущения бессилия, бесперспективности, бессмысленности и безнадежности.

Подтверждением утраты смысложизненных ориентаций как одного из индикаторов нарушения личностной субъективации больных шизофренией являлось выраженное, статистически достоверное ($p < 0,05$) в сравнении с нормой, снижение общего показателя СЖО у всех обследованных больных параноидной шизофренией. Общий показатель смысложизненных ориентаций основной группы больных статистически достоверно ($p < 0,05$) снижался по мере нарастания степени виктимизации (в группе пациентов с умеренной степенью виктимизации - $57,8 \pm 6,1$, с тяжелой степенью - $48,7 \pm 3,9$) в сравнении с аналогичным показателем в группе невиктимизированных больных ($67,1 \pm 6,3$). Процесс виктимной деформации оказывался сопряженным с прогрессирующей потерей способности, возможности и побуждения искать, находить и реализовывать смысл жизни, определять себя в смысло-жизненном пространстве, ставить и реализовывать жизненные цели, то есть идентифицировать себя в качестве субъекта собственной жизни.

С помощью корреляционного анализа Спирмена показателей смысложизненных ориентаций и виктимизации в исследуемых группах

больных шизофренией было выявлено ограниченное количество статистически значимых взаимосвязей (табл. 4.6).

Таблица 4.6 - Корреляционный анализ показателей смысложизненных ориентаций и виктимизированности больных шизофренией

Показатель методики СЖО	Виктимизированные больные	Группа сравнения
Цели в жизни	-0,364*	0,09
Процесс жизни	-0,16	0,115
Результативность жизни	-0,13	-0,172
Локус контроля - Я	-0,07	-0,13
Локус контроля - жизнь	-0,596*	-0,20
Общий показатель	-0,488*	-0,23

Примечание: * - показатель корреляции Спирмена статистически значимо отличается от 0 при $p < 0,05$.

Однако наличие статистически достоверной ($p < 0,05$) отрицательной корреляции между показателями целей в жизни и степенью виктимизации пациентов ($r = -0,364$) подтвердило представленные выше данные о том, что усугубление признаков виктимности сопровождается потерей временной перспективы и осмысленности жизненного процесса. Помимо этого, статистически достоверная ($p < 0,05$) обратная, отрицательная связь между показателями виктимности и локуса контроля - жизнь ($r = -0,596$) и общего показателя смысложизненных ориентаций ($r = -0,488$) позволяет рассматривать последние в качестве триггеров социальной пассивности и беспомощности виктимизированных больных с шизофренией. Виктимизированные больные шизофренией не верят в то, что могут контролировать свою жизнь, отмечают отсутствие свободы выбора, живут сегодняшним и вчерашним днем, т.к. не уверены, что смогут придать смысл остатку своей жизни.

Виктимогенный процесс включает в себя механизм социально-психологической деформации личности, итогом которого является осознание себя жертвой неблагоприятных условий социализации, во многом обусловленное фактом «жизни с болезнью». Нарушение субъективации – лишь один из механизмов виктимогенного процесса, затрагивающий такие

сферы, как принятие ответственности в межличностных отношениях и персональных достижениях, вера в успех своих действий и ощущение свободы выбора. Составляющие субъективации (интернальность в области достижений и в семейной сфере, самоэффективность, локус контроля - Я) в значительной степени определяют степень виктимизации личности больных шизофренией.

РАЗДЕЛ 5

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕСУРСНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА УРОВЕНЬ ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Процесс виктимизации, как нарушение процесса нормальной социализации индивидуума, рассматривается с точки зрения социально-психологических подходов как возможная детерминанта дисфункциональных состояний личности больных шизофренией. В основе виктимогенного процесса у больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с частичной или тотальной ее депривацией, выражающейся в утрате автономности, нарушениях в ценностно-смысловой сфере, дисфункциональных механизмах совладания.

Виктимогенные механизмы формирования дефицита личностных ресурсов больных шизофренией включают в себя психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. Формирующаяся в результате виктимогенеза личность представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека, характеризующуюся социально-дефицитарной уязвимостью с риском критического социального функционирования и определенным сочетанием показателей личностных ресурсов, включающих себя особенности приспособительного поведения, мотивационной сферы и переживания субъективного благополучия.

Динамическая характеристика приспособительного поведения (ПП) больных шизофренией рассматривалась нами как способность действовать или predisпозиция к продуктивному поведению. При этом предполагалось, что патологический процесс влияет на ПП не непосредственно, а через виктимизированную личность, изменяя ее свойства и отношения. К личностно обусловленным нарушениям ПП нами были отнесены виктимогенно обусловленные ролевые дефекты в производственных и межличностных отношениях, отношениях с родными, затруднения в установлении гармоничных

партнерских отношений, разного рода интрапсихические конфликты, нарушения социальной перцепции и самооценки, неконструктивные способы совладающего поведения.

5.1. Особенности копинг-стратегий виктимизированных больных шизофренией

Понятие копинг - поведение нами интерпретировалось как совладающее поведение или психологическое преодоление, подразумевающее индивидуальный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами. Активная форма копинг - поведения или активное преодоление рассматривалось как целенаправленное устранение или изменение влияния стрессовой ситуации, ослаблением стрессовой связи личности и его окружающей среды. Пассивное копинг - поведение или пассивное преодоление - как интрапсихические способы совладания со стрессом с использованием различного арсенала механизмов психологической защиты, которые направлены на редукцию эмоционального напряжения, а не на изменение стрессовой ситуации.

Методический подход, использованный в настоящем исследовании для оценки копинга у больных шизофренией, позволил выделить три основных типа копинг-стратегий: а) копинг, «сфокусированный на разрешении проблем», направленный на устранение стрессовой связи между личностью и средой; б) копинг, «сфокусированный на поиске социальной поддержки», предусматривающий поиск возможностей перекладывания ответственности на окружающих; в) копинг, «сфокусированный на избегании» - отказ от решения проблем, уход в болезнь, эскапизм. Соответственно, весь спектр возможных копинг-стратегий у обследованных больных шизофренией был разделен на конструктивные, условно конструктивные и неконструктивные варианты. Как конструктивный рассматривался копинг, ориентированный на разрешение

проблем, как условно конструктивный – ориентированный на поиск социальной поддержки, как неконструктивный – ориентированный на избегание.

В таблицах 5.1 и 5.2 приведены данные об интенсивности и частоте использования различных копинг-стратегий виктимизированными и невиктимизированными больными шизофренией.

Таблица 5.1 - Сравнительный анализ интенсивности используемых копинг-стратегий у больных шизофренией в зависимости от степени виктимизации

Вид копинг-стратегии	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$				Достоверность статистических различий
	Основные группы			Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
Копинг, ориентированный на решение проблем	14,4±0,5 (95%ДИ: 11,7-16,9)	14,3±0,6 (95%ДИ: 11,2-16,5)	14,4±0,7 (95%ДИ: 11,0-17,3)	14,8±0,2 (95%ДИ: 12,6-16,5)	$p^1=0,424$ $p^2=0,591$ $p^3=0,925$ $p^4=0,555$
Копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки	14,4±0,7 (95%ДИ: 12,0-16,7)	13,7±0,6 (95%ДИ: 11,5-15,9)	14,3±0,6 (95%ДИ: 11,3-16,6)	14,7±0,4 (95%ДИ: 6,8-9,5)	$p^1=0,869$ $p^2=0,389$ $p^3=0,740$ $p^4=0,682$
Копинг, ориентированный на избегание	15,4±1,0 (95%ДИ: 13,5-18,4) 1	23,8±0,5 (95%ДИ: 19,0-26,9) 1,2	24,9±0,6 (95%ДИ: 1,6-27,1) 1,3,4	13,3±0,3 (95%ДИ: 11,8-15,1) 1	$p^1=0,030$ $p^2=0,827$ $p^3=0,169$ $p^4=0,287$

Примечание: p^1 – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p^3 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p^4 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Как видно из таблицы 5.1, для всех обследованных больных шизофренией, вне зависимости от наличия и степени виктимизированности, была характерной крайне низкая интенсивность использования копинг-стратегий, что свидетельствовало об их низкой способности противостоять жизненным трудностям и отсутствию определенных алгоритмов поведения в противостоянии стрессовым событиям. Причем невиктимизированные пациенты группы сравнения с очень низкой интенсивностью использовали и стратегии избегания, в то время как по мере нарастания степени виктимности данная стратегия становилась более интенсивно используемой. При легкой степени виктимизации данная стратегия использовалась пациентами с очень низкой интенсивностью ($15,4 \pm 1,0$), но статистически достоверно ($p < 0,05$) активнее, чем больными группы сравнения ($13,3 \pm 0,3$). При умеренной степени респонденты более активно и интенсивно использовали стратегию избегания ($23,8 \pm 0,5$, различия с аналогичным показателем в группе сравнения и группе 1 статистически достоверны, $p < 0,05$). Больные с тяжелой степенью виктимизации использовали данную стратегию со средней степенью интенсивности ($23,9 \pm 0,6$), показатель статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе сравнения и у пациентов с легкой и умеренной виктимизацией. Соответственно, можно предположить, что закрепление роли жертвы у больных шизофренией сопровождается преимущественным использованием уклоняющегося стиля поведения в сложных жизненных обстоятельствах за счет обусловленных виктимизацией беспомощности, неуверенности в собственных возможностях для контроля над ситуацией, социальной пассивности и инфантилизма. В целом, низкое развитие копинг-ресурсов у обследованных больных шизофренией являлось отражением формирования у них пассивного дезадаптивного приспособительного поведения, дезинтеграции личности и социальной изоляции, что, с одной стороны, делало пациентов уязвимыми воздействия для виктимогенных факторов, с другой – определяло стратегии психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Таблица 5.2 - Частота вариантов копинг-поведения в исследованных группах больных шизофренией

Варианты копинг-поведения	Больные основной группы (%±m%)	Больные группы сравнения (%±m%)	Статистическая значимость различия, p
I - копинг, ориентированный на решение проблем	14,3±1,6%	42,8±2,1%	<0,001*
II - копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки	39,4±2,8%	52,4±3,6%	<0,001*
III - копинг, ориентированный на избегание	58,4±1,7%	8,2±2,1%	<0,001*
Примечание: * - различия между группами достоверны.			

Невиктимизированные больные, в отличие от больных основной группы, достоверно ($p < 0,001$) чаще использовали конструктивные варианты копинга, как разновидности более или менее успешного адаптивного поведения, направленного на преодоление трудностей. В то же время в группе виктимизированных пациентов преобладали неконструктивные варианты копинга, при которых предпочтение отдавалось «активному избеганию» или дезадаптивному поведению, предполагающему изоляцию от окружающих, избегание совместной деятельности в преодолении возникших трудностей.

Указанные различия копинг-поведения в сравниваемых группах больных подтверждались и его содержательными характеристиками. Конструктивный вариант копинга или функционально-адекватного совладания, нашедший отражение в поведенческих моделях разрешения проблем, выявлен у 42,8±2,1% больных группы сравнения и достоверно реже ($p < 0,001$) наблюдался в группе виктимизированных больных (14,3±1,6%). Данная поведенческая стратегия способствовала появлению и дальнейшему рассмотрению широкого круга альтернативных вариантов решения проблем. Активное их разрешение являлось когнитивно-поведенческим процессом, в результате которого формировалась общая социальная компетентность личности больных.

В рамках этой стратегии пациенты использовали три основных психологических механизма: «проблемный анализ», нашедший отражение в вербализованных установках типа «думаю о том, что нужно сделать для того, чтобы исправить положение», «сосредоточиваюсь полностью на решении проблемы», «очень тщательно взвешиваю возможности выбора», «ставлю для себя ряд целей, позволяющих постепенно справиться с ситуацией», «осуществляю поиск всех возможных решений, прежде чем что-либо предпринять»; «поиск путей разрешения» - «пытаюсь различными способами разрешить проблему, пока не найду наиболее подходящий», «обдумываю про себя план действий»; «концентрация на собственных действиях» - «старюсь сделать все так, чтобы иметь возможность наилучшим образом решить проблему», «пытаюсь решить проблему», «проявляю упорство и борюсь за то, что мне нужно в этой ситуации».

Доминирующими способами совладания при этой стратегии являлись интеллектуальная проработка и анализ событий, а также когнитивные усилия, направленные на сохранение и поддержание собственной самооценки и самоуважения. При этом способе совладания со стрессом больные основной группы в большей мере, чем невиктимизированные пациенты, были склонны к обдумыванию, нахождению объяснений, а не к проблемно-решающему поведению. Они реагировали на сложные жизненные ситуации активизацией именно интеллектуальной переработки, рассматривая причины и следствия затруднений с позиции жертвы, одновременно оставаясь поведенчески пассивными и беспомощными.

К условно-конструктивному варианту был отнесен копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки. Он нами рассматривался как пассивное копинг-поведение или пассивное преодоление с использованием различного арсенала механизмов перекалывания ответственности за происходящее и возможные действия на окружающих или внешние обстоятельства. Эта копинг-стратегия наблюдалась у $39,4 \pm 2,8\%$ больных с различной степенью виктимизации и у $52,4 \pm 3,6\%$ больных группы сравнения (различия между группами достоверны, $p < 0,001$).

Анализ и конкретизация непосредственных данных механизмов совладания позволили выявить два варианта стратегии, объясняющие ее условно конструктивный характер. Для пациентов группы сравнения более характерным был поиск поддержки окружающих, который помог бы им справиться с существующей проблемой («Рассказываю людям о ситуации, так как только ее обсуждение помогает мне прийти к ее разрешению», «Иду к другу, чтобы он помог мне лучше осознать проблему», «Иду к другу за советом - как исправить ситуацию», «Принимаю помощь от друга или родственника»). У виктимизированных больных преобладал манипулятивный стиль поведения, когда общение с окружающими, во-первых, ограничивалось только проверенными людьми, во-вторых, было направлено на поиск сочувствия и своеобразного «закрепления» самовосприятия себя как жертвы («Позволяю себе поделиться переживанием с другом», «Принимаю сочувствие и понимание кого-либо», «Обсуждаю ситуацию с людьми, так как обсуждение помогает мне чувствовать себя лучше», «Доверяю свои страхи родственнику или другу», «Иду к кому-нибудь (другу или специалисту), чтобы он мне помог чувствовать себя лучше», «Принимаю сочувствие, взаимное понимание друзей, у которых та же проблема», «Ищу успокоение у тех, кто знает меня лучше»).

Конструктивные элементы данной стратегии заключались в том, что больные не дистанцировались от травмирующей ситуации, переживали ее, искали оправдательные нюансы своей беспомощности, в широком смысле демонстрировали осознание своего дистресса, неприятие стрессовой ситуации и, в некоторых случаях, - заинтересованность в ее преодолении. Однако фиксация на собственных недостатках и низкая самооценка виктимизированных больных значительно ограничивали потенциал «конструктивности», подавляя поведенческую активность и согласуясь с их сниженной способностью к эмоциональной экспрессии.

Неконструктивный вариант копинга или копинг, ориентированный на избегание (уклонение от взаимодействия со стрессором), отражал формирование дезадаптивного, псевдосовладающего поведения, низкое развитие копинг-

ресурсов и, как уже отмечалось, способствовал социальной изоляции и дезинтеграции личности. Неконструктивный копинг предпочтительно использовался виктимизированными больными шизофренией ($58,4 \pm 1,7\%$) в сравнении с достоверно ($p < 0,001$) более редким его применением пациентами группы сравнения ($8,2 \pm 2,1\%$).

Условно нами были выделены два варианта стратегии избегания: «пассивное избегание» (переключение на отвлекающую деятельность и общение) и «активное избегание» - уход от деятельности, хотя оба варианта в той или иной степени свидетельствовали о снижении у больных мотивации к достижениям и достойного выхода из сложившейся ситуации. Этому способствовали такие негативные симптомы больных как абulia, апатия, асоциальность в сочетании с характерных для виктимизированных больных социальной инертностью с уверенностью в бесперспективности любых предпринимаемых ими проблемно-совладающих действий. Часть больных была склонна к искажению значимости возникающих проблем, у них отмечалась конформность установок, нерешительность, «покорность своей судьбе», пессимистичное оценивание собственной перспективы, что также способствовало низкой поведенческой активности. Активное избегание («Смотрю телевизор дольше, чем обычно», «Переключаюсь на хобби или занимаюсь спортом, чтобы избежать проблемы», «Сплю больше обычного», «Пытаюсь отвлечься от проблемы», «Фантазирую о том, что все могло быть иначе»), как наиболее неблагоприятный вариант копинга, характеризовался аутистическими тенденциями в поведении, оторванностью интересов от реальной ситуации и целесообразной необходимости, вследствие чего и копинг-стратегии были направлены на избегание решения трудных жизненных ситуаций с одновременным игнорированием своих проблем и компенсаторным поведением в виде фантазирования или сомнолентных проявлений. В конечном счете, частое использование копинг-стратегии избегания в качестве ведущей оказывало влияние на формирование негативной Я-концепции с низким уровнем самосознания и самооценки, что предопределяло повышенную

уязвимость к стрессу и могло являться диагностическим предиктором виктимизационной уязвимости больных шизофренией.

Корреляционный анализ Спирмена данных методики «Индикатор копинг-стратегий» (Д. Амирхан) и опросника «Определение степени виктимизации» в группе виктимизированных больных шизофренией выявил ряд взаимосвязей (табл. 5.3).

Таблица 5.3 - Анализ взаимосвязи интенсивности используемых стратегий совладающего поведения и виктимизации пациентов с параноидной шизофренией

Показатель	Виктимизированные больные	Группа сравнения
Копинг, ориентированный на решение проблем	-0,252*	0,283
Копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки	-0,56*	-0,209
Копинг, ориентированный на избегание	-0,349*	0,214
* - показатель корреляции Спирмена статистически значимо отличается от 0 при $p < 0,05$.		

Выявленные статистически достоверные ($p < 0,05$) отрицательные корреляционные связи всех видов копинг-стратегий (копинг, ориентированный на решение проблем, – $r = -0,252$, копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки, - $r = -0,56$, копинг, ориентированный на избегание, - $r = -0,349$) и степени виктимизированности обследованных больных свидетельствовали о низком развитии у них копинг-ресурсов, что являлось отражением формирования у них пассивного дезадаптивного приспособительного поведения, дезинтеграции личности и социальной изоляции, что, с одной стороны, делало пациентов уязвимыми воздействия для виктимогенных факторов, с другой – определяло стратегии психотерапевтической и психокоррекционной работы.

5.2. Характеристика мотивационной сферы больных шизофренией с различным уровнем виктимизации

Мотивация относится к психическим процессам, побуждающим личность к деятельности и поддержанию целенаправленного поведения. Поведенческими детерминантами мотивации являются уровень усилий, настойчивость, самостоятельное обращение к выполнению деятельности и выбор задач определенной сложности [159, 160]. В основе мотивационного процесса лежат сложные механизмы целеобразования, ожидания, базовые потребности личности, ценности и целевая ориентация, приводящие к формированию поведения [161].

Для изучения роли мотивации в формировании виктимизации личности особое значение приобретают теории: ожидаемой ценности, в которой мотивация определяется параметрами самоэффективности и восприятия трудности задания с точки зрения прошлого опыта, неопределенности цели, ценности ее ожидаемого результата и затраченных ресурсов [162, 163, 164, 165]; самоопределения, в которой мотивация поддерживается осознанием наличия выбора, независимости принятия решения, компетентности для выполнения деятельности при высокой значимости сопутствующих социальных взаимодействий [166]; самодетерминации Е.Л. Деси и Р.М. Руан, в которой «...мотивация, поведение и переживание субъекта в конкретной ситуации есть функция и непосредственного социального контекста, и внутренних ресурсов личности, развившихся со временем в результате предшествовавших взаимодействий с социальными контекстами» [167].

Для больных шизофренией характерна амотивация, при которой отсутствует субъективная взаимосвязь между поведением и результатом, и активность блокируется субъективной недостижимостью результатов. Амотивация усугубляется низким уровнем самодетерминации и самооценки, наличием чувства беспомощности, некомпетентности, неконтролируемости. Помимо этого, пациенты с шизофренией сталкиваются с затруднением

определения ценности стимула, которое, в результате, приводит к отсутствию желания [168].

Нарушения социальной мотивации у больных шизофренией рассматривались также в связи со снижением коммуникативной направленности мышления, то есть в ситуациях, предполагающих учёт позиции другого человека [169, 170].

Нами было сформулировано предположение, что процесс виктимизации опосредует влияние мотивации на субъективное благополучие, стратегии поведения и личностные смыслы как составляющие личностного потенциала больных шизофренией.

Поэтому в качестве объекта исследования выступала мотивация достижения, которая выражается в потребности преодолевать препятствия и добиваться определенных показателей в труде, самосовершенствоваться, соперничать с другими и опережать их, реализовывать себя и тем самым повышать самоуважение. Мотивация достижения направлена на определенный конечный результат, получаемый благодаря собственным способностям человека, а именно: на достижение успеха или избегание неудачи (А. Мехрабиан).

Как видно из таблицы 5.4, у невиктимизированных пациентов с шизофренией присутствовала мотивация к достижению успеха ($171,1 \pm 1,0$), то есть они обладали некоторой целеустремленностью и могли использовать позитивный жизненный опыт, чтобы испытывать стремление к определенным жизненным достижениям. Однако у виктимизированных пациентов по мере нарастания признаков виктимности нарастание неуверенности, беспомощности и отчужденности сопровождалось прогрессирующим падением уровня мотивации к достижениям (при умеренной степени виктимизации – до $96,9 \pm 3,3$, что было статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в группе сравнения и группе 1; при тяжелой степени – $77,9 \pm 2,2$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) снижалось в сравнении с аналогичными показателями в группе сравнения и группа. 1 и 2).

Таблица 5.4 - Сравнительный анализ показателей мотивационной сферы в исследованных группах больных с разной степенью виктимизации

Показатель мотивации	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$				Достоверность статистических различий
	Основные группы			Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
Мотив стремления к успеху	162,0±0,0 (95%ДИ: 184,0-141,9)	132,3±11,1 (95%ДИ: 124,4-190,3) 1,2	115,0±0,0 (95%ДИ: 98,6-143,2) 1,3,4	171,1±1,0 (95%ДИ: 169-173,1)	$p^1=0,043$ $p^2=0,032$ $p^3=0,028$ $p^4=0,044$
Мотив избегания неудачи	104,4±3,4 (95%ДИ: 102,5-115,4) 1	96,9±3,3 (95%ДИ: 82,3-103,6) 1,2	77,9±2,2 (95%ДИ: 63,3-92,4) 1,3,4	113,4±2,5 (95%ДИ: 108,3-118,5)	$p^1=0,033$ $p^2=0,012$ $p^3=0,041$ $p^4=0,037$

Примечание:

p^1 – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p^3 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

p^4 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Наряду с этим, у всех обследованных больных присутствовала активная мотивация к избеганию неудач. Негативный опыт жизни с болезнью, особенно в случае воздействия виктимизирующих факторов, сопровождался нарастанием мотивации избегания неудач у больных с легкой (104,4±3,4), умеренной (96,9±3,3) степенью виктимизации, достигая минимальных значений у пациентов с тяжелой виктимностью (77,9±2,2).

Полученные данные согласовывались с показателями частоты встречаемости вариантов мотивации в исследованных группах больных (табл. 5.5).

Таблица 5.5 - Частота встречаемости вариантов мотивации в исследованных группах больных с разной степенью виктимизации (абс., %)

Показатель мотивации	Основные группы			Группа сравнения	Достоверность статистических различий
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
Мотив стремления к успеху	1 (3,3) ¹	3 (6,7) ²	1 (2,9) ³	17 (24,3) ^{1,2,3}	$p^1=0,011$ $p^2=0,021$ $p^3=0,005$
Мотив избегания неудачи	29 (96,7) ¹	42 (93,3) ²	34 (97,1) ³	53 (75,7) ^{1,2,3}	
Примечание: p – достоверность статистических различий при сравнении доли для двух групп (основная группа и группа сравнения) с применением углового преобразования Фишера (с учетом поправки Йейтса).					

Если мотивация к достижению успеха присутствовала в единичных случаях больных с различной степенью виктимизации, то мотив избегания неудач был характерен для всех виктимизированных больных, причем наибольшее их количество наблюдалось в группе пациентов с умеренной степенью виктимизации (42 чел. - 93,3%) (различия с остальными группами больных статистически достоверны, $p<0,05$). С нашей точки зрения, это связано с большей эмоциональной сохранностью больных, их тяжелым переживанием предшествовавших жизненных неудач, связанных, в том числе, и с воздействием виктимизационных факторов. Подобная мотивационная направленность могла быть базисом для нарастания признаков виктимизации и закрепления феномена выученной беспомощности.

Результаты корреляционного анализа показателей мотивационной сферы и степени виктимизации пациентов, страдающих параноидной шизофренией, представлен в таблице 5.6.

Таблица 5.6 - Корреляционный анализ показателей мотивационной сферы и степени виктимизации пациентов, страдающих параноидной шизофренией

Показатель	Степень виктимизации			Группа сравнения
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	
Мотивация	0,148 p>0,05	-0,009 p>0,05	-0,143 p>0,05	0,065 p>0,05
Примечание: * - показатель корреляции Спирмена статистически значимо отличается от 0 при p<0,05.				

Отсутствие достоверных корреляций между сохранностью мотивационной сферы и степенью виктимизированности обследованных больных позволило рассматривать мотивацию как ценный ресурс для преодоления виктимных механизмов в процессе психокоррекционной и психотерапевтической работы с пациентами для достижения оптимально возможного уровня адаптации больных шизофренией.

Описанные выше особенности мотивационной сферы виктимизированных больных шизофренией, определяемые как преобладание мотивов к избеганию неудач, являлись результатом произвольной регуляции внимания, памяти, мышления. Именно характерные для психологических механизмов виктимизации и тесно связанные с негативными симптомами нарушения опосредования и целеобразования, снижение коммуникативной направленности мышления обуславливали нарушение адекватной реакции на успех и стимуляции мотивации достижения.

В то же время, мотивация, являясь в значительной мере бессознательным побуждением к действию, у виктимизированных больных шизофренией может быть ресурсом к личностным изменениям в условиях наличия задач средней степени сложности при когнитивной установке на действие, а не на достижение значительного результата. При наличии адекватной обратной связи о результатах деятельности возможна наработка навыка взятия на себя ответственности в относительно прогнозируемых,

минимально зависящих от окружающих людей или внешних обстоятельств ситуациях.

5.3. Оценка субъективного благополучия у больных шизофренией с личностной виктимностью

Для нормативного определения субъективного благополучия определяющими являются внешние критерии, социально значимые качества и соответствие системе ценностей, принятой в данной культуре (добродетельная, «правильная» жизнь). Являясь глобальной оценкой качества жизни человека, субъективное благополучие, отражает гармоничное удовлетворение его желаний и стремлений, складываясь в обыденное понимание счастья как преобладания положительных эмоций над отрицательными. В нашем исследовании мы расценивали субъективное благополучие как позитивные эмоциональные переживания, объективно преобладающие в жизни человека или обусловленные субъективной склонностью личности к таким переживаниям. Субъективное благополучие как интегральное, значимое переживание оказывает постоянное влияние на различные параметры психического состояния человека и, как соответственно, оказывает влияние на продуктивность деятельности, успешность поведения, эффективность межличностного взаимодействия и другие стороны внешней и внутренней активности [171].

Субъективное благополучие как интегральный показатель оценки человеком сфер своей жизни, может являться объединяющим ресурсный потенциал личности понятием [172].

Как динамическая характеристика интеграции личности с окружающим миром субъективное благополучие включает: удовлетворенность как совокупную эмоционально-когнитивную оценку; функциональный статус, включая психическое состояние личности; ценностно-смысловую, мотивационную сферы; наличие социальной

поддержки и способность ее использовать; самоэффективность; самооценку и самоотношение, степень уверенности в собственных возможностях и способности принять ответственность за собственную жизнь.

Дезинтеграция личности больного с шизофренией, виктимизированного в силу ряда внешних обстоятельств и внутренних предпосылок, предполагает различное сочетание компонентов субъективного благополучия. Восприятие и переживание себя в качестве жертвы трансформирует, в первую очередь, эмоциональный компонент субъективного благополучия, для измерения которого нами была использована Шкала субъективного благополучия A. Perrudet-Badoux et al. (1988) в русскоязычной адаптации М.В. Соколовой. Методика предполагала оценку шести кластеров: напряженность и чувствительность (субъективное переживание тяжести выполняемой работы, необходимость взаимодействовать с другими, потребность в уединении); признаки, сопровождающие основную психиатрическую симптоматику (нарушения сна, субъективно переживаемое чувство беспредметного беспокойства, чрезмерная острота реакций на незначительные препятствия и неудачи, в частности, нарастающее переживание и усиление рассеянности); изменения настроения (снижение настроения, снижение оптимистического модуса восприятия); значимость социального окружения (возможность совместного решения проблем, отношения с семьей и друзьями, переживание одиночества); самооценка здоровья (общее переживание собственного здоровья, в частности, физической «формы»); степень удовлетворенности повседневной деятельностью (переживание скуки в повседневной деятельности, удовлетворенность повседневной деятельностью, настроение по утрам). Сравнительный анализ данных показателей у виктимизированных в различной степени пациентов с шизофренией представлен в таблице 5.7.

Таблица 5.7 - Сравнительный анализ показателей субъективного благополучия у больных шизофренией с разной степенью виктимизации

Показатель субъективного благополучия	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$				Достоверность статистических различий
	Основные группы			Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
Напряженность и чувствительность	8,0±0,5 (95%ДИ: 8,1-9,1)	9,4±0,7 (95%ДИ: 8,7-9,9) ¹	9,6±0,9 (95%ДИ: 8,6-10,0) ¹	7,6±0,7 (95%ДИ: 5,8-8,9) ¹	p ¹ = 0,044 p ² = 0,079 p ³ = 0,706 p ⁴ = 0,156
Основная психоэмоциональная симптоматика	7,7±0,9 (95%ДИ: 5,8-8,5)	8,2±0,8 (95%ДИ: 6,7-9,3)	9,8±1,0 (95%ДИ: 8,4-10,0)	7,9±1,0 (95%ДИ: 6,2-8,9)	p ¹ = 0,614 p ² = 0,474 p ³ = 0,084 p ⁴ = 0,196
Изменение настроения	5,0±0,8 (95%ДИ: 3,3-6,8)	6,2±0,7 (95%ДИ: 4,8-7,6)	4,9±0,5 (95%ДИ: 3,8-6)	6,8±0,5 (95%ДИ: 5,7-7,9)	p ¹ = 0,224 p ² = 0,134 p ³ = 0,692 p ⁴ = 0,225
Значимость социального окружения	8,2±0,6 (95%ДИ: 7,0-9,4) ¹	8,4±0,8 (95%ДИ: 6,7-10,1) ¹	9,0±0,6 (95%ДИ: 7,8-10,2) ¹	6,6±0,4 (95%ДИ: 5,8-7,4) ¹	p ¹ = 0,044 p ² = 0,373 p ³ = 0,812 p ⁴ = 0,428
Самооценка здоровья	5,2±1 (95%ДИ: 4,1-6,4)	5,4±0,8 (95%ДИ: 4,8-6,9)	5,6±0,6 (95%ДИ: 4,5-6,6)	5,4±0,4 (95%ДИ: 4,6-6,3)	p ¹ = 0,234 p ² = 0,983 p ³ = 0,307 p ⁴ = 0,199
Степень удовлетворенности повседневной деятельностью	7,5±0,7 (95%ДИ: 6,0-8,5)	8,7±3,2 (95%ДИ: 6,8-9,3)	9,8±2,4 (95%ДИ: 7,4-10,0)	8,3±0,8 (95%ДИ: 6,7-9,3)	p ¹ = 0,223 p ² = 0,587 p ³ = 0,443 p ⁴ = 0,256

Примечание: p¹ – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

p² - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия

Стьюдента при условии нормального распределения);

P^3 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P^4 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Анализ данных, приведенных в таблице, показал, что невиктимизированные больные шизофренией группы сравнения в целом не имели высоких оценок по параметрам субъективного благополучия, то есть не испытывали особой неудовлетворенности качеством своей жизни. При этом в сферах самооценки физического здоровья ($5,4 \pm 0,4$), значимости социального окружения ($6,6 \pm 0,4$) и изменений настроения ($6,8 \pm 0,5$) пациенты не имели серьезных проблем, испытывая лишь периодически легкий дискомфорт. В то же время, показатели основной психоэмоциональной симптоматики ($7,9 \pm 1,0$), степени удовлетворенности повседневной жизнью ($8,3 \pm 0,8$), напряженности и чувствительности ($7,6 \pm 0,7$) свидетельствовали о склонности к пессимизму, застенчивости и, соответственно, умеренно выраженному чувству дискомфорта.

Пациенты с различной степенью виктимизации, так же как и больные группы сравнения были относительно удовлетворены собственным физическим здоровьем и настроением (средний балл не превышал допустимой границы в 5 стенов). В то же время, подверженность негативным виктимизирующим воздействиям социального окружения находила отражение в статистически достоверном ($p < 0,05$) повышении, в сравнении с контрольной группой, показателей значимости социальных отношений по мере нарастания степени виктимизации обследованных больных (группа 1 - $8,2 \pm 0,6$, группа 2 - $8,4 \pm 0,8$, группа 3 - $9,0 \pm 0,6$). Переживание одиночества, трудности во взаимоотношениях с семьей и друзьями оказывались дополнительным стрессом для виктимизированных

пациентов, что приводило к умеренному снижению ощущения субъективного благополучия.

Несмотря на отсутствие статистически достоверных различий между группами обследованных больных, прослеживалась отчетливая тенденция к нарастанию выраженного субъективного неблагополучия в показателях основной психопатологической симптоматики и степени удовлетворенности повседневной деятельностью. Даже при легкой степени виктимизации средние значения показателей приближались к 10 стенам, прогрессивно нарастая по мере утяжеления виктимизированности пациентов. Позиция жертвы лишала больных доверия к окружающим, надежды на будущее, усугубляя беспомощность и пассивность, что, соответственно, снижало их ресурсные возможности и характеризовало выраженное ощущение субъективного неблагополучия.

Аналогичная ситуация прослеживалась и в сфере напряженности и чувствительности. Выраженное субъективное неблагополучие виктимизированных больных при их отчужденности, стремлении к минимизации социальных контактов при необходимости взаимодействовать с другими людьми сопровождалось выраженным, нарастающим по мере усугубления степени виктимности, эмоциональным дискомфортом (группа 1 - $8,0 \pm 0,5$, группа 2 - $9,4 \pm 0,7$, группа 3 - $9,6 \pm 0,9$, различия с аналогичным показателем группы сравнения статистически достоверны, $p < 0,05$).

Таким образом, процесс виктимизации больных шизофренией сопровождался снижением их эмоциональных ресурсных возможностей, что проявлялось субъективным неблагополучием в самооценке своего психопатологического состояния и, особенно, в сферах, затрагивающих интерперсональные взаимоотношения.

Результаты корреляционного анализа показателей субъективного благополучия и степени виктимизации пациентов с шизофренией представлены в таблице 5.8.

Таблица 5.8 - Корреляционный анализ показателей субъективного благополучия и степени виктимизации пациентов, страдающих параноидной шизофренией

Показатель	Виктимизированные больные	Группа сравнения
Напряженность и чувствительность	0,604*	0,281
Основная психоэмоциональная симптоматика	0,564*	0,041
Изменение настроения	0,269*	-0,07
Значимость социального окружения	0,638*	-0,092
Самооценка здоровья	0,435*	0,206
Степень удовлетворенности повседневной деятельностью	0,523*	-0,128
Примечание: * - показатель корреляции Спирмена статистически значимо отличается от 0 при $p < 0,05$.		

Наличие статистически достоверных ($p < 0,05$) положительных корреляций выраженности виктимизации и всех показателей субъективного благополучия обследованных больных с шизофренией, с одной стороны, отражает страдание дефицитарной виктимизированной личности, усугубляющее переживание снижения качества жизни пациентов, с другой, - являются ресурсом для психокоррекционной работы, направленной на выработку копинг-стратегий, позволяющих более эффективно осуществлять процесс выбора ресурсов и механизмов преодоления трудных жизненных ситуаций.

Таким образом, процесс виктимизации существенным образом влияет на ресурсные возможности личности больных шизофренией, фрагментарно затрагивая эмоциональный и когнитивно-поведенческий компоненты, что нашло отражение в доминировании неконструктивных (эскапизм) копинг-стратегий, деформации мотивации к достижениям, развитию чувства субъективного неблагополучия как в самовосприятии, так и в области межличностных отношений. Однако наличие сохранных или условно сохранных ресурсных возможностей как в стратегиях совладания, в уровнях

мотивации, в субъективном переживании физического и эмоционального комфорта были активно использованы как надежная основа для разработки индивидуализированных девиктимизационных программ.

Раздел 6

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВИКТИМОГЕННОЙ СТИГМАТИЗАЦИОННО-ДЕФИЦИТАРНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В рамках современных эмпирических моделей развития шизофрении принято выделять разнообразные хронические изменения личности, причиной которых может являться факт переживания последствий тяжелой психической болезни, психиатрического диагноза, госпитализации в психиатрический стационар, реакции и предубеждений социального окружения. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этой группы больных является отражением фактического формирования у них синдрома виктимизации, т.е. превращения их в жертв неблагоприятных условий социализации [1, 2].

6.1. Клинико-психологическое обоснование и содержание системы девиктимизации и субъективного личностного восстановления больных шизофренией

Социально-психологический механизм виктимизации больных с психическими расстройствами определяется взаимодействием внешних и внутренних факторов. Виктимогенные механизмы формирования дефицита личностных ресурсов больных шизофренией включают в себя психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. К ним, прежде всего, относятся психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, формирующие определенную степень автономии индивидуума, выражающуюся в ответственности за свою жизнь и поставленные перед собой цели. Формирующаяся в результате виктимогенеза личность представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека,

характеризующуюся социально-дефицитарной уязвимостью с риском критического социального функционирования.

В качестве методологической основы изучения внутренних, личностных, факторов виктимизации больных шизофренией нами проведено исследование психологических механизмов клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. Результаты такого подхода были применены для создания системы психотерапевтической работы с данным контингентом больных.

При разработке общего дизайна системы девиктимизации больных параноидной шизофренией учитывались следующие принципы:

1. Соответствие оказываемой психосоциальной помощи международным и национальным стандартам, разработанной концепции виктимизации и результатам проведенных исследований.

2. Добровольность включения пациента в девиктимизационную программу, осознание конечных ее целей.

3. Этапность и последовательность девиктимизационного вмешательства, его направленность не столько на восстановление, сколько на сохранение и развитие функциональных психосоциальных ресурсов пациента.

4. Комплексность форм и методов психокоррекции и психотерапии, отбор их с учетом индивидуальных функциональных возможностей пациента.

5. Активная роль пациента на всех этапах программы девиктимизации, партнерские взаимоотношения со всеми участниками программы.

Процесс системы девиктимизации состоял из нескольких фаз:

Подготовительная фаза:

- установление доверительных партнерских отношений с пациентом;
- получение добровольного осознанного согласия на участие в девиктимизационной программе;
- обеспечение готовности пациента к совместному формированию конечных целей психокоррекционной и психотерапевтической работы;
- введение пациента в терапевтическую среду.

Фаза диагностических процедур:

- оценка уровня негативной психопатологической симптоматики;
- комплексная оценка личностной дисфункции и личностных ресурсов пациента.

Фаза определения конечной цели программы личностного восстановления – при формулировании цели программы учитывалась необходимость достижения удовлетворения наиболее значимых потребностей и более оптимального и независимого функционирования пациента.

Фаза планирования девиктимизационного вмешательства – на этом этапе осуществлялся выбор психотерапевтических подходов и конкретных методов повышения адаптивных ресурсов и уровня социального функционирования пациента.

Фаза непосредственного девиктимизационного вмешательства – обеспечивалась реализация индивидуально подобранного плана психокоррекционной и психотерапевтической работы с больным.

Разработанная нами на основе предложенных концептуальных подходов и результатов исследования структура программы девиктимизации больных шизофренией представлена на рисунке 6.1.

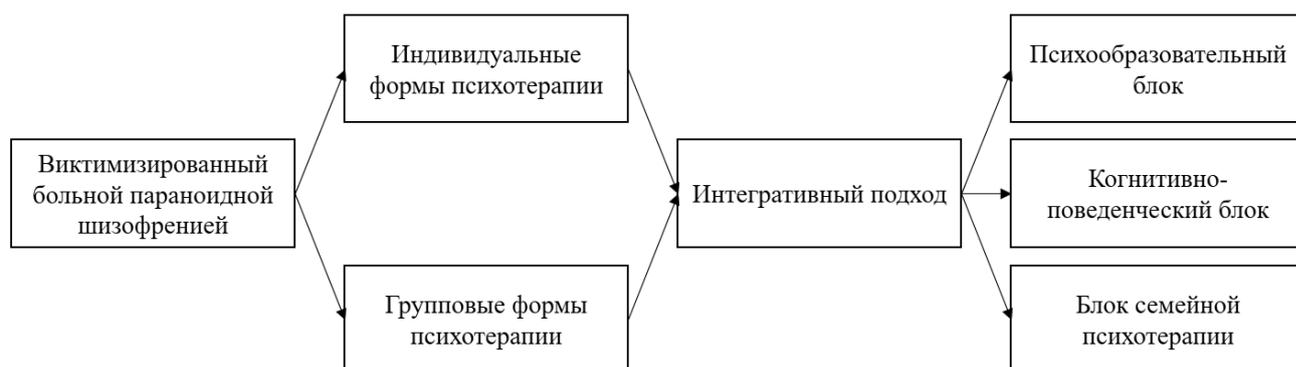


Рисунок 6.1 - Структура программы девиктимизации больных параноидной шизофренией

Приоритетные направления этой работы нашли отражение в сформулированных нами целях программы девиктимизации больных шизофренией: клинических (редукция вторичной негативной симптоматики),

психологических (оптимизация личностных ресурсов для сохранения и развития самосознания, самоэффективности и предпочтительного социального опыта жизнедеятельности в обычной для пациента среде) и социальных (достижение независимого функционирования пациента в обществе, улучшение качества жизни).

Поскольку обследованные больные находились в условиях психиатрического стационара, внедрение девиктимизационной программы требовало создания в отделениях соответствующей терапевтической среды, которая сводила к минимуму ограничительно-изоляционные эффекты от пребывания в них пациентов и способствовала достижению поставленных целей.

Целью создания терапевтической среды было формирование динамической системы межличностных взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом, которая обеспечивалась двумя функциональными векторами, способствовавшими доступу пациентов к социально ценным ролям, возможности участвовать в деятельности, обогащающей их жизнь, формированию широкого спектра добровольных отношений и независимого функционирования: особым микроклиматом в отделении, ориентированном на признание и удовлетворение потребностей пациента и оптимизацию его жизнедеятельности, а также комфортными партнерскими взаимоотношениями всех участников процесса девиктимизации. Основными психологическими подходами в деятельности врачей-психиатров, среднего и младшего медицинского персонала были: восприятие пациентов как равных себе и другим (принцип партнерства), искреннее, уважительное отношение к больному, его чувствам, поступкам, переживаниям («эмпатическое понимание» по К. Роджерс, 1994), умение видеть сохраненные стороны личности пациента и возможности установления связей между ним и окружающими, понимание конечной цели программы девиктимизации как максимально возможной социальной реинтеграции пациентов с шизофренией.

Создание терапевтической среды в отделениях, с одной стороны, предполагало безусловное эмпатийное принятие пациентов медицинским

персоналом, с другой стороны, предусматривало строгий распорядок работы и содержательное заполнение времени пребывания больных в отделении.

С целью стимулирования интеллектуальных, эмоциональных, физических возможностей пациентов, развития их самоуважения и чувства уверенности в собственных силах, восстановления или совершенствования навыков взаимодействия и общения с окружающими широко использовались элементы терапии занятостью (ландшафтотерапия, арттерапия, музыкотерапия, библиотерапия, зоотерапия) в групповой форме. Так, благоустройство территории, высаживание растений и уход за ними под руководством ландшафтного дизайнера (из пациентов отделения), социального работника и/или медицинской реабилитационной сестры содействовали активному участию в совместной деятельности, включая формирование или развитие навыка терпеливого ожидания результата, способствовали развитию способности к концентрации, стимулировали и развивали высшие эмоции и чувства. В процессе групповой арт-терапии (например, создание тематических коллажей «счастье и гнев», «любимое место», «автопортрет на коробке», занятия флористикой) были задействованы различные психотерапевтические факторы (художественной экспрессии, коммуникативный, интерпретации и вербальной обратной связи). Процесс творчества тренировал у пациентов такие качества как умение владеть собой, ответственность, контроль, выбор и принятие решений. В результате больные начинали испытывать удовлетворенность результатами и процессом деятельности, что повышало самооценку, улучшало взаимоотношения с окружающими, способствовало углублению культурных интересов и знаний и формированию новых потребностей. Несложные физические упражнения во время утренней гимнастики и групповые активные игры под музыку с одной стороны, повысили общую активность и подвижность пациентов, с другой – способствовали снятию эмоционального напряжения, приобретению большей свободы выражения своих переживаний, были наиболее простым средством тренировки взаимодействия между больными. Включение музыки в повседневное окружение (например, в утренние часы) оказывало регулирующее влияние на

психовегетативные процессы, благоприятствовало эмоциональной разрядке, регулированию эмоциональных состояний, повышению социальной активности больных.

Такая организация терапевтической среды способствовала снижению психологических рисков для личности пациента, преодолению дезадаптивных стереотипов поведения, явлений госпитализма, ауто- и социальной стигматизации. С другой стороны, пребывание больного в специально созданной атмосфере отделения потенцировало формирование у него адекватного отношения к болезни, лечению, перспективам дальнейшей жизни, а также выработку адекватных социально-коммуникативных навыков.

В основу разработанной нами программы девиктимизации больных шизофренией был положен интегративный психотерапевтический подход, предполагавший комплексное применение элементов клиент-центрированной, когнитивно-поведенческой и психодинамической психотерапии.

Клиент-центрированный подход являлся базисным в организации терапевтической среды и имел целью повышение самооценки и чувства ответственности пациента в атмосфере защищенности, поддержки и доверия окружающих. В рамках данного психотерапевтического подхода строились взаимоотношения между пациентом и психиатром, основываясь на принципах эмоциональной вовлечённости и принятия больного, аутентичности, эмпатии.

Девиктимизационные мероприятия, направленные на оптимизацию проблемно-решающего поведения, базировались на когнитивно-поведенческом подходе.

В некоторых случаях имелась необходимость использовать психодинамически ориентированные подходы в целях поиска внутриличностных причин виктимизации, что облегчало формирование более конструктивных форм поведения.

Индивидуальная психотерапия была ориентирована на решение вопросов, относящихся к осознанию и принятию факта болезни, коррекции реакций на болезнь, выявление изъянов социальной адаптации, оценку и улучшение

адаптивных ресурсов личности, выработку мотивации к фармакотерапии и к групповой психотерапии, формирование адекватных планов на будущее.

Индивидуальная психотерапия начиналась с момента знакомства с пациентом и продолжалась в течение всего периода его участия в программе девикутимизации. В процессе ее проведения решались следующие задачи:

1. Создание искренних, доброжелательных, партнерских отношений с пациентом;
2. Формирование адекватного отношения к болезни, критики к своему состоянию, девикутимизации пациента;
3. Создание и поддержание комплаенс эффекта.

Начиная с первых бесед с пациентом, подчеркивался интерес к нему самому и к его жизненным обстоятельствам. Демонстрировалась надежность отношений, озабоченность его переживаниями и неприятностями. Предпринимались попытки смягчить пугающие пациента ожидания, показать принятие его как равного в моральном смысле. Общение строилось с безусловной эмоциональной искренностью и максимальной понятливостью. Больному предлагалась неформальная помощь в решении его специфических проблем в виде совета или готовности разделить его позицию по разным вопросам. Он информировался о содержании девикутимизационной программы, длительности лечения, прогнозе и факторах, на него влияющих, необходимости придерживаться рекомендаций врача и терапевтической тактики. В некоторых случаях имелась необходимость в психодинамической проработке дезадаптивных поведенческих стратегий с использованием личностно-ориентированного психотерапевтического подхода. В беседах с больным фиксировался уровень достигнутых им успехов, анализировались причины возможных неудач.

Сеансы индивидуальной психотерапии проводились с каждым больным 2 – 3 раза в неделю по 60 минут.

Групповая психотерапия. Концепция групповой терапии предполагала, что межличностные отношения опосредуются общественно ценным и личностным содержанием совместной деятельности. Поэтому важным являлось не только

создание «психотерапевтической атмосферы», но и такая организация группового общения, которая способствовала формированию опосредующих его общегрупповых ценностей и реализации девиктимизационных целей.

Показания к групповым занятиям определялись по мере определения функциональных характеристик больного в рамках определения психологических механизмов личностной виктимности. Различные методы психотерапии (или их элементы) применялись последовательно, одновременно (дополняя друг друга) или избирательно, в зависимости от индивидуальных психотерапевтических целей. Последовательное использование методов групповой психотерапии было направлено на решение задач, вытекающих из установленных в настоящем исследовании особенностей личностной идентичности, субъективации виктимизированных пациентов, а также их ресурсных возможностей:

1. Повышение уровня информированности пациента о его виктимизационных проблемах, связанных с болезнью. Рационализация отношения к болезни, терапевтической тактике и социальной роли. Приобретение навыков совладания с личностными проблемами, обусловленными процессом виктимизации;

2. Компенсация вторичной негативной симптоматики, активация личностных ресурсов, а также механизмов самоидентификации и саморегуляции;

3. Выработка и оптимизация адекватных форм приспособительного поведения, повышение уверенности в себе, улучшение социального, в том числе семейного, функционирования и качества жизни.

6.2. Общая характеристика психотерапевтических подходов

6.2.1. Психообразовательный блок программы девиктимизации больных шизофренией

Для обеспечения успешности процесса девиктимизации данной категории больных использовался психообразовательный психотерапевтический подход.

Являясь одним из видов групповых методов работы, психообразование относится к так называемому обучающему типу, при котором занятия строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Психообразование было ориентировано на работу с содержанием, которое включало перечень определенных проблем, обсуждаемых в группе. Участникам предоставлялась информация по конкретным вопросам (например, образование в области болезни) с одновременным осуществлением мониторинга состояния пациентов, исследованием позиции в отношении факта болезни. Занятия в группе позволяли поддерживать пациентов на стабильном уровне функционирования; помогали пациенту и его «значимым другим» лучше понимать характер и особенности психического расстройства и то, как оно влияет на пациента и членов его семьи; способствовали распознаванию жизненных стрессоров, которые могли запускать обострение; помогали надлежащим образом изменить семейное функционирование в период ухудшения состояния пациента.

Динамика взаимоотношений участников группы не являлась основным для работы в группах подобного типа, поскольку ее исследование не отвечало задачам программы девиктимизации. Работа психообразовательной группы оставалась на уровне содержания со структурированным взаимодействием, поощрением деятельности участников группы в рамках социальных норм.

Психообразование в рамках программы девиктимизации проводилось в закрытых группах, т.е. после начала цикла не принимались новые участники (хотя в отдельных случаях было возможно их включение на первых двух занятиях), с фиксированной датой начала и окончания обучающего курса и ограниченным числом участников от 6 до 10-15 человек. Каждый цикл психообразования состоял из 10-12 занятий продолжительностью 45 минут каждое. Ежедневные встречи не рекомендовались. Частота занятий — 2-3 в неделю. Каждая последующая встреча является продолжением предыдущей, так что участники группы должны были посетить весь цикл.

Для оптимального функционирования программы группы должны были быть однородными как по нозологической принадлежности, по этапу

заболевания, так и по степени выраженности личностной виктимности, но гетерогенны по социальным характеристикам (возраст, пол, образование и проч.).

Количество ведущих в группах психически больных варьировало, но обычным и наиболее оптимальным вариантом групповой работы являлось наличие двух ведущих — врача-психиатра/психотерапевта и психолога/специалиста по социальной работе или социального работника. Роли ведущих были четко структурированы и дополняли друг друга.

Содержательная часть обучающей программы, которая являлась основным компонентом цикла, брал на себя врач-психотерапевт. Она включала в себя информацию о болезни, ее причинах, течении, прогнозе, индивидуальных особенностях, роли и характере медикаментозной терапии и побочных действиях препаратов. Ведущий врач-психотерапевт не только предоставлял информацию, но и направлял дискуссию, активизировал больных. Образование — это только отчасти передача информации из одних рук в другие. В большей мере обучение представляло собой стимулирование к получению информации.

Врач-психиатр следил за организационными моментами: соблюдением четкого времени начала, окончания, посещения занятий и правил группы, поддерживал соответствующую атмосферу в группе (эмпатии, эмоциональной безопасности), а также отвечал за часть содержания учебной программы. Также в рамки его компетенции входило проведение занятий по предоставлению информации о ресурсах сообщества, знакомство со списком организаций, в которых могут получить помощь больные; отдельные занятия, посвященные проблемам виктимизации и стигматизации, а также трудоустройства.

Для успешного функционирования психообразовательного компонента программы девиктимизации больных параноидной шизофренией при отборе кандидатов в группу особое внимание обращалось на принцип соблюдения баланса ролей — в группу отбирались похожие по одним качествам и различающиеся по другим пациенты. В группе должны были быть представлены различные модели поведения. Это являлось необходимым условием работы группы, чтобы каждый участник мог видеть хотя бы один положительный

пример. Наряду с пациентами, которые скрывали свои переживания (например, ощущения себя бессильной жертвой обстоятельств) не только от окружающих, родственников, но и от врачей, в группе всегда должен был присутствовать хотя бы один больной, который имел хороший контакт с медперсоналом и делился своими переживаниями. В качестве положительного примера участвующие в группе должны были видеть пациентов с осознанием болезни, которые сами обращались в диспансер и активно сотрудничали с врачами в процессе лечения, а на групповых занятиях охотно делились опытом своих переживаний и наблюдений. Если же в группе присутствовали больные, которые отличались неуверенностью, бездеятельностью, пассивностью, то они должны были узнать об опыте других, которые заставляли себя рано вставать, делать зарядку, соблюдать требования личной гигиены, заниматься домашними и повседневными делами. Встречи с пациентами, которые прошли через те же трудности, вселяли уверенность, надежду на улучшение и выздоровление. Именно ведущий группы отвечал за подбор кандидатов и принимал окончательное решение о включении в группу.

Перед началом работы в группе на предварительном этапе происходило обязательное первичное индивидуальное консультирование, индивидуальное собеседование, необходимое, прежде всего, для установления с пациентом партнерских отношений. В течение 1-2 установочных бесед с ведущим решался вопрос о включении пациента в группу, оценивалось психическое состояние больного, особенности его идентичности, субъективации, личностных ресурсов с выделением сохранных характеристик пациента, на которые можно было опираться в групповой работе, уточнялось, в какой информации больной нуждается больше всего. Учитывая, что у части больных была снижена мотивация к участию в подобных группах, целью индивидуального собеседования являлась ее выработка. При определении данных мишеней использовался блок психологических методик, посвященных исследованию различных аспектов виктимизационного процесса.

После определения информационных потребностей каждого участника составлялся индивидуальный план программы реабилитации, выделялись наиболее важные темы и порядок их освещения, на этой основе готовился детальный проект курса занятий с данным составом участников группы. Стиль ведения занятий в данных группах был директивным, особенно на первых этапах работы группы, с использованием активного лидерства, но, в то же время, с доброжелательным, уважительным отношением к участникам, к их чувствам, поступкам, переживаниям. Ведущие сочетали директивное и высокоструктурированное ведение группы с партнерским, а не патерналистским отношением, с опорой на ожидания и индивидуальные потребности каждого участника.

Работа в группе осуществлялась с использованием принятой в психообразовании модели интерактивного обучения, т.е. модели развивающегося обучения не по традиционному, дидактическому или книжному типу, а по типу трансформативного обучения, в котором усвоение и закрепление учебного материала происходит в ходе взаимного общения участников, активного дискуссионного процесса. Основным методическим приемом являлась стимуляция участников к ответной реакции на предоставленную информацию, поддержка спонтанного лидерского поведения участников. В то же время, с учетом характерного для больных шизофренией когнитивного и коммуникативного дефицита, интерактивное обучение проводилось очень бережно, чтобы не предъявлять к пациентам завышенных требований, не подвергать их избыточной стимуляции и чрезмерной коммуникативной нагрузке.

Еще одним требованием, соблюдение которого было особенно важным в образовательной работе с виктимизированными больными, являлась высокая степень структурированности как содержания занятий, так и формы их проведения, что значительно уменьшало чувство тревоги пациентов. Ведущие обеспечивали строгое соблюдение организационных аспектов (начало и завершение занятия в определенное время, постоянное место проведения), контролировали группу с тем, чтобы дискуссия соответствовала содержанию

занятия и не нарушалась последовательность предоставления информации от более простой к более сложной. Вместе с тем, ведущие побуждали участников к инициативе, организовывали и стимулировали взаимодействие участников друг с другом, обеспечивали обратную связь, которая отражала потребности и мнения участников, регулировали время и очередность высказываний.

Наряду с усвоением содержательной части программы, не меньшая роль отводилась психосоциальной поддержке. Одной из задач ведущих группы являлось предоставление каждому участнику группы ощущения безопасности и комфорта. Положительная поддержка обеспечивалась постоянно на протяжении всего периода обучения.

Занятия строились по схеме, которой следуют при проведении всех групповых методов работы. Каждое занятие включало вводную часть, рабочее время и обсуждение. Лишь первая и заключительная сессии имели свои особенности.

На первой сессии вводная часть обычно занимала больше времени, так как участникам необходимо было познакомиться друг с другом, уяснить правила поведения в группе, в чем именно будет заключаться работа; сообщалась информация о времени встреч, их продолжительности, частоте, общем количестве, длительности, месте сбора, целях группы. Акцентировалось внимание участников на том, что ведущие группы — сотрудники данного психиатрического учреждения, еще раз подчеркивалось, что групповые занятия являлись обязательной интегральной частью лечебно-реабилитационного процесса. План каждого курса составлялся ведущими на основании предварительной оценки запросов всех участников группы с тем, чтобы учитывались специфические потребности участвующих в группе.

Участие в психотерапевтическом процессе требовало от пациента активности самых различных типов: интеллектуально-познавательной и проблемной, эмоциональной (внутриличностной и межличностной), коммуникативной, поведенческой и т.д. Групповые условия отличали реализацию каждого из перечисленных типов активности благодаря действию специфических

групповых механизмов: 1) моделирования; 2) подражания; 3) поддержки; 4) наличия позитивных эмоциональных связей между членами группы, между психотерапевтом и группой; 5) солидарности; 6) сотрудничества и т.д. Особенное значение приобретало чувство взаимной ответственности всех участников группы за эффективность ее работы, выражающееся в чувстве индивидуальной ответственности каждого из участников за работу всей группы.

Обсуждение психологических проблем пациентов чаще всего происходило спонтанно на основе сопоставления самим пациентом затруднений, возникающих в актуальном взаимодействии с членами группы и проблем, имеющих у него вне группы. В процессе углубления такого обсуждения постепенно происходило осознание возможности другого поведения, расширялся арсенал адаптивных стереотипов поведения, происходила переоценка собственной ответственности за нерешенные проблемы, намечались продуктивные способы их решения.

Наиболее специфическим результатом работы в психотерапевтических группах являлось формирование у их участников способности к гармоничным и полноценным формам индивидуального и межличностного функционирования и генерализация их за пределы терапевтической среды. Участвуя в психотерапевтических группах психообразовательной направленности, пациенты приобретали возможность сравнивать свои эмоциональные реакции с реакциями других пациентов, навыки более свободного выражения эмоций и контроля над другими, учились преодолевать чувство одиночества и отчуждения, у них повышалось чувство ответственности, возможности взаимопомощи и взаимопонимания, увеличивалась возможность достижения эмоционального контакта с другими людьми, что, в конечном итоге, способствовало их девикутимизации.

6.2.2. Когнитивно-поведенческий блок программы девиктимизации

Долгосрочной целью разработанной нами психообразовательной терапии являлось уменьшение интенсивности виктимизационных проявлений и улучшение психосоциальной адаптации больных. В то же время, большинство включенных в программу девиктимизации пациентов испытывали трудности в вербализации своих переживаний. Поэтому в качестве одним из основных психотерапевтических компонентов психообразовательного процесса нами использовались техники когнитивно-поведенческой психотерапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) – это форма психотерапии, объединяющая в себе техники когнитивной и поведенческой терапии. Она ориентирована на конкретную проблему и нацелена на результат. На консультациях психотерапевт помогал пациенту изменить свое отношение, сформировавшееся в результате неправильного процесса обучения, развития и познания себя как личности к происходящим событиям.

Основная задача КПТ в рамках программы девиктимизации заключалась в том, чтобы обнаружить у пациента автоматические мысли «когниции» (которые травмируют его психику и приводят к снижению качества жизни) и направить усилия на их замещение более положительными, жизнеутверждающими и конструктивными. Задачей, стоящей перед психотерапевтом, было определение этих негативных когниций, поскольку сами пациенты относились к ним как к «обычным» и «само собой разумеющимся» мыслям и принимали их как «должные» и «верные».

КПТ в структуре программы девиктимизации применялась как индивидуальной форме консультации, так и в семейной и групповой терапии.

Мероприятия в программе девиктимизации представляли собой равноправный взаимно заинтересованный диалог между психотерапевтом и пациентом, где оба принимали самое активное участие. Психотерапевт задавал такие вопросы, отвечая на которые пациент мог понять значение своих негативных виктимогенных убеждений и осознать дальнейшие их

эмоциональные и поведенческие последствия, а после этого самостоятельно принимать решение, придерживаться ли ему их дальше или модифицировать.

Психотерапевт «вытаскивает на свет» глубоко спрятанные виктимогенные убеждения больного, экспериментально выявлял искаженные убеждения или фобии и проверял их на рационализм и адекватность. При этом терапевт не заставлял пациента принять «правильную» точку зрения, прислушаться к «мудрым» советам, не находил «единственно верное» решение проблемы. Он, шаг за шагом задавая необходимые вопросы, извлекал полезную информацию о природе разрушающих когниций и позволял пациенту самостоятельно сделать умозаключения.

Главная концепция КПТ в программе девиктимизации – научить виктимизированного больного шизофренией самостоятельно исправлять свою ошибочную переработку информации и находить верный путь к разрешению собственных психологических проблем.

Целями когнитивно-поведенческой психотерапии в разработанной нами программе девиктимизации были:

1. Добиться того, чтобы пациент изменил отношение к самому себе и перестал думать, что он «никчемный» и «беспомощный», стал относиться к себе как к человеку, склонному делать ошибки (как и все остальные люди) и исправлять их.
2. Научить пациента контролировать свои негативные автоматические мысли.
3. Научить пациента самостоятельно находить связь между когнициями и дальнейшим своим поведением.
4. Обеспечить возможность больному в дальнейшем самостоятельно анализировать и правильно перерабатывать появившуюся информацию.
5. Научить пациента в процессе терапии самостоятельно принимать решение о замене дисфункциональных разрушительных автоматических мыслей на реалистические жизнеутверждающие.

В рамках программы девикутимизации использовались три основные стратегии когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие, благодаря которым КПТ показало достаточно высокую эффективность в разрешении психологических проблем. Кроме того, полученные знания надолго закреплялись у больных и помогали ему в дальнейшем справляться со своими проблемами уже без помощи специалиста.

Стратегия 1. Эмпиризм сотрудничества. Эмпиризм сотрудничества – это партнерский процесс между пациентом и терапевтом, в результате которого выявлялись автоматические мысли пациента, и они либо подкреплялись, либо опровергались при помощи различных гипотез. Смысл эмпирического сотрудничества заключался в следующем: выдвигались гипотезы, рассматривались различные доказательства полезности и адекватности когниций, проводился логический анализ и делались умозаключения, на основе которых выявлялись альтернативные мысли.

Стратегия 2. Сократовский диалог. Сократовский диалог – это беседа в виде вопросов-ответов, которые позволяли:

- выявить проблему;
- найти логическое объяснение мыслям и образам;
- понять значение происходящих событий и как их воспринимает пациент;
- дать оценку событиям, которые поддерживают когниции;
- оценить поведение пациента.

Все эти умозаключения пациент должен был сделать сам, отвечая на вопросы психотерапевта. Вопросы не должны были быть направленными на определенный ответ, не должны были подталкивать или подводить пациента к какому-то конкретному решению. Вопросы формулировались так, чтобы человек открылся и, не прибегая к защите, мог увидеть ситуацию объективно.

Стратегия 3. Направляемое открытие. Суть направляемого открытия сводилась к следующему: при помощи когнитивных техник и поведенческих экспериментов психотерапевт помогал пациенту прояснить проблемное

поведение, найти логические ошибки и выработать новый опыт. Это развивало у больных способность правильно перерабатывать информацию, адаптивно мыслить и адекватно реагировать на происходящее. Таким образом, после консультации пациенты начинали справляться с проблемами самостоятельно.

Техники когнитивной терапии в рамках программы девиктимизации были подобраны таким образом, чтобы выявить у пациента негативные автоматические мысли и обнаружить поведенческие ошибки (шаг 1), скорректировать когниции, заменить их на рациональные и полностью реконструировать поведение (шаг 2).

Шаг 1. Выявление автоматических мыслей. Автоматические мысли (когниции) – это мысли, которые формируются в течении жизни человека, на основе его деятельности и жизненного опыта. Они появляются спонтанно и заставляют человека в данной ситуации поступать именно так, а не иначе. Автоматические мысли воспринимаются как правдоподобные и единственно верные.

Негативные разрушающие когниции – это мысли, которые постоянно «вертятся в голове», не дают адекватно реагировать на происходящее, изматывают эмоционально, доставляют физический дискомфорт, разрушают жизнь человека и выбивают его из социума (были выявлены у 87% пациентов, участвовавших в программе девиктимизации).

Для выявления (идентификации) когниций применялась когнитивная техника «Заполнение пустоты». Психотерапевт разделял прошедшее событие, вызвавшее негативное переживание, на следующие пункты:

А – событие;

В – неосознанные автоматические мысли («пустота»);

С – неадекватная реакция и дальнейшее поведение.

Суть данного метода состояла в том, что при помощи психотерапевта пациент заполнял между произошедшим событием и неадекватной на него реакцией «пустоту», которую не он мог сам себе объяснить, но которая становилась «мостиком» между пунктами А и С.

Таким образом, после конструктивного диалога-расспроса терапевт мог выявить у пациента негативные когниции (31 больной – 38 %), оценить нелогическую последовательность, противоречия (37 больной - 46 %) и другие ошибочные мысли виктимизированного пациента.

Шаг 2. Коррекция автоматических мыслей. Самыми эффективными когнитивными техниками по коррекции автоматических мыслей, использовавшимися в программе девиктимизации, были «Декатастрофизация», «Переформулирование», «Децентрализация» и «Реатрибуция».

Техника 1. Декатастрофизация. Достаточно часто виктимизированные больные параноидной шизофренией обнаруживали опасения выглядеть нелепыми и смешными в глазах своих друзей, сослуживцев, одноклассников, сокурсников, испытывая на себе разрушительность виктимогенно-стигматизирующего воздействия. Однако существующая проблема «выглядеть нелепым» у них распространялась и на незнакомых людей (41 больной – 48 %), т.е. обнаруживались опасения быть высмеянными продавцами, попутчиками в автобусе, мимо идущими прохожими. Постоянный страх заставлял больных сторониться людей, подолгу запирались в комнате. Это способствовало их десоциализации, они становились нелюдимыми одиночками, чтобы негативная критика не нанесла ущерб их личности.

Суть техники декатастрофизации заключалась в том, чтобы показать виктимизированному пациенту, что его логические умозаключения неверны. Психотерапевт, получив на свой первый вопрос ответ от пациента, следующий задавал в форме «А что, если...». Отвечая на следующие подобные вопросы, пациент осознавал нелепость своих когниций и начинал видеть реальные фактические события и последствия (27 больных - 32 %). Пациент становится подготовленным к возможным «плохим и неприятным» последствиям, но переживал их уже не так критично.

Техника 2. Переформулирование. Переформулирование использовалось в тех случаях, когда пациент был уверен, что проблема не поддается его контролю. Психотерапевт помогал переформулировать негативные автоматические мысли в

максимально конкретной и четко обозначенной с точки зрения дальнейшего поведения больного форме.

Техника 3. Децентрализация. Децентрализация – это техника, позволяющая освободить пациента от уверенности, что он является центром событий, происходящих вокруг (данная проблема наблюдалась у 21 виктимизированного пациента – 26 %). Эта когнитивная техника использовалась при ощущении тревоги, когда у больного дополнительно искажалось мышление, и он бы склонен персонифицировать даже то, что не имеет к нему никакого отношения.

Техника 4. Реатрибуция. Реатрибуция применялась в том случае, если:

- пациент винил себя «во всех несчастьях» и неудачных событиях, которые происходят. Он отождествлял себя с несчастьем и был уверен, что именно он являлся «источником всех бед» (17 больных - 21,5%). Такое явление, обозначаемое как персонализация, не было связано с реальными фактами и доказательствами, сутью умозаключений являлось, например: «Я причина всех несчастий и всё, что тут можно еще думать?»;

- если пациент был уверен, что источником всех бед становится какой-то один конкретный человек, и если бы не «он», то все бы было хорошо, а так как «он» рядом, то ничего хорошего быть не может (30 больных – 36 %);

- если виктимизированный пациент был уверен, что в основе его несчастий лежит какой-то единственный фактор (несчастливое число, день недели, весна, одетая не та футболка и т.п.) (32 больных – 37,5 %).

После того, как в результате психотерапевтической работы были выявлены негативные автоматические мысли, проводилась усиленная проверка на их адекватность и реальность. В большинстве случаев пациенты самостоятельно приходили к выводу, что все их мысли не что иное, как «ложные» и «ничем не подкрепленные» убеждения (50 больных – 54,5 %).

Когнитивно-поведенческая терапия проводилась наряду с психообразованием, отчасти включаясь в структуру психообразовательных занятий. Обычно она проводилась в течение 4 – 8 недель и включала 12 – 15 сеансов. Пациентам давались домашние задания, например, предлагалось

написать, какие чувства возникали у них при усилении ощущения себя в качестве жертвы и определить предпосылки, лежащие в их его основе и провоцировавшие появление негативных установок. Соответственно, терапия, ориентированная на коррекцию подобных когнитивных искажений, способствовала выработке более конструктивных способов совладания с негативными мыслями, переживаниями, улучшала стратегии социализации пациентов и способствовала улучшению качества их жизни.

6.2.3. Семейный аспект программы девиктимизации и личностного восстановления виктимизированных больных шизофренией

Целью семейной терапии виктимизированных больных шизофренией являлось привлечение членов семьи к сотрудничеству в лечении, организация между ними конструктивного терапевтически благоприятного взаимодействия и оказание пациенту необходимой поддержки. Программа семейной терапии состояла из трех этапов: диагностического, информационно-обучающего и гармонизации семейных отношений.

Процедура семейной диагностики носила сквозной характер, т.е. проводилась на всех этапах семейного вмешательства, определяя выбор психотерапевтических воздействий. Такой подход способствовал определению круга проблем, волнующих членов семьи и требующих их совместного решения, выявлению стержневого конфликта или проблем, в понимании которых у членов семьи имелись трудности, оценке их объективной и субъективной значимости для семьи и для каждого ее члена, нахождению совместного решения проблемы, имеющей наибольшую субъективную значимость для членов семьи и требующей их взаимного согласия.

Информационно-обучающий этап семейной терапии являлся составляющей психообразовательных занятий программы девиктимизации. На групповых занятиях членам семьи больного предоставлялась необходимая информация о шизофрении и особенностях ее течения (понятие о виктимности и возможных

механизмах ее формирования; переменность прогноза; факторы риска рецидива, включая особенности семейных отношений; рациональное обоснование различных подходов к лечению, в том числе семейной терапии; способы совладания с симптомами болезни). Обсуждались обстоятельства и фрустрирующие жизненные события, которые могли способствовать процессу формирования виктимной личности. Предоставлялась информация о ресурсах и возможностях окружения, о важности обеспечения регулярного приема лекарственных препаратов, о возможных побочных эффектах лечения, об основных (особых) потребностях виктимизированного пациента. Родственникам больного разъяснялось, что решающим фактором успешности и эффективности семейной терапии является установление нормального баланса зависимости - независимости, патерналистских - партнерских отношений между пациентом и членами семьи. В конечном счете, это способствовало согласованному сотрудничеству врача, пациента и семьи, целью которого была помощь больному в регулировании поведения при решении задач повседневной жизни и достижении независимого функционирования. Достижение этой цели находилось в прямой зависимости от особенностей внутрисемейного общения с ориентацией на его настоящее и будущее, а не на прошлое, то есть на те проблемы, с которыми сталкивается пациент в реальной жизни. Обращалось внимание на необходимость оказывать эмоциональную поддержку и помощь в обретении веры в собственные силы. Подчеркивалось, что доверительному отношению с пациентом способствуют использование любых индивидуальных интуитивно найденных средств активной деятельности в сочетании с контролем над удовлетворением его нужд. Критерием неформальности этих отношений являлось появление у членов семьи позитивных чувств от того, что они могут помочь близкому человеку.

В проблемных семьях рекомендовалось изменить свое поведение в терапевтически благоприятном для пациента направлении, способствуя повышению его автономности и компетентности. Семьям с выраженной, чрезмерной эмоциональностью предлагалось обучение спокойного, невраждебного, принимающего и автономизирующего отношения к больному. В

этих случаях поощрялось постепенное расширение арсенала методов влияния на удовлетворение потребностей пациента с исключением манипулирования больным и использования его в своих интересах.

Этап гармонизации семейных отношений (стратегии семейной терапии). Специфические особенности семейной терапии определялись необходимостью смягчить влияние травматического события болезни на пациента и членов его семьи и инициировать методы психотерапевтического вмешательства, направленные на гармонизацию семейных отношений и всестороннюю поддержку больного в решении задач повседневной жизни после его выписки из отделения и возвращения в семью. Используемые нами системные психотерапевтические подходы учитывали особенности интрапсихической переработки пациентом сложившейся ситуации, которые во всех случаях требовали понимания со стороны окружающих. Этому сопутствовали доверительные, эмоционально адекватные отношения без взаимных обвинений и упреков.

Системная семейная терапия предусматривала целевое использование психотерапевтических подходов в зависимости от конкретных задач, вытекающих из особенностей межличностных отношений в семье пациента. Не затрагивая процессуальной основы болезни, семейная терапия, тем не менее, являлась важной составляющей программы девиктимизации. Она включала элементы коммуникативного тренинга, обучения стрессоустойчивости к обыденным и фрустрирующим ситуациям, тренинга навыков совладания с симптомами болезни, а также такие техники как психологическая разгрузка, семейная дискуссия, проигрывание семейных ролей. Наиболее типичные задачи, решавшиеся при этом вмешательстве, заключались в следующем:

1. Гармонизация внутрисемейных отношений и отношений членов семьи к больному и его болезни;
2. Снижение эмоциональной экспрессии во взаимоотношениях между членами семьи;
3. Предупреждение стигматизации пациента и его семьи;

4. Повышение стрессоустойчивости членов семьи, способности справляться с ситуацией, связанной с болезнью родственника, и способности адекватно решать возникающие проблемы;

5. Развитие или восстановление идентичности личности пациента, формирование у него мотивации возвращения к реальной жизни;

6. Достижение инсайта – осознания и понимания психологических и межличностных механизмов заболевания;

7. Снижение виктимизирующих воздействий на пациента, в том числе, в семейных отношениях;

8. Развитие и адекватное использование ресурсов семьи, поддержка специфических нужд пациента.

Работа с семьей пациента начиналась сразу после его госпитализации и продолжалась в течение всего периода пребывания в отделении, 1-2 раза в неделю по 1 - 1,5 часа. Использовались индивидуальные (с одной семьей) и групповые (мультисемейные) формы работы. В дальнейшем, после завершения госпитального этапа программы девиктимизации, проводилась семейная поддержка (непосредственно при визитах или по телефону) при возникновении ситуаций, трудных для самостоятельного их разрешения.

6.3. Комплексная оценка эффективности системы девиктимизации и субъективного личностного восстановления больных шизофренией

Для оценки эффективности программы девиктимизации виктимизированные больные параноидной шизофренией были разделены на две группы. Медицинская помощь пациентам основной группы (58 чел.) включала методы биологического и психосоциального (психотерапевтического) лечения. Группу сравнения (больные, получавшие только биологическое лечение и не привлекавшиеся к участию в программе девиктимизации) составили 52 пациента.

Методология и техническая процедура оценки эффективности программы девиктимизации и субъективного личностного восстановления больных

шизофренией проводилась с учетом особенностей вмешательства, учитывающего виктимизационные механизмы и личностные ресурсы пациентов. Исходя из этого, стратегии программы девиктимизации и подходы к оценке ее эффективности базировались не только на устранении симптомов заболевания, но и на необходимости улучшения функционирования пациента. В качестве результата девиктимизации оценивались как особенности жизненной позиции больных в сочетании с выраженностью негативной симптоматики, так и их субъективное личностное восстановление, результатом чего являлись нормализация и развитие социального функционирования пациентов. Эти составляющие в совокупности с оценкой клинической динамики заболевания отражали целостное представление о достигнутом результате медицинской помощи, оказанной больному с учетом его жизненных потребностей и реальных возможностей.

Интегративный подход к оценке эффективности программы девиктимизации включал следующие приоритетные направления:

1. Общую оценку клинических и социальных исходов виктимизированных пациентов с шизофренией;
2. Стандартизованную оценку динамики тяжести клинико-психопатологических симптомов заболевания;
3. Многовекторную оценку структурно-динамических особенностей личностной виктимности, включая стратегии совладания и субъективное благополучие больных.

Соответственно, нами использовались три кластера показателей – клинические, личностные и поведенческие.

Клинические критерии: а) продолжительность ремиссии, количество рецидивов и госпитализаций в период катамнестического наблюдения в течение года (симптоматическая стабильность); б) выраженность негативной симптоматики (симптоматическое улучшение).

Личностные критерии: а) «смягчение» виктимизационных переживаний, нарушающих представления о социальной идентичности пациента; б) динамика

самосознания и самооотношения личности, включая оценку ценностно-смысловой сферы.

Поведенческие критерии: а) динамика используемого больным репертуара копинг-стратегий, направленных на совладание со стрессовыми жизненными ситуациями; б) включение побудительной мотивации к автономному продуктивному поведению с ощущением субъективного благополучия.

6.3.1. Общая оценка клинических и социальных исходов у виктимизированных больных шизофренией

В качестве базисных клинических критериев эффективности программы девиктимизации и субъективного личностного восстановления использовались показатели частоты рецидивов, сроков их возникновения и продолжительности госпитализации больных в течение года катамнестического наблюдения. Согласно полученным данным, в основной группе рецидивы заболевания в течение первого года катамнестического наблюдения возникли у 12 (20,7%) больных, из них были госпитализированы в психиатрические больницы 19 чел. (32,8%). Продолжительность госпитализации составляла $18,0 \pm 0,8$ дня.

В группе сравнения в первый год катамнестического наблюдения рецидив заболевания произошел у 23 (44,2%) больных, 32 (61,5%) пациента были госпитализированы с продолжительностью стационарного лечения $48,0 \pm 0,3$ дня. Таким образом, по этим показателям у больных основной группы наблюдались более качественные клинические исходы, чем у больных, терапевтическая помощь которым ограничивалась медикаментозным лечением.

Аналогичная закономерность выявлена в отношении социальных исходов у обследованных больных. В основной группе за весь период катамнестического наблюдения только 5 (8,6%) пациентов были признаны инвалидами, 91,4% сохранили прежний уровень трудоспособности, однако 69,5% из них имели статус безработного. В группе сравнения за этот же период доболезненный уровень трудоспособности зафиксирован у 34,6% больных, а в 65,4% случаев установлена

группа инвалидности. Не принимали участия в трудовой деятельности на доболезненном этапе 67,9% больных.

Рольевые функции в семье сохранились у 42 (72,4%) больных основной группы и у 14 (26,9%) пациентов в группе сравнения. Зависимое положение в семье сформировалось соответственно у 27,6% и 73,1% больных сравниваемых групп. Круг внесемейного общения остался без изменений у 48 (82,8%) пациентов основной группы, а в группе сравнения у 61,5% больных наблюдались различные формы дефицитарного общения.

Таким образом, клинические и социальные исходы по ряду изучавшихся показателей были достоверно ($p < 0,05$) более благоприятными у виктимизированных больных, участвовавших в программе девиктимизации. В то же время пациенты, получавшие только медикаментозное лечение, по данным годичного катамнеза отличались существенно менее качественной динамикой показателей клинико-социального восстановления.

6.3.2. Стандартизованная оценка динамики тяжести клинико-психопатологических симптомов заболевания

Клиническая эффективность программы девиктимизации и субъективного личностного восстановления подтверждалась в нашем исследовании критериями симптоматического улучшения, к каковым были отнесены распределение больных по степени выраженности негативной симптоматики, а также изменения в структуре и выраженности негативных симптомов в сравниваемых группах пациентов.

На рисунке 6.2 представлено распределение виктимизированных больных параноидной шизофренией по степени выраженности негативных симптомов после завершения участия пациентов основной группы в программе девиктимизации.

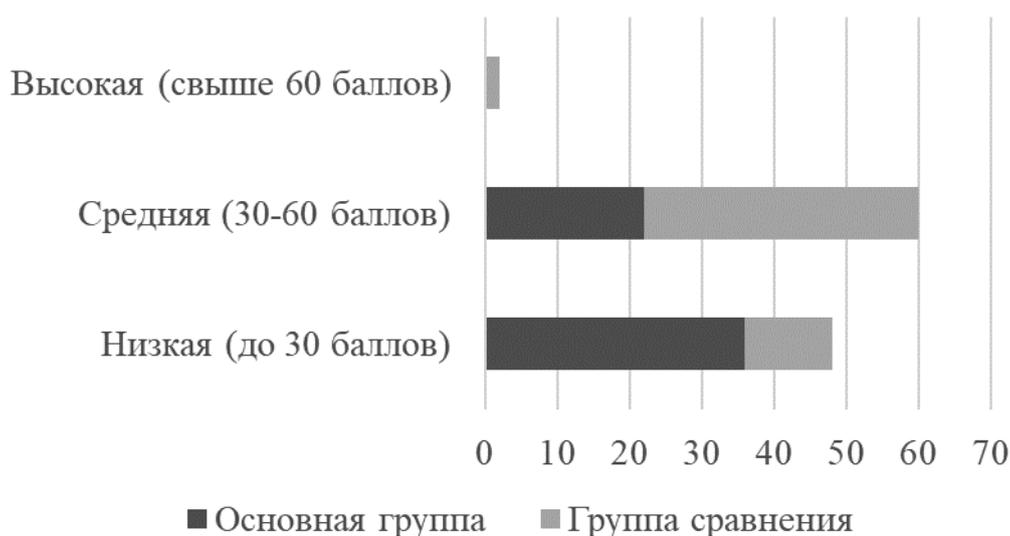


Рисунок 6.2 - Распределение виктимизированных больных параноидной шизофренией по степени выраженности негативных симптомов после завершения программы девиктимизации

У больных, прошедших курс девиктимизационной психотерапии, статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась выраженность негативных симптомов с преобладанием их количественной оценки до 30 баллов (36 пациентов – 62,1%), в то время как у больных, принимавших лишь медикаментозное лечение, выявлена тенденция к стагнации и даже нарастанию тяжести негативных симптомов (количество пациентов группы сравнения с количеством баллов по шкале SANS составляло 40 чел. (76,9%).

Выраженность и структурная характеристика негативной симптоматики по завершении программы девиктимизации в сравниваемых группах больных шизофренией представлена в таблице 6.1.

У больных, прошедших курс программы девиктимизации, в отличие от пациентов группы сравнения, отмечалось статистически достоверное ($p < 0,05$) уменьшение выраженности негативной симптоматики как по общей сумме баллов ($26,3 \pm 3,4$ в сравнении с $48,6 \pm 2,7$), так и отдельных дефицитарных симптомов. Так, уменьшение выраженности аффективной уплощенности ($7,4 \pm 1,6$ в основной группе и $12,0 \pm 1,0$ в группе сравнения) проявлялось большей живостью движений, мимики и эмоциональных проявлений, а также более выразительными речевыми интонациями. Тренинг когнитивных процессов приводил к увеличению диапазона

употребляемых слов и выражений и уменьшению речевой заторможенности (показатель алогии в основной группе - $4,2 \pm 0,9$, в группе сравнения - $11,8 \pm 0,3$). Уменьшение выраженности абулии-апатии проявлялось большей энергичностью и увеличением продуктивности в делах у пациентов, участвовавших в программе девиктимизации ($3,6 \pm 0,2$), в то время как исключительно медикаментозная терапия существенно не влияла на данные проявления негативных симптомов ($7,9 \pm 1,1$). Улучшение показателей ангедонии-асоциальности у пациентов основной группы ($4,2 \pm 0,7$) сопровождалось восстановлением эмоциональных с близкими, расширением круга интересов, в то время как больные группы сравнения оставались, пусть и в меньшей степени, чем до начала терапии, но изолированными, пассивными и отчужденными ($9,8 \pm 0,5$).

Таблица 6.1 - Структура и выраженность негативных симптомов у виктимизированных больных параноидной шизофренией после завершения психотерапевтической программы ($M \pm m$ (95%ДИ))

Симптомы	Усредненный показатель выраженности симптомов (SANS)		Достоверность статистических различий
	Основная группа	Группа сравнения	
Аффективное уплощение	$7,4 \pm 1,6$ (95%ДИ: 8,9-5,4)	$12,0 \pm 1,0$ (95%ДИ: 15,0-8,2)	$p = 0,042$
Алогия (бедность речевой продукции)	$4,2 \pm 0,9$ (95%ДИ: 2,7-4,9)	$11,8 \pm 0,3$ (95%ДИ: 13,2-7,1)	$p = 0,012$
Абулия-апатия	$3,6 \pm 0,2$ (95%ДИ: 6,4-2,1)	$7,9 \pm 1,1$ (95%ДИ: 9,4-5,1)	$p = 0,043$
Ангедония-асоциальность	$4,2 \pm 0,7$ (95%ДИ: 7,3-2,8)	$9,8 \pm 0,5$ (95%ДИ: 12,1-7,3)	$p = 0,032$
Нарушение внимания	$3,8 \pm 0,3$ (95%ДИ: 5,4-2,6)	$6,2 \pm 0,7$ (95%ДИ: 8,5-4,6)	$p = 0,276$
Общая сумма баллов	$26,3 \pm 3,4$ (95%ДИ: 18,5-34,1)	$48,6 \pm 2,7$ (95%ДИ: 34,7-55,3)	$p = 0,043$

Примечание: p - достоверность статистических различий при попарном сравнении основной группы и группы сравнения с применением W -критерия Вилкоксона (или t -критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Таким образом, участие в программе девиктимизации приводило к отчетливому клиническому улучшению как на уровне симптоматической стабильности, так и на уровне уменьшения выраженности негативной симптоматики. Это показало не только эффективность предлагаемых психотерапевтических мероприятий, но и существенную роль виктимизационных процессов в формировании вторичных негативных симптомов у больных шизофренией.

6.3.3. Многовекторная оценка структурно-динамических особенностей личностной виктимности, включая стратегии совладания и субъективное благополучие больных

К основным критериям эффективности предлагаемой программы девиктимизации на личностном уровне нами были отнесены представления пациентов об их социальной идентичности, нарушенной виктимизационными переживаниями. С этой целью была проведена сравнительная оценка степени выраженности виктимизации в основной группе больных до и после их участия в программе личностного восстановления в сравнении с аналогичными показателями у пациентов, проходивших стандартный курс медикаментозной терапии (рис. 6.3). В процессе и в результате девиктимизационных мероприятий статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличилось количество больных с легкой степенью виктимизации (от 20 (34,5%) до 37 (63,8%)) и уменьшился удельный вес пациентов с умеренной (с 39,4% до 31,0%) и тяжелой (с 25,8% до 5,2%) степенью виктимности. В группе сравнения соотношение больных с легкой, умеренной и тяжелой степенью виктимизации практически не изменилось. Некоторое увеличение пациентов с легкой и умеренной степенью виктимизации (12 (23,1%) и 23 (44,2%) соответственно) и незначительное уменьшение количества тяжело виктимизированных больных (17 чел. – 32,7%), с нашей точки зрения, могло быть, с одной стороны, результатом их пребывания в условиях терапевтической среды стационара, одинаковых для всех пациентов, с другой – подтверждало участие

процессов виктимизации в формировании выраженности негативной симптоматики, которая, несколько нивелируясь под действиям медикаментозной терапии, смягчала вторичные негативные проявления заболевания и, соответственно, в некоторой степени, сглаживала виктимизационные процессы личностной дезинтеграции.

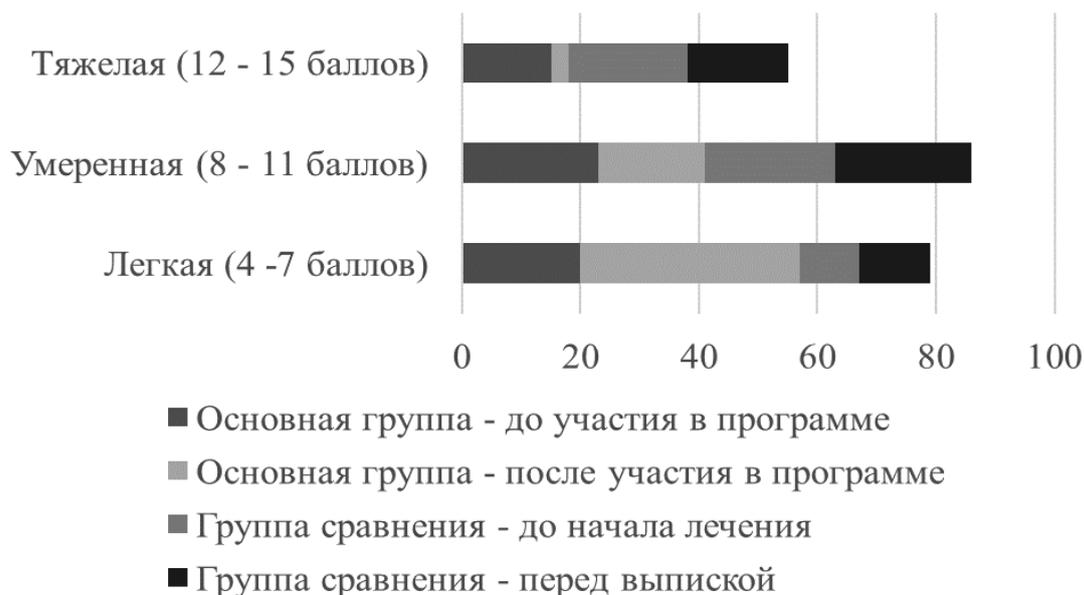


Рисунок 6.3 - Распределение больных параноидной шизофренией по степени выраженности виктимизации в процессе лечения

В таблице 6.2 представлены особенности динамики отдельных составляющих личностного потенциала виктимизированных больных шизофренией, включенных в программу девиктимизации, в сравнении с пациентами на стандартной медикаментозной терапии. В качестве оцениваемых параметров рассматривались динамика самосознания и самоотношения личности, включая оценку ценностно-смысловой сферы, а также оценку субъективного благополучия, отражающегося на мотивационно-поведенческой активности.

Если больные группы сравнения перед выпиской из стационара сохраняли низкий показатель субъективного переживания собственной жизни и ее бессмысленность, что проявлялось нерешительностью и уходом от ответственности ($148,4 \pm 3,9$), то пациенты основной группы в процессе психотерапии отмечали рост внутренней открытости, что проявлялось как в большей эмоциональной определенности и уверенности у части больных, так и в

ощущении большей свободы в самореализации, что даже при эмоциональной отгороженности облегчало жизненные выборы и коммуникации (показатель G в основной группе $183,2 \pm 7,4$ соответствовал среднему уровню экзистенциальной исполненности и статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал аналогичный показатель в группе сравнения).

Таблица 6.2 - Динамика показателей личностного потенциала у виктимизированных больных параноидной шизофренией после завершения психотерапевтической программы (курса лечения) ($M \pm m$ (95%ДИ))

Показатели личностного потенциала	Значения показателей личностного потенциала		p
	Основная группа	Группа сравнения	
Показатель экзистенциальной исполненности (G)	$183,2 \pm 7,4$ (95%ДИ: 178,6-195,3)	$148,4 \pm 3,9$ (95%ДИ: 132,6-161,5)	$p = 0,042^1$
Личностная субъективация			
УСК - Общая интернальность (Io)	$5,9 \pm 0,5$ (95%ДИ: 3,8-7,2)	$3,9 \pm 0,1$ (95%ДИ: 2,1-5,8)	$p = 0,012^1$
Общий показатель СЖО	$72,3 \pm 4,7$ (95%ДИ: 55,3-85,6)	$42,5 \pm 4,6$ (95%ДИ: 35,8-61,2)	$p = 0,043^1$
Ресурсные возможности личности (субъективное благополучие)			
Основная психоэмоциональная симптоматика	$5,5 \pm 1,0$ (95%ДИ: 5,9-9,9)	$9,4 \pm 1,0$ (95%ДИ: 14,6-18,7)	$p = 0,032^1$
Степень удовлетворенности повседневной деятельностью	$4,2 \pm 0,6$ (95%ДИ: 6,9-10,4)	$9,8 \pm 3,1$ (95%ДИ: 7,9-19,7)	$p = 0,026^1$
Примечание: p - достоверность статистических различий при попарном сравнении основной группы и группы сравнения с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).			

В процессе психотерапевтической работы у большинства виктимизированных пациентов формировалась уверенность в возможности субъективного контроля над жизненными процессами и событиями, появлялось чувство ответственности за то, как будет складываться их жизнь, то есть появлялась тенденция к развитию интернального типа личности (уровень общей интернальности - $5,9 \pm 0,5$ – превышал нормативные 5,5 стенов). Общая

интернальность больных группы сравнения ($3,9 \pm 0,1$) была статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже в сравнении как с нормой, так и с аналогичным показателем в основной группе. Отказ от психокоррекционной и психотерапевтической поддержки приводил к сохранению низкого уровня субъективного контроля с отсутствием ощущения связи между жизненными событиями и действиями этих пациентов, их безответственности, беспомощности и склонности считать происходящее с ними результатом действия других людей.

Общий показатель смысло-жизненных ориентаций обследованных больных основной группы статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал соответствующий показатель в группе сравнения ($72,3 \pm 4,7$ и $42,5 \pm 4,6$ соответственно). Несмотря на низкие значения показателя в обеих группах в сравнении с нормативными, в группе больных, включенных в программу девиктимизации отмечалось качественное изменение структуры данного показателя. Так, для них более определенными становились цели в жизни, вырисовывались этапы их достижения, больные испытывали неудовлетворенность настоящей жизнью, но с большей уверенностью ориентировались на будущее, несколько повышалось ощущение осмысленности пройденного жизненного этапа, однако при этом сохранялась некоторая неуверенность в способности держать собственную жизнь под контролем и полностью определять насыщенность ее смыслом. В то же время, у больных, проходящих медикаментозное лечение, имела место стагнация в мировосприятии и определении своего смысла жизни, что сопровождалось безразличием к собственному будущему, ощущением бесконтрольности происходящего и, в конечном итоге, к пассивной жизненной позиции, отражая традиционный дефицитарный образ больного шизофренией.

Как показано на рисунке 6.4, участие виктимизированных больных в программе девиктимизации и субъективного личностного восстановления, включающей элементы поведенческого тренинга на психообразовательных занятиях, способствовала кардинальному изменению структуры совладающего поведения (копинг-стратегий) пациентов. Так, статистически достоверно ($p < 0,05$) чаще ими стал использоваться конструктивный вариант копинга,

ориентированного на решение проблем (до начала терапии он использовался в $16,3\pm 0,4\%$ случаев, перед выпиской – в $53,6\pm 4,8\%$ случаев); в то же время у пациентов практически не наблюдался эскапизм как уход от решения проблем ($7,6\pm 3,1\%$), а до начала лечения данный вариант копинга наблюдался в $44,0\pm 5,2\%$ случаев. В группе больных, проходивших только медикаментозное лечение, закреплялся неконструктивный вариант копинга, ориентированного на избегание ($44,0\pm 5,2\%$ до начала лечения, $58,4\pm 1,7\%$ перед выпиской). Использование условно конструктивного копинга, ориентированного на поиск социальной поддержки, оставалось примерно на одном уровне в обеих группах виктимизированных пациентов.

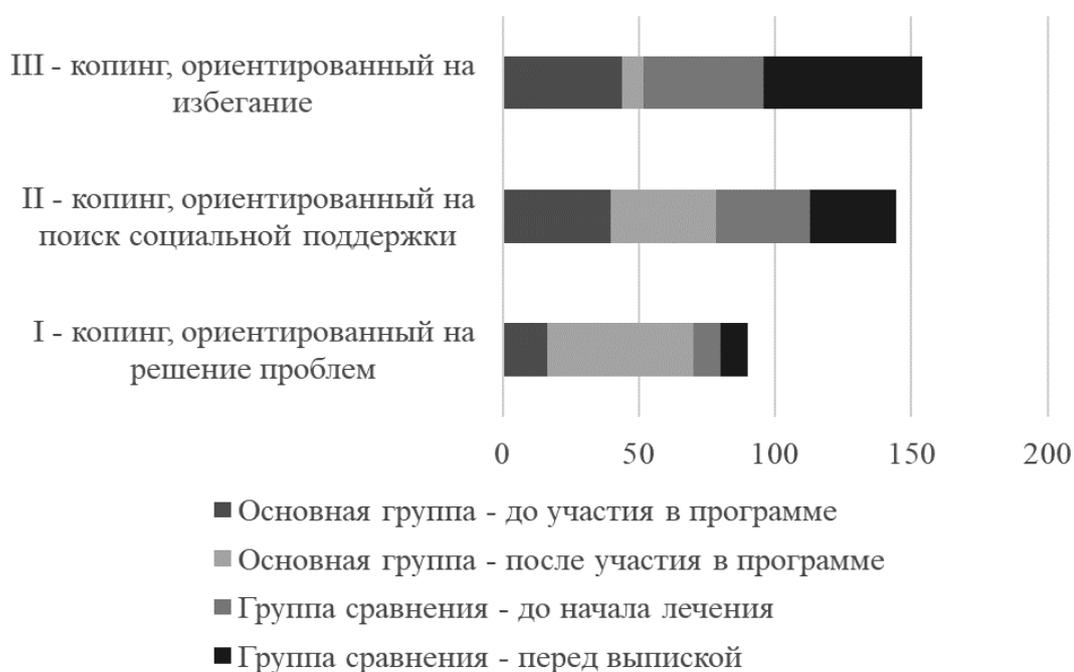


Рисунок 6.4 - Частота вариантов копинг-поведения в сравниваемых группах больных шизофренией

Как существенный личностный ресурс, поддерживающий мотивационную составляющую поведенческой активности обследованного контингента больных, нами рассматривался уровень субъективного благополучия, изменения которого подтверждали эффективность программы девиктимизации (табл. XX). Если пациенты, получавшие исключительно лекарственную терапию, характеризовались низким уровнем субъективного благополучия как в восприятии своего психоэмоционального состояния ($9,4\pm 1,0$), так и в степени

удовлетворенности повседневной деятельностью ($9,8 \pm 3,1$), то у больных основной группы имело место умеренное субъективное благополучие, они не видели серьезных проблем ни в сохранявшихся психопатологических симптомах ($5,5 \pm 1,0$), ни в удовлетворенности собственной повседневной активностью ($4,2 \pm 0,6$), чему, на наш взгляд, способствовало участие в психообразовательных программах. В то же время, данные показатели свидетельствовали о том, что полного психоэмоционального комфорта у данной группы пациентов не было, чему, возможно, способствовало их пребывание в психиатрическом стационаре, а также подтверждало необходимость разработки долговременных психокоррекционных и психотерапевтических вмешательств уже на амбулаторном этапе.

Таким образом, своевременные, персонифицированные и интегративные программы девиктимизации и субъективного личностного восстановления больных параноидной шизофренией снижают вероятность быстрого рецидива, улучшают клинический и социальный прогноз пациента. Из этого следует, что адекватно подобранные и индивидуально дозированные девиктимизационные мероприятия являются индикатором успешности оказываемой помощи, а также в значительной мере определяют уровень последующей жизнедеятельности и социальной адаптации больных.

6.4. Нейросетевое моделирование показателя виктимизации больных параноидной шизофренией

Для решения задачи прогнозирования показателя «Виктимизации» были построены математические модели с применением искусственных нейронных сетей. В качестве входных параметров были выбраны 91 независимых предикторов, которые отражали паспортные, физиологические, клинические, параклинические и психологические свойства исследуемых и носили смешанный характер (количественные, упорядоченные, дихотомические данные). Выходная

переменная была представлена как дискретная величина (в пределах от 0 до 15 ед.).

Модели строились по данным исследований 180 больных, при этом все варианты заболеваний были разбиты случайным образом на 3 подмножества: обучающее (70% случаев), контрольное (20% случаев) и тестовое (10% случаев).

При построении модели важнейшим фактором является правильный выбор ее структуры (линейная, нелинейная, полиномиальная и т.д.) и отбор наиболее значимых входных предикторов для модели.

Поскольку вид зависимости прогнозируемой переменной «Виктимизация» от входных предикторов заранее неизвестен, то для построения модели привлекаются способы нейросетевого моделирования, которые позволяют построить сколь угодно сложные математические модели, не выбирая заранее ее вид (вид функции определится при обучении модели). В нашем случае мы воспользовались разделом анализа Neural Networks (SPSS, Statistics v.21).

Для ускорения поиска приемлемого вида модели разработаны специальные подходы. Так, в методе пошагового включения первоначально строится модель, содержащая только свободный член. Затем постепенно один за другим добавляют остальные предикторы. Процедура включения останавливается, когда добавление в модель новых факторных признаков уже существенно не уменьшает вариации отклика, что определяется по F-критерию Фишера. Метод пошагового исключения действует в обратном порядке.

В последнее время для решения задач выбора предикторов используют метод генетического алгоритма. Такой подход позволяет, существенно сократить количество возможных вариантов моделей, отобрать модели близкие к оптимальным.

Любую регрессию можно представить в виде однослойной нейронной сети с сигмоидальной функцией активации, веса которой являются коэффициенты регрессии, а вес поляризации – константа регрессионного уравнения (рис. 6.5).

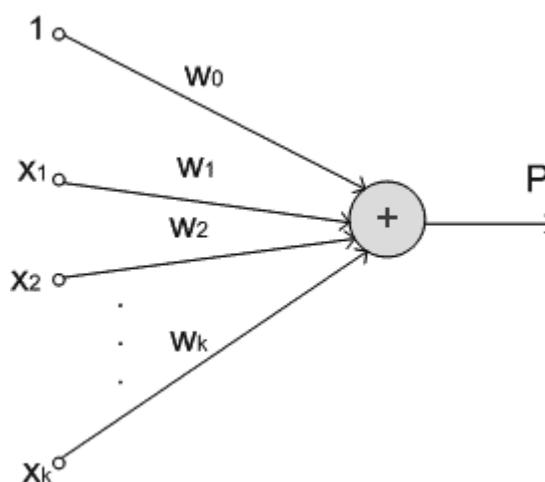


Рисунок 6.5 – Представление регрессии в виде модели искусственной нейронной сети

Для определения наиболее значимых входных переменных при учете возможности построения как линейных, так и нелинейных зависимостей с помощью программы SPSS 21 Neural Networks был проведен отбор факторов с использованием метода генетического алгоритма. В качестве пробных моделей были использованы МЛП (Multilayer Perceptron Network – многослойный линейный персептрон) нейросетевые модели, которые быстро обучаются и чувствительны к избыточным переменным. Этим методом было обработано 5 наборов разных комбинаций входных предикторов: модель МЛП 1 - 40 переменных, модель МЛП 2 - 15 переменных, модель МЛП 3 - 9 переменных, модель МЛП 4 - 6 переменных и модель МЛП 5 - 3 переменных. На этих наборах были построены 5 однослойных нейросетевых моделей (по типу многослойного персептрона с одним входным слоем с разным количеством персептронов, одним скрытым слоем – 10 персептронов, одним выходным слоем – 16 персептронов).

В таблице 6.3 приведены результаты выбора и прогнозирования 5 оптимальных нейросетевых моделей. Архитектура некоторых моделей, таких как МЛП₄ и МЛП₅ представлена на рисунках 6.6 и 6.7.

Обучение нейросетевой модели проводилось как пакетное, так и интерактивное с использованием алгоритма оптимизации с применением метода масштабируемых сопряженных градиентов или метода градиентного спуска. Для расчета коэффициентов регрессии применялись градиентные методы: метод сопряженных градиентов и методы переменной метрики.

Таблица 6.3 - Краткая характеристика полученных моделей прогнозирования параметра «Виктимизация» с применением ИНС по типу МЛП

Сводка обработки наблюдений		Модель МЛП ₁		Модель МЛП ₂		Модель МЛП ₃		Модель МЛП ₄		Модель МЛП ₅	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Выборка	Обучающая	127	81,4	130	81,8	122	79,2	122	73,9	134	80,7
	Контрольная	17	10,9	21	13,2	21	13,6	28	17,0	20	12,0
	Проверочная	12	7,7	8	5,0	11	7,1	15	9,1	12	7,2
Валидные случаи		156	100,0	159	100	154	100,0	165	100,0	166	100,0
Исключенные случаи		26	14,3	23	12,6	28	15,4	17	9,3	16	8,8
Всего		182	100,0	182	100,0	182	100,0	182	100,0	182	100,0
Ошибки на обучающей выборке		7	5,5	2	1,5	10	8,2	2	1,6	17	12,7
Процент корректных предсказаний на обучающей выборке		120	94,5	128	98,5	112	91,8	120	98,4	117	87,3
Ошибки на контрольной выборке		2	11,8	2	9,5	5	23,8	3	10,7	2	10,0
Процент корректных предсказаний на контрольной выборке		15	88,2	19	90,5	16	76,2	25	89,3	18	90,0
Ошибки на тестовой выборке		2	16,7	2	25,0	2	18,2	2	13,3	1	8,3
Процент корректных предсказаний на тестовой выборке		10	83,3	6	75,0	9	81,8	13	86,7	11	91,7
Количество входных факторов		40	44,0	15	16,5	9	9,9	6	6,6	3	3,3
Входной слой (количество персептронов)		603		379		206		152		108	
Скрытый слой (количество персептронов)		10		10		10		10		10	
Выходной слой (количество персептронов)		16		16		16		16		16	
Функция активации		С		С		С		С		ЕМ	
Функция ошибки		СК		СК		СК		СК		СК	
Примечание: С – функция активации персептронов - сигмоид; ЕМ - функция активации персептронов - единичная матрица; СК – функция ошибки является сумма квадратов.											

Из анализа результатов прогнозирования видно, что нейросетевая модель (модель МЛП₄), построенная на 6 наиболее значимых входных признаках (Значимость социального окружения, Изменение настроения, показатель Ид, .самоэффективность, признак F (свобода) и признак P (персональность)), и нейросетевая модель (модель МЛП₅), построенная на 3 наиболее значимых входных признаках (самоэффективность, признак F (свобода) и признак P (персональность)), обладают наилучшими прогностическими способностями из всех анализируемых моделей, о чем говорит высокий процент корректных предсказаний на тестовой выборке (86,7% в модели МЛП₄ и 91,7% в модели МЛП₅), низкий процент исключенных случаев (9,3% в модели МЛП₄ и 8,8% в модели МЛП₅), количество ошибок на контрольной выборке (10,7% в модели МЛП₄ и 10,0% в модели МЛП₅) и тестовой выборке (13,3% в модели МЛП₄ и 8,3% в модели МЛП₅). Это позволяет с высокой долей уверенности предсказывать вероятность предполагаемого «Показателя виктимизации» (ПВ).

Выбранные нейросетевые модели МЛП₄ и МЛП₅ показали достаточно высокую чувствительность при прогнозировании зависимого предиктора, причем при уменьшении числа прогнозирующих независимых признаков (6 и менее) не снижаются прогностические способности модели по отношению к проценту корректных предсказаний прогнозируемого фактора на контрольной и тестовой выборке, что позволяет говорить об эффективности понижения сложности модели за счет выделения наиболее значимых признаков.

Таким образом, можно предложить данную нейросетевую модель МЛП₅ в качестве окончательной.

Формула для расчета показателя «Виктимизации» в 5-й модели МЛП₅ включает 3 входных предиктора: P (персональность) (X_1), F (свобода) (X_2) и самоэффективность (X_3). Выходную переменную обозначим через $ПВ_5$. Результаты прогнозирования модели представлены в таблицах ниже. Абсолютные величины коэффициентов регрессии позволили расположить предикторы в ряд по убыванию их относительного вклада (β -коэфф.) в прогнозирование итоговой переменной регрессионного уравнения: P (персональность) > Самоэффективность

> F (свобода): $|2,156| > |0,197| > |1,158|$. Подробная информация о коэффициентах модели представлена в таблице 6.4.

Таблица 6.4 – Показатели коэффициентов модели МЛП₅ расчета показателя «Виктимизации»

Показатель	X _{1...n}	β – коэфф.	Ст.Ош. β	B	Ст.Ош. B	t(174)	p- знач.
P (персональность)	X ₁	2,156	0,247	0,201	0,023	8,715	0,0001
F (свобода)	X ₂	-1,158	0,240	-0,226	0,047	-4,819	0,0001
Самоэффективность	X ₃	-0,197	0,115	-0,052	0,030	-1,706	0,0500

После расчета линейной модели были получено следующее математическое уравнение:

$$PB_5 = 0,201 \times X_1 - 0,226 \times X_2 - 0,052 \times X_3 + 0,1,$$

где PB_5 – показатель виктимизации, рассчитанный на 3 предикторах; X_1 – показатель P (персональность); X_2 – показатель F (свобода); X_3 – показатель самоэффективности; 0,1 – поправочный коэффициент.

Исследование основных вычислительных характеристик регрессионного уравнения показало высокую степень влияния предикторов на расчетный зависимый показатель: Коэфф.множест. корреляции $R = 0,855$; коэф. детерминации $R^2 = 0,731$; F-критерий = 160,46 при $p < 0,001$ (табл. 6.5).

Таблица 6.5 - Исследование влияния основных вычислительных характеристик регрессионного уравнения на расчетный зависимый показатель

Показатель	Значение
Коэффициент множественной корреляции R	0,855
Коэффициент детерминации R ²	0,731
Скорректированный коэффициент детерминации R ²	0,727
F-критерий (3,177)	160,46
p	0,001
Стандартная ошибка оценки	4,178243

ROC-анализ предложенной модели. Для прогностических моделей рекомендуется проводить количественную оценку качества модели. Для ее получения рассчитываются такие показатели, как чувствительность и специфичность. Исходя из значений чувствительности и специфичности, строится характеристическая кривая (ROC-кривая) (Receiver Operating Characteristic curve), по форме которой и по величине площади под которой (AUC) можно судить об удачности модели.

Для идеального классификатора график ROC-кривой проходит через верхний левый угол, где доля истинно положительных случаев составляет 100% или 1.0 (идеальная чувствительность), а доля ложно положительных примеров равна нулю. Поэтому чем ближе кривая к верхнему левому углу, тем выше предсказательная способность модели. Наоборот, чем меньше изгиб кривой, и чем ближе она расположена к диагональной прямой, тем менее эффективна модель. Диагональная линия соответствует "бесполезному" классификатору, т.е. полной неразличимости классов.

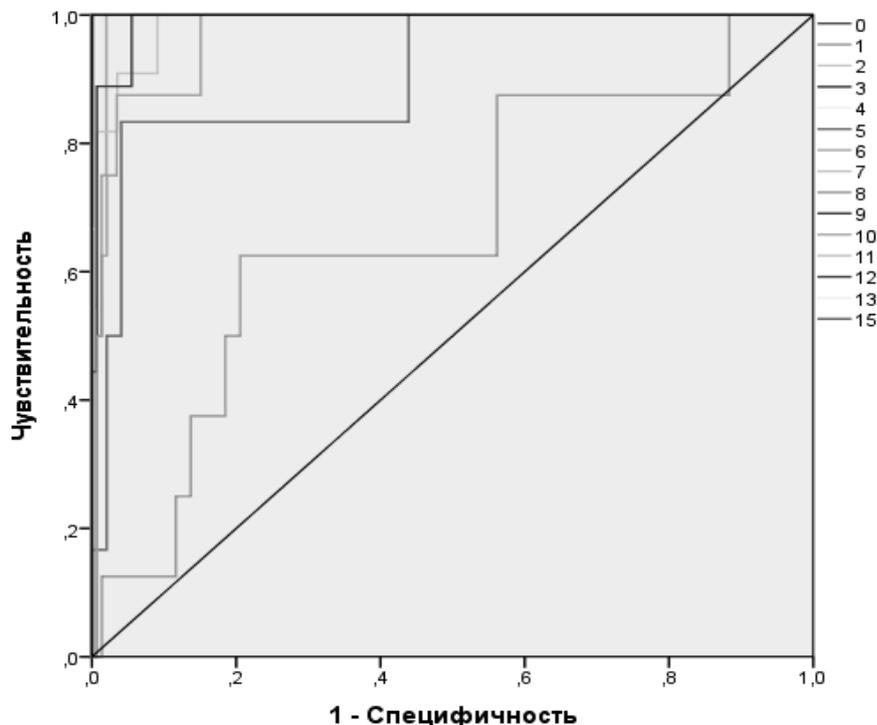


Рисунок 6.8 - ROC кривые построенные по значениям каждой предсказанной категории «ПВ» в модели МЛП₅

Визуальная оценка ROC кривых не всегда позволяет выявить наиболее эффективную модель. Своеобразным методом сравнения ROC-кривых является оценка площади под кривыми. Теоретически она изменяется от 0 до 1.0, но, поскольку модель всегда характеризуется кривой, расположенной выше положительной диагонали, то обычно говорят об изменениях от 0.5 ("бесполезный" классификатор) до 1.0 ("идеальная" модель). Эта оценка может быть получена непосредственно вычислением площади под многогранником, ограниченным справа и снизу осями координат и слева вверху – экспериментальными точками. Численный показатель площади под кривой называется AUC (Area Under Curve).

Приблизительная шкала значений AUC (площадь под кривой), отражающая качество диагностического теста или модели такова:

AUC=0,9-1,0 - отличное качество

AUC=0,8-0,9 - высокое качество

AUC=0,7-0,8- хорошее качество

AUC=0,6-0,7- среднее качество

AUC=0,5-0,6- плохое (неудовлетворительное) качество.

По результатам расчетов AUC для каждой из 16-и прогнозируемых категорий (табл. 6.6) можно констатировать, что отличное и высокое качество прогноза приходится на большинство категорий показателя «Виктимизация». Лишь для категории 8 зависимого предиктора «ПВ» AUC составила 0,773, что по классификации можем отнести к уровню предсказания «хорошего качества». Расчет среднего значения AUC показал, что площадь под кривой составила 0,945, что соответствует отличному качеству модели (рис. 6.9).

Идеальная модель обладает 100% чувствительностью и специфичностью. Однако на практике добиться этого невозможно, более того, невозможно одновременно повысить и чувствительность (Se), и специфичность (Sp) модели. Компромисс находится с помощью порога отсечения, т.к. пороговое значение влияет на соотношение Se и Sp.

Таблица 6.6 - Результаты расчетов AUC для каждой из 16-и прогнозируемых категорий

Категории зависимого предиктора ПВ		Площадь под ROC кривой в модели ПВ ₅
Модель МЛП ₅	0	1,000
	1	1,000
	2	1,000
	3	0,999
	4	0,943
	5	0,842
	6	0,903
	7	0,912
	8	0,773
	9	0,945
	10	0,906
	11	0,940
	12	1,000
	13	0,965
	14	1,000
	15	1,000
Среднее значение AUC		0,945

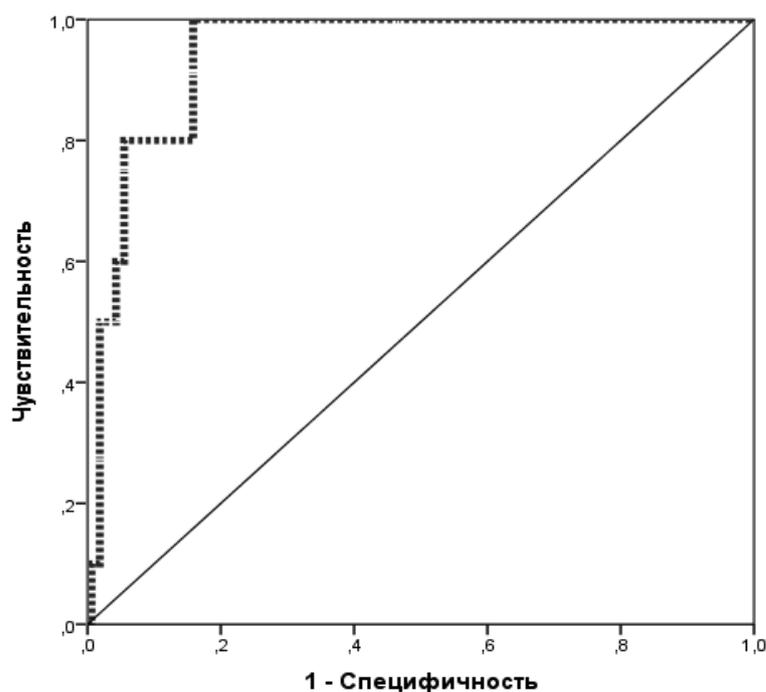


Рисунок 6.9 - ROC кривая построенная по средним значениям ПВ каждой ROC кривой в модели МЛП₅

В таблице 6.7 ниже представлены результаты статистического расчета показателей Se и Sp полученной математической модели МЛП₅ прогнозирования ПВ с учетом проведенной предварительной стандартизации (логарифмирования) значений параметров дискретной переменной «ПВ» в диапазоне критериев от 0 до 1.

Таблица 6.7 - Значения чувствительности и специфичности модели МЛП₅ и их 95% ДИ

Criterion	Sensitivity	95% CI	Specificity	95% CI	+LR	-LR
1	2	3	4	5	6	7
$\geq 0,01$	100	98,6 - 100,0	0	0,0 - 0,5	1	
$> 0,019$	100	98,6 - 100,0	19,37	16,5 - 22,5	1,24	0
$> 0,02$	99,6	97,8 - 100,0	21,81	18,8 - 25,1	1,27	0,018
$> 0,021$	98,81	96,6 - 99,8	25,25	22,1 - 28,6	1,32	0,047
$> 0,057$	98,81	96,6 - 99,8	59,83	56,1 - 63,5	2,46	0,02
$> 0,058$	98,42	96,0 - 99,6	60,26	56,5 - 63,9	2,48	0,026
$> 0,065$	98,42	96,0 - 99,6	62,27	58,6 - 65,9	2,61	0,025
$> 0,066$	98,02	95,4 - 99,4	62,41	58,7 - 66,0	2,61	0,032
$> 0,075$	98,02	95,4 - 99,4	64,71	61,0 - 68,3	2,78	0,031
$> 0,076$	97,63	94,9 - 99,1	65,42	61,8 - 69,0	2,82	0,036
$> 0,079$	97,63	94,9 - 99,1	66	62,3 - 69,5	2,87	0,036
$> 0,08$	97,23	94,4 - 98,9	66,43	62,8 - 69,9	2,9	0,042
$> 0,081$	96,44	93,4 - 98,4	66,86	63,2 - 70,3	2,91	0,053
$> 0,091$	96,44	93,4 - 98,4	70,16	66,6 - 73,5	3,23	0,051

1	2	3	4	5	6	7
>0,092	96,05	92,9 - 98,1	70,3	66,8 - 73,7	3,23	0,056
>0,096	96,05	92,9 - 98,1	71,16	67,6 - 74,5	3,33	0,056
>0,097	95,65	92,4 - 97,8	71,74	68,2 - 75,1	3,38	0,061
>0,098	95,26	91,9 - 97,5	71,88	68,4 - 75,2	3,39	0,066
>0,102	95,26	91,9 - 97,5	73,6	70,2 - 76,8	3,61	0,064
>0,103	94,86	91,4 - 97,2	73,6	70,2 - 76,8	3,59	0,07
>0,108	94,86	91,4 - 97,2	74,61	71,2 - 77,8	3,74	0,069
>0,109	94,47	90,9 - 96,9	74,75	71,4 - 77,9	3,74	0,074
>0,111	94,47	90,9 - 96,9	75,32	71,9 - 78,5	3,83	0,073
>0,112	94,07	90,4 - 96,6	75,47	72,1 - 78,6	3,83	0,079
>0,113	93,68	89,9 - 96,3	75,75	72,4 - 78,9	3,86	0,083
>0,114	93,28	89,5 - 96,0	76,18	72,8 - 79,3	3,92	0,088
>0,115	92,89	89,0 - 95,7	76,18	72,8 - 79,3	3,9	0,093
>0,135	92,89	89,0 - 95,7	78,77	75,5 - 81,7	4,37	0,09
>0,136	92,49	88,5 - 95,4	78,77	75,5 - 81,7	4,36	0,095
>0,137	92,49	88,5 - 95,4	79,05	75,8 - 82,0	4,42	0,095
>0,139	92,09	88,1 - 95,1	79,2	76,0 - 82,2	4,43	0,1
>0,147	92,09	88,1 - 95,1	80,06	76,9 - 83,0	4,62	0,099

1	2	3	4	5	6	7
>0,151	91,3	87,1 - 94,5	80,06	76,9 - 83,0	4,58	0,11
>0,153	91,3	87,1 - 94,5	80,63	77,5 - 83,5	4,71	0,11
>0,154	90,91	86,7 - 94,1	80,77	77,6 - 83,6	4,73	0,11
>0,157	90,51	86,2 - 93,8	80,77	77,6 - 83,6	4,71	0,12
>0,158	90,51	86,2 - 93,8	80,92	77,8 - 83,8	4,74	0,12
>0,159	90,12	85,8 - 93,5	80,92	77,8 - 83,8	4,72	0,12
>0,164	90,12	85,8 - 93,5	81,49	78,4 - 84,3	4,87	0,12
>0,165*	89,72	85,3 - 93,2	81,64	78,6 - 84,4	4,89	0,13
>0,166	89,33	84,9 - 92,8	81,92	78,9 - 84,7	4,94	0,13
>0,17	88,93	84,4 - 92,5	81,92	78,9 - 84,7	4,92	0,14
>0,188	88,93	84,4 - 92,5	83,07	80,1 - 85,8	5,25	0,13
>0,191	88,14	83,5 - 91,9	83,21	80,2 - 85,9	5,25	0,14
>0,193	87,75	83,1 - 91,5	83,36	80,4 - 86,0	5,27	0,15
>0,197	87,75	83,1 - 91,5	84,07	81,1 - 86,7	5,51	0,15
>0,198	87,35	82,6 - 91,2	84,22	81,3 - 86,8	5,53	0,15
>0,205	86,17	81,3 - 90,2	84,22	81,3 - 86,8	5,46	0,16
>0,206	86,17	81,3 - 90,2	84,36	81,4 - 87,0	5,51	0,16
>0,207	85,77	80,8 - 89,8	84,51	81,6 - 87,1	5,54	0,17

1	2	3	4	5	6	7
>0,224	85,77	80,8 - 89,8	86,08	83,3 - 88,6	6,16	0,17
>0,231	84,98	80,0 - 89,1	86,08	83,3 - 88,6	6,11	0,17
>0,246	84,98	80,0 - 89,1	86,66	83,9 - 89,1	6,37	0,17
>0,247	84,58	79,5 - 88,8	86,66	83,9 - 89,1	6,34	0,18
>0,272 *	84,58	79,5 - 88,8	88,38	85,8 - 90,7	7,28	0,17
>0,273	84,19	79,1 - 88,5	88,38	85,8 - 90,7	7,24	0,18
>0,275	83,79	78,7 - 88,1	88,52	85,9 - 90,8	7,3	0,18
>0,279	83,79	78,7 - 88,1	88,95	86,4 - 91,2	7,59	0,18
>0,282	83	77,8 - 87,4	88,95	86,4 - 91,2	7,51	0,19
>0,285	82,61	77,4 - 87,1	89,1	86,5 - 91,3	7,58	0,2
>0,301	82,61	77,4 - 87,1	89,67	87,2 - 91,8	8	0,19
>0,318	81,42	76,1 - 86,0	89,67	87,2 - 91,8	7,88	0,21
>0,32	81,42	76,1 - 86,0	89,81	87,3 - 92,0	7,99	0,21
>0,321	81,03	75,6 - 85,7	89,81	87,3 - 92,0	7,95	0,21
>0,327	81,03	75,6 - 85,7	90,53	88,1 - 92,6	8,56	0,21
>0,334	79,84	74,4 - 84,6	90,53	88,1 - 92,6	8,43	0,22
>0,336	79,84	74,4 - 84,6	90,67	88,3 - 92,7	8,56	0,22
>0,339	79,05	73,5 - 83,9	90,67	88,3 - 92,7	8,48	0,23

1	2	3	4	5	6	7
>0,348	79,05	73,5 - 83,9	91,1	88,7 - 93,1	8,89	0,23
>0,351	78,66	73,1 - 83,5	91,25	88,9 - 93,2	8,99	0,23
>0,357	78,66	73,1 - 83,5	91,97	89,7 - 93,9	9,79	0,23
>0,359	78,26	72,7 - 83,2	91,97	89,7 - 93,9	9,74	0,24
>0,363	78,26	72,7 - 83,2	92,25	90,0 - 94,1	10,1	0,24
>0,364	77,87	72,2 - 82,8	92,25	90,0 - 94,1	10,05	0,24
>0,367	77,47	71,8 - 82,5	92,4	90,2 - 94,3	10,19	0,24
>0,368	77,08	71,4 - 82,1	92,4	90,2 - 94,3	10,14	0,25
>0,371	77,08	71,4 - 82,1	92,83	90,7 - 94,6	10,74	0,25
>0,375	76,68	71,0 - 81,7	92,83	90,7 - 94,6	10,69	0,25
>0,376	76,68	71,0 - 81,7	92,97	90,8 - 94,8	10,91	0,25
>0,377	76,28	70,6 - 81,4	92,97	90,8 - 94,8	10,85	0,26
>0,394	76,28	70,6 - 81,4	93,54	91,5 - 95,3	11,82	0,25
>0,398	75,89	70,1 - 81,0	93,54	91,5 - 95,3	11,75	0,26
>0,406	75,49	69,7 - 80,7	93,69	91,6 - 95,4	11,96	0,26
>0,414	75,1	69,3 - 80,3	93,69	91,6 - 95,4	11,9	0,27
>0,431	75,1	69,3 - 80,3	94,12	92,1 - 95,7	12,77	0,26
>0,432	74,7	68,9 - 79,9	94,26	92,3 - 95,9	13,02	0,27

1	2	3	4	5	6	7
>0,452	72,33	66,4 - 77,8	94,26	92,3 - 95,9	12,6	0,29
>0,454	72,33	66,4 - 77,8	94,4	92,4 - 96,0	12,93	0,29
>0,461	71,94	66,0 - 77,4	94,4	92,4 - 96,0	12,86	0,3
>0,463	71,94	66,0 - 77,4	94,55	92,6 - 96,1	13,19	0,3
>0,464	71,54	65,6 - 77,0	94,69	92,8 - 96,2	13,48	0,3
>0,468	71,15	65,1 - 76,6	94,69	92,8 - 96,2	13,4	0,3
>0,473	71,15	65,1 - 76,6	95,12	93,2 - 96,6	14,58	0,3
>0,477	70,75	64,7 - 76,3	95,12	93,2 - 96,6	14,5	0,31
>0,483	70,75	64,7 - 76,3	95,41	93,6 - 96,8	15,41	0,31
>0,492	69,96	63,9 - 75,5	95,41	93,6 - 96,8	15,24	0,31
>0,518	69,96	63,9 - 75,5	95,98	94,2 - 97,3	17,42	0,31
>0,525	69,57	63,5 - 75,2	96,13	94,4 - 97,4	17,96	0,32
>0,526	69,57	63,5 - 75,2	96,27	94,6 - 97,5	18,65	0,32
>0,528	69,17	63,1 - 74,8	96,27	94,6 - 97,5	18,54	0,32
>0,529	69,17	63,1 - 74,8	96,41	94,8 - 97,7	19,28	0,32
>0,532	68,77	62,7 - 74,4	96,41	94,8 - 97,7	19,17	0,32
>0,538	68,77	62,7 - 74,4	96,56	94,9 - 97,8	19,97	0,32
>0,539	68,38	62,3 - 74,1	96,7	95,1 - 97,9	20,72	0,33

1	2	3	4	5	6	7
>0,541	68,38	62,3 - 74,1	96,84	95,3 - 98,0	21,66	0,33
>0,554	67,19	61,0 - 72,9	96,84	95,3 - 98,0	21,29	0,34
>0,555	67,19	61,0 - 72,9	96,99	95,4 - 98,1	22,3	0,34
>0,578	66,01	59,8 - 71,8	96,99	95,4 - 98,1	21,91	0,35
>0,583	66,01	59,8 - 71,8	97,42	95,9 - 98,5	25,56	0,35
>0,593	65,61	59,4 - 71,4	97,56	96,1 - 98,6	26,9	0,35
>0,601	65,61	59,4 - 71,4	97,7	96,3 - 98,7	28,58	0,35
>0,639	63,64	57,4 - 69,6	97,7	96,3 - 98,7	27,72	0,37
>0,651	63,64	57,4 - 69,6	97,99	96,7 - 98,9	31,68	0,37
>0,667	62,45	56,2 - 68,4	97,99	96,7 - 98,9	31,09	0,38
>0,679	62,45	56,2 - 68,4	98,13	96,8 - 99,0	33,48	0,38
>0,712	60,08	53,8 - 66,2	98,13	96,8 - 99,0	32,21	0,41
>0,715	60,08	53,8 - 66,2	98,42	97,2 - 99,2	38,07	0,41
>0,717	58,89	52,6 - 65,0	98,42	97,2 - 99,2	37,32	0,42
>0,718	58,89	52,6 - 65,0	98,57	97,4 - 99,3	41,05	0,42
>0,719	58,5	52,2 - 64,6	98,57	97,4 - 99,3	40,77	0,42
>0,727	58,5	52,2 - 64,6	98,71	97,6 - 99,4	45,3	0,42
>0,735	57,31	51,0 - 63,5	98,71	97,6 - 99,4	44,39	0,43

1	2	3	4	5	6	7
>0,738	57,31	51,0 - 63,5	98,85	97,8 - 99,5	49,93	0,43
>0,74	56,92	50,6 - 63,1	98,85	97,8 - 99,5	49,59	0,44
>0,742	56,92	50,6 - 63,1	99	97,9 - 99,6	56,67	0,44
>0,754	56,13	49,8 - 62,3	99	97,9 - 99,6	55,89	0,44
>0,757	56,13	49,8 - 62,3	99,14	98,1 - 99,7	65,2	0,44
>0,778	53,75	47,4 - 60,0	99,14	98,1 - 99,7	62,45	0,47
>0,786	53,75	47,4 - 60,0	99,28	98,3 - 99,8	74,93	0,47
>0,895	45,45	39,2 - 51,8	99,28	98,3 - 99,8	63,36	0,55
>0,898	45,45	39,2 - 51,8	99,43	98,5 - 99,8	79,2	0,55
>0,951	35,57	29,7 - 41,8	99,43	98,5 - 99,8	61,99	0,65
>0,954	35,18	29,3 - 41,4	99,57	98,7 - 99,9	81,73	0,65
>0,975	26,88	21,5 - 32,8	99,57	98,7 - 99,9	62,45	0,73
>0,978	26,88	21,5 - 32,8	99,71	99,0 - 100,0	93,67	0,73
>0,99	20,16	15,4 - 25,6	99,71	99,0 - 100,0	70,25	0,8
>0,991	18,97	14,3 - 24,4	99,86	99,2 - 100,0	132,2 4	0,81
>0,999	7,91	4,9 - 11,9	99,86	99,2 - 100,0	55,1	0,92
>1	0	0,0 - 1,4	100	99,5 - 100,0		1

При этом порог принятия-отвержения (порога отсечения) в статистической программе «MedCalc v.8.0» был определен на уровне $h=0.165$. Согласно данным таблицы 5 на этом значении h уровень чувствительности (Se) модели составил

89,7%(95%ДИ:85,3% - 93,2%), а специфичности (Sp) 81,6 %(95%ДИ: 78,6% - 84,4%).

Анализ существующих остатков в процессе моделирования для МЛП₅. Линейная корреляционная связь между остатками и независимыми факторными признаками отсутствует. Линейная корреляционная связь между остатками и результирующим признаком отсутствует.

Таким образом, с помощью метода генетического алгоритма с применением ИНС было построено 5 нейросетевых моделей прогнозирования показателя «Виктимизация» по 40, 15, 9, 6 и 3 признакам.

Модели оценены на предмет качества прогнозирования и выбрана модель МЛП₅, которая была построенная на 3 наиболее значимых входных признаках (самоэффективность, признак F (свобода) и признак P (персональность)) и обладает наилучшими прогностическими способностями из всех анализируемых моделей.

Модель обладает чувствительностью >89,7%(95%ДИ:85,3% - 93,2%) и специфичностью >81,6%(95%ДИ: 78,6% - 84,4%).

На рисунке 6.10 показан интерфейс предлагаемой реализации нейросетевой модели в виде файла Excel – ПРОГНОЗ МОДЕЛЬ 5.XLSX.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ "ВИКТИМИЗАЦИЯ"		
ПОКАЗАТЕЛЬ Р (ПЕРСОНАЛЬНОСТЬ)	(29 - 127)	29
ПОКАЗАТЕЛЬ F (СВОБОДА)	(16-66)	16
САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ	(10-40)	10
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ВИКТИМИЗАЦИИ		2
<div style="text-align: center;"> <input type="text" value="ПРОГНОЗИРОВАНИЕ"/> </div>		

Рисунок 6.10 - Интерфейс нейросетевой модели прогнозирования показателя «Виктимизации» реализованной в табличном процессоре Excel

АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Современные исследования нарушений личностных особенностей и социального функционирования больных с психическими расстройствами в той или иной степени затрагивают проблему виктимизации как процесс и результат превращения человека или группы людей в тот или иной тип жертвы неблагоприятных условий социализации. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности больных шизофренией является отражением превращения их в жертв неблагоприятных условий социализации, что способствует парциальной или тотальной депривации личности. В связи с этим особую значимость приобретают вопросы изучения особенностей и механизмов формирования виктимности больных шизофренией, а также необходимости разработки эффективной системы девиктимизации этого контингента больных.

Под наблюдением на протяжении 2017-2020 гг. находилось 180 больных параноидной шизофренией стационарных отделений РКПБ г. Донецка. Обследованные больные были разделены на две группы. В основную группу вошли 110 виктимизированных больных параноидной шизофренией (4 – 15 баллов по опроснику оценки степени виктимизации), которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии непосредственно после купирования продуктивной симптоматики. В зависимости от уровня виктимности исследуемые основной группы были разделены на 3 группы: группа 1 - с легкой степенью виктимизации (4 – 7 баллов) – 30 чел. (27,3%); группа 2 - умеренной степенью виктимизации (8 – 11 баллов) – 45 чел. (40,9%); группа 3 – с тяжелой степенью виктимизации (12 – 15 баллов) – 35 чел. (31,8%). Группа сравнения - 70 невиктимизированных (0 – 3 балла по опроснику оценки степени виктимизации) больных параноидной шизофренией с сопоставимыми социодемографическими характеристиками.

Критерии включения пациентов в исследование были следующими: диагноз параноидной шизофрении, установленный в соответствии с Международной

статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10й пересмотр) (МКБ-10), длительность заболевания до 10 лет, информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения пациентов из исследования являлись отказ от участия в исследовании, иной, нежели параноидная шизофрения, диагноз, установленный в соответствии с МКБ-10.

Все обследованные больные получали медикаментозное лечение с использованием атипичных антипсихотиков (рисполепт 2-6 мг в сутки, зипрекса 5-10 мг в сутки, солиан 200-600 мг в сутки, азалептин 50-150 мг в сутки) или депо-нейролептиков (клопиксол-депо или флюанксол-депо 2 мл 1 раз в 2 нед.). Интенсивность назначений сочеталась с принципом минимальной достаточности доз и преимущественным использованием одного антипсихотического препарата в течение всего периода терапии.

Для оценки эффективности системы девиктимизации виктимизированные больные параноидной шизофренией были разделены на две группы. Медицинская помощь пациентам основной группы (58 чел.) включала методы биологического и психотерапевтического лечения (система девиктимизации). Группу сравнения (больные, получавшие только биологическое лечение) составили 52 пациента.

При проведении работы использовались методы: клинический, психодиагностический и метод статистического анализа.

Клинический метод заключался в оценке клинико-социальных характеристик больных, включенных в исследование, с помощью «Унифицированной карты обследования больного шизофренией». 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. Для стандартизированной оценки структуры и выраженности негативной психопатологической симптоматики шизофрении была использована клиническая рейтинговая Шкала

оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS, N.C. Andreasen, 1982).

Психодиагностическое исследование включало оценку степени виктимизации, стигматизации и составляющих личностного потенциала больных шизофренией. Для оценки степени виктимизации использовалось специально разработанное полуструктурированное интервью «Определение степени виктимизации», направленное на исследование влияния внешних и внутренних факторов виктимизации. Для дифференциации процессов виктимизации и стигматизации производилась оценка процесса самостигматизации с помощью Шкалы Интернализированной стигмы психического заболевания ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness scale) (N.B. Lutova и др., 2019). Исследование экзистенциальной исполненности проводилось с помощью шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера (A. Langle и др., 2000). Для исследования субъективации личности больных шизофренией использовались тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева (СЖО) (2000), Шкала общей самооценки (M. Jerusalem, R.Schwarzer, 1986; русская версия Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек, 1996) и методика «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд, 1984). Оценка ресурсных возможностей больных параноидной шизофренией производилось путем определения показателей их мотивационной сферы (методика «Диагностика мотивации достижения» А. Мехрабиан, в модификации М.Ш. Магомед-Эминова, 2002), копинг-стратегий (методика «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана, 1990) и субъективного благополучия (шкала субъективного благополучия А. Перуэ-Баду в адаптации М.В. Соколовой, 1996).

Для статистической обработки полученных результатов применялись критерий Фишера, критерий хи-квадрат для сравнения качественных признаков; критерий Крускала-Уоллиса для сравнения количественных признаков, методы множественных сравнений; корреляционный анализ, методы построения и анализа математических моделей множественной линейной и логистической регрессии. Анализ проводили с использованием программы MedStat,

лицензионный паспорт на серийный номер MS 000020. Построение и анализ нейросетевых моделей проводились с помощью раздела анализа Neural Networks (SPSS, Statistics v.21).

Больные с легкой степенью виктимизации (группа 1) характеризовались дефензивностью (25 чел. – 83,3%), трудностями в установлении (27 чел. – 90,0%) и поддержании (14 чел. – 46,7%) социальных контактов, чувством отчужденности (28 чел. – 93,3%), собственной несостоятельности (15 чел. – 50,0%), беспомощности (18 чел. – 60,0%).

Пациенты с умеренной степенью виктимизации (группа 2) принимали роль жертвы с более выраженным уходом от решения социальных проблем (36 чел. – 80,0%), социальным инфантилизмом (22 чел. – 48,9%), необоснованной требовательностью к близким (24 чел. – 53,3%).

Описанные выше проявления имели место у пациентов с тяжелой степенью виктимизации (группа 3). Помимо этого, они характеризовалась зависимостью от окружающих с отказом от принятия решений (33 чел. – 94,3%), стереотипией поведенческих паттернов (29 чел. – 82,9%), убежденностью в собственной бесперспективности (34 чел. – 97,1%).

При исследовании взаимосвязи процесса самостигматизации с формированием виктимности было показано, что виктимизированные пациенты характеризовались высокой степенью принятия социальных стереотипов (группа 1 - $14,9 \pm 0,8$, группа 2 - $14,6 \pm 0,6$, группа 3 - $15,0 \pm 0,8$). По мере нарастания виктимизации снижалось сопротивление стигме ($12,6 \pm 0,5$, $11,5 \pm 0,5$, $10,6 \pm 0,6$ соответственно) ($p < 0,05$).

При исследовании структуры негативной симптоматики было зафиксировано усугубление негативных симптомов при нарастании степени виктимизации в сфере эмоциональной выразительности ($17,0 \pm 1,0$), речевых нарушений ($12,2 \pm 0,7$) и ангедонии-асоциальности ($11,8 \pm 0,7$) ($p < 0,05$). Таким образом, виктимизация может рассматриваться как социально-личностный механизм трансформации психической деятельности больных шизофренией,

усугубляющий негативную симптоматику заболевания и способствующий формированию социально-дефицитарной личности.

По сумме баллов глобальных оценок ($10,1 \pm 0,7$ и $12,7 \pm 0,5$ баллов) и по общей сумме баллов ($46,9 \pm 3,2$ и $53,7 \pm 2,8$) умеренно и тяжело виктимизированные больные характеризовались большей выраженностью негативных симптомов ($p < 0,05$).

Экзистенциальная исполненность у пациентов основной группы определялась снижением показателя самодистанцирования в группах со средним ($22,9 \pm 1,7$) и высоким ($22,1 \pm 0,9$) уровнями виктимизации, снижением показателя ответственности ($41,9 \pm 1,7$, $41,6 \pm 2,1$, $40,5 \pm 2,0$ в группах 1, 2 и 3 соответственно) ($p < 0,05$). Степень виктимизации отрицательно ($p < 0,05$) коррелировала со всеми показателями экзистенциальной исполненности.

Степень нарастания виктимизированности обследованных пациентов отрицательно коррелировала с показателями интернальности в области межличностных ($r = -0,35$) и семейных отношений ($r = -0,36$), в сфере здоровья и болезни ($r = -0,38$), с общим показателем интернальности ($r = -0,31$) ($p < 0,05$).

Было обнаружено снижение общего показателя смысложизненных ориентаций у всех обследованных больных ($p < 0,05$). По мере развития процесса виктимизации отмечалось снижение показателя локуса контроля Я ($p < 0,05$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между показателями виктимности и целей в жизни ($r = -0,364$), локуса контроля - жизнь ($r = -0,596$), общего показателя смысложизненных ориентаций ($r = -0,488$) ($p < 0,05$).

По мере нарастания степени выраженности виктимизации личность больных шизофренией характеризуется прогрессирующей утратой собственной субъектности, способности к свободной активности, выражению и отстаиванию своей жизненной позиции, что сопровождается превращением в объект манипуляций в навязанной роли жертвы.

Конструктивный вариант копинг-стратегий достоверно реже ($p < 0,001$) наблюдался в группе виктимизированных больных ($14,3 \pm 1,6\%$). Выявлены

отрицательные корреляционные связи ($p < 0,05$) всех видов копинга и степени виктимизированности обследованных.

Наращение у пациентов признаков виктимности сопровождалось прогрессирующим падением уровня мотивации к достижениям (в группе 2 – $96,9 \pm 3,3$, в группе 3 – $77,9 \pm 2,2$), ($p < 0,05$). По мере нарастания виктимизации повышались показатели значимости социальных отношений (группа 1 – $8,2 \pm 0,6$, группа 2 – $8,4 \pm 0,8$, группа 3 – $9,0 \pm 0,6$), эмоционального дискомфорта (группа 1 – $8,0 \pm 0,5$, группа 2 – $9,4 \pm 0,7$, группа 3 – $9,6 \pm 0,9$) ($p < 0,05$). Были обнаружены положительные корреляции ($p < 0,05$) выраженности виктимизации и всех показателей субъективного благополучия обследованных больных шизофренией. Таким образом, процесс виктимизации существенным образом влияет на ресурсные возможности личности больных шизофренией, что находит отражение в доминировании неконструктивных копинг-стратегий, деформации мотивации к достижениям, развитии чувства субъективного неблагополучия как в самовосприятии, так и в области межличностных отношений.

Предложена нейросетевая модель, позволяющая на основе выявленных 3 наиболее значимых входных признаках – самооффективность («Шкала общей самооффективности»), свобода и персональность (шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера) – прогнозировать уровень виктимизации. Площадь под кривой операционных характеристик модели $AUC = 0,945$ соответствует отличному качеству модели. Модель обладает чувствительностью $> 89,7\%$ (95%ДИ: $85,3\% - 93,2\%$) и специфичностью $> 81,6\%$ (95% ДИ: $78,6\% - 84,4\%$).

В основу разработанной системы девиктимизации больных шизофренией был положен интегративный психотерапевтический подход, предполагавший комплексное применение элементов клиент-центрированной, когнитивно-поведенческой и системной семейной психотерапии. В результате девиктимизационных мероприятий увеличилось количество больных с легкой степенью виктимизации (37 (63,8%)), уменьшился удельный вес пациентов с умеренной (31,0%) и тяжелой (5,2%) степенью виктимности ($p < 0,05$). Отмечалось снижение выраженности негативных симптомов с преобладанием их

количественной оценки до 30 баллов (36 пациентов – 62,1%), уменьшение выраженности негативной симптоматики по общей сумме баллов ($26,3 \pm 3,4$) и отдельных дефицитарных симптомов: аффективной уплощенности ($7,4 \pm 1,6$), алогии ($4,2 \pm 0,9$), абулии-апатии ($3,6 \pm 0,2$), ангедонии-асоциальности ($4,2 \pm 0,7$) ($p < 0,05$). После девиктимизационных мероприятий больными чаще стал использоваться копинг, ориентированный на решение проблем (в $53,6 \pm 4,8\%$ случаев), практически не наблюдался эскапизм ($7,6 \pm 3,1\%$). Эти данные подтверждали клиническую эффективность разработанной системы психотерапевтической коррекции виктимогенных воздействий на личность и, как следствие, восстановления идентичности у больных шизофренией. Данная система может быть рекомендована в комплексе мероприятий психо-социальной реабилитации в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, что будет способствовать интеграции больных в общество, их адаптации к требованиям социального окружения, расширению их полномочий и, соответственно, уменьшит вероятность рецидивов и прогрессирования заболевания.

ВЫВОДЫ

1. В диссертационном исследовании представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи современной психиатрии – изучение виктимологических оснований и механизмов формирования стигматизационно-дефицитарной деформации личности больных шизофренией. Разработана и доказана эффективность системы психотерапевтической коррекции и субъективно-личностного восстановления виктимизированных больных на основании комплексного исследования личностного потенциала и копинг-стратегий.

2. Виктимизация у больных шизофренией, как феномен, отражающий нарастание стигматизационно-дефицитарных проявлений, обусловленных принятием роли жертвы болезни, неблагоприятных жизненных обстоятельств, характеризуется постепенно нарастающим дефицитом личности на уровне самосознания, интрасубъектном, интерсубъектном и интегративном личностном уровне, способствуя углублению личностной дисфункции, утрате субъектности и потере возможности реализации социально-значимых потребностей. Выявленные статистически достоверные ($p < 0,05$) отрицательные корреляционные связи всех видов копинг-стратегий (копинг, ориентированный на решение проблем, – $r = -0,252$, копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки, – $r = -0,56$, копинг, ориентированный на избегание, – $r = -0,349$) и степени виктимизированности обследованных больных свидетельствуют о низком развитии у них копинг-ресурсов, что является предиктором формирования у них пассивного дезадаптивного приспособительного поведения, дезинтеграции личности и социальной изоляции.

3. Для больных с легкой степенью виктимизации характерны нерезко выраженное снижение показателя экзистенциальной исполненности ($167,1 \pm 6,7$), жизненного смысла ($41,9 \pm 1,7$), персональности ($87,7 \pm 3,6$) с нарастающими вследствие этого отчужденностью и нерешительностью. Показатели личностной субъективации свидетельствуют об относительно сохранных интернальности

($4,7 \pm 0,3$), самооффективности, уверенности в своих способностях и в успехе собственных действий. Сохранность жизненных целей ($62,2 \pm 4,4$) в сочетании со сниженным общим показателем смысложизненных ориентаций ($66,2 \pm 5,6$) свидетельствуют об отсутствии у данной группы больных реальной опоры в настоящем и личной ответственности.

Умеренная и тяжелая степень виктимности характеризуются прогрессирующим истощением экзистенциальных личностных ресурсов ($159,2 \pm 5,6$ и $159,0 \pm 6,3$), снижением уровня субъективного контроля до степени формирования личности экстернального типа с субъективной утратой способности влиять на происходящие события, потерей смысложизненных ориентаций ($57,8 \pm 6,1$ и $48,7 \pm 3,9$), снижением самооффективности ($\chi^2 = 8,04$, $p < 0,05$) с пессимистичными мыслями о собственных достижениях, меньшей мотивированностью к активным действиям, значительными трудностями в принятии решений, что клинически находило отражение в нарастании эмоциональной уплощенности, алогии и асоциальности. У таких больных доминирует чувство субъективного неблагополучия как в самовосприятии ($9,4 \pm 0,7$ и $9,6 \pm 0,9$), так и в области межличностных отношений ($8,4 \pm 0,8$ и $9,0 \pm 0,6$), снижена мотивация к достижениям ($96,9 \pm 3,3$ и $77,9 \pm 2,2$).

4. Виктимность детерминирована стигматизированно-организованной личностью, однако процесс виктимизации невозможен без участия системы психологических механизмов, формирующих виктимную структуру личности больного и виктимную мотивацию его поведения. Исследование взаимосвязи процесса самостигматизации с формированием виктимности показало, что виктимизированные пациенты характеризовались высокой степенью готовности принятия социальных стереотипов и предубеждений ($14,9 \pm 0,8$, $14,6 \pm 0,6$, $15,0 \pm 0,8$ у пациентов с легкой, умеренной и тяжелой виктимностью). По мере нарастания степени виктимности имело место прогрессирующее статистически достоверное ($p < 0,05$), снижение сопротивления стигме ($11,5 \pm 0,5$ и $10,6 \pm 0,6$ у больных с умеренной и тяжелой степенью виктимизации).

5. По мере нарастания длительности заболевания и степени виктимизации у больных шизофренией наблюдалось статистически достоверное ($p < 0,05$) повышение выраженности дефицитарной симптоматики (показатель корреляции виктимности и общей выраженности негативных симптомов – 0,378), повышение уровня готовности принятия статуса стигматизированной личности ($14,9 \pm 0,8$, $14,6 \pm 0,6$, $15,0 \pm 0,8$ у пациентов с легкой, умеренной и тяжелой виктимностью), снижение сопротивления стигме (от $12,6 \pm 0,5$ до $10,6 \pm 0,6$ у больных с легкой и тяжелой степенью виктимизации соответственно). При этом установлено феноменологическое сходство структуры дефицитарного симптомокомплекса с проявлениями виктимизационной самоидентификации больных шизофренией. Аффективное уплощение, алогия, сужение круга интересов, потеря мотивации и социальное избегание коррелировали ($p < 0,05$) с такими признаками, как уход от решения проблем, чувство безысходности, отказ от принятия ответственности, отчуждение. Взаимосвязь самостигматизации, виктимизации и дефицитарной симптоматики, их феноменологическая близость позволяют рассматривать эти категории как проявление единого личностно-деформирующего процесса, в значительной мере обусловленного сочетанием травматических обстоятельств жизни с болезнью и самой болезнью.

6. При нарастании степени выраженности виктимизации изменяется конфигурация личностной деформации больных шизофренией: от онтологической неуверенности (83,3%) и нарастающих трудностей в установлении социальных контактов (90,0%) при низкой степени виктимизации до проявлений интегративно-личностной дисфункции с отказом от принятия решений (94,3%), убежденностью в собственной бесперспективности и безнадежности (97,1%) и утратой собственной идентичности при тяжелой степени виктимизации. Характерный стереотип феномена виктимизации проявляется в направлении нарастания деструктивно-личностных особенностей, утраты социально-значимых потребностей и потери личностной идентичности. Разработанная нейросетевая модель позволяет на основе показателей самоэффективности, свободы и персональности прогнозировать уровень

виктимизации в 89,7% случаев (чувствительность модели 95% ДИ: 85,3% - 93,2%, специфичность - 81,6% (95% ДИ: 78,6% - 84,4%).

7. В основу разработанной системы психотерапевтической коррекции виктимизированной стигматизационно-дефицитарной деформации личности у больных шизофренией был положен интегративный психотерапевтический подход, включавший комплексное применение элементов пациент-центрированной, когнитивно-поведенческой и системной семейной психотерапии с использованием групповых и индивидуальных методов психообразования и тренинга социальных навыков. Девиктимизационная направленность комплекса обеспечивалась сочетанным воздействием на целостную ресурсную основу личности, непосредственно затрагивая механизм стигматизационно-дефицитарной деформации личности больных шизофренией. В результате проведенных мероприятий статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличилось количество больных с легкой степенью виктимизации (до 37 (63,8%)) и уменьшился удельный вес пациентов с умеренной (до 31,0%) и тяжелой (до 5,2%) степенью виктимности. Положительная динамика ($p < 0,05$) отмечалась во всех аспектах психического здоровья: показателях экзистенциальной исполненности, самоэффективности, смысложизненных ориентаций, субъективного благополучия, а также показателей выраженности дефицитарных симптомов и ресурсных возможностей личности. У больных из группы сравнения достоверно положительной динамики изучавшихся показателей не выявлено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Шизофрения, стигма, Я [Текст] / В.А. Абрамов, А. В. Абрамов, И. В. Жигулина, В. Ал. Абрамов. – Донецк : ФЛП Чернецкая Н.А., 2016. – 436 с.
2. Руденский, Е. В. Дефект социализации личности как базовая категория виктимологии образования [Текст] / Е. В. Руденский. – Новосибирск, 2004. – 120 с.
3. Мудрик, А. В. Человек – объект, субъект и жертва социализации [Текст] / А. В. Мудрик // Известия РАО. – 2008. – № 8. – С. 48–57.
4. Мудрик, А. В. Человек в процессе социализации: три ипостаси [Текст] / А. В. Мудрик // Вестник ПСТГУ, IV, Педагогика. Психология. – 2009. – № 3 (14). – С. 7–16.
5. Гурович, И. Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией [Текст] / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 3. – С. 5–8.
6. Малкина-Пых, И. Г. Виктимология. Психология поведения жертвы [Текст] / И. Г. Малкина-Пых. – Санкт-Петербург : Питер, 2019. – 864 с.
7. Вишневецкий, К. В. Виктимизация: факторы, условия, уровни [Текст] / К. В. Вишневецкий // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 4. – С. 226–227.
8. Одинцова, М. А. Субъективные и объективные факторы виктимизации россиян и белорусов [Текст] / М. А. Одинцова // Психологические исследования. – 2012. – № 1 (21). – С. 5.
9. Одинцова, М. А. Психология жизнестойкости [Текст] / М. А. Одинцова. – Москва : Флинта, 2015. – 201 с.
10. Минская, В. Франк Л.В. Виктимология и виктимность. – Душанбе: "Ирфон", 1972 [Текст] / В. Минская // Проблемы теории и истории социалистического государства, права и советского строительства : труды юридического факультета Таджикского ГУ. – Душанбе : РИСО ТГУ, 1973. – Вып. 2. – С. 262–264.

11. Ривман, Д. В. Криминальная виктимология [Текст] / Д. В. Ривман – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 304 с.
12. Христенко, В. Е. Психология поведения жертвы [Текст] : учебное пособие / В. Е. Христенко. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. – 416 с.
13. Гентиг, Г. Преступник и его жертва [Текст] / Г. Гентинг. – Нью-Йорк, 1948. – 367 с.
14. Выборных, Д. Э. Психопатологические особенности виктимности у больных, страдающих гемофилией [Текст] / Д. Э. Выборных, А. А. Королева, С. О. Хрущев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 2. – С. 5–10. DOI:10.17116/jnevro20191190215
15. Ryan, W. Blaming the Victim [Text] / W. Ryan. – N.Y : Pantheon Books, 1971. – 299 p.
16. Холыст, Б. Факторы, формирующие виктимность [Текст] / Б. Холыст // Вопросы борьбы с преступностью. – Москва : Юрид. лит., 1984. – Вып. 41. – С. 73–74.
17. Филатов, Т. Ю. Виктимологические аспекты поведения потерпевших с психическими расстройствами [Текст] : дис... канд. мед. наук : 14.00.18 : защищена октябрь 2009 / Филатов Тарас Юрьевич ; ГНЦ социальной и судебной психиатрии. – Москва, 2009. – 160 с.
18. Walsh, E. Violence in society [Text] / E. Walsh, T. Fahy. – BMJ. – 2002. – Vol. 325, N 7363. – P. 507–508.
19. Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy [Text] / J. W. Swanson [et al.] // Ann. Epidemiol. – 2015. – Vol. 25, N 5. – P. 66–76.
20. Criminal victimization of persons with severe mental illness [Text] / V. A. Hiday [et al.] // Psychiatr. Serv. – 1999. – Vol. 50, N 1. – P. 62–68.
21. Prevalence of violent victimisation in severe mental illness [Text] / E. Walsh [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 183. – P. 233–238.
22. Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort / E. Silver [et al.] // Am. J. Public Health. – 2005. – Vol. 95. – P. 2015–2021.

23. Maniglio, R. Severe Mental Illness and Criminal Victimization: A Systematic Review [Text] / R. Maniglio // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2009. – Vol. 119. – P. 180–191

24. Latalova, K. Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression [Text] / K. Latalova, D. Kamaradova, J. Prasko // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* – 2014. – N 10. – P. 1925–1939.

25. Violent Victimization, Mental Health, and Service Utilization Outcomes in a Cohort of Homeless and Unstably Housed Women Living With or at Risk of Becoming Infected With HIV [Text] / A. C. Tsai [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* – 2015. – Vol. 181, N 10. – P. 817–826.

26. Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness [Text] / H. Khalifeh [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 2015. – Vol. 206, N 4. – P. 275–282. Титова, А. С. Факторы, влияющие на психологическое состояние жертвы [Текст] / А. С. Титова // *Виктимология*. – 2016. – № 2 (8). – С. 32–41. Swartz, M. S. Виктимизация людей с тяжелыми психическими заболеваниями – насущная проблема всемирного здоровья [Text] / M. S. Swartz, S. Bhattacharya // *World Psychiatry*. – 2017. – Vol. 16, N 1. – P. 26–27.

29. Prevalence of Negative Symptoms in Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders Treated With Antipsychotics in Routine Clinical Practice: Findings From the CLAMORS Study [Text] / J. Bobes [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 71, N 3. – P. 280–286.

30. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: Results from the European First Episode Schizophrenia Trial [Text] / S. Galderisi [et al.] // *Eur Neuropsychopharmacol.* – 2013. – Vol. 23, N 3. – P. 3196–3204. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: Avolition–apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome [Text] / G. P. Strauss [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* – 2013. – Vol. 472. – P. 783–790. Миселов, С. Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение

зарубежного и отечественного подходов [Текст] / С. Н. Мосолов // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 6. – С. 4–11

33. Kirkpatrick, B. Developing Concepts in Negative Symptoms: Primary vs Secondary and Apathy vs Expression [Text] / B. Kirkpatrick // J. Clin. Psychiatry. – 2014. – Vol. 75. – P. 3–7.

34. Мосолов, С. Н. Психофармакотерапия шизофрении [Текст] / С. Н. Мосолов, Э. Э. Цукарзи // Психиатрия : Национальное руководство / под ред. Н. Г. Незнанова, Ю. А. Александровского. – Москва : ГЭОТАР Медиа, 2018. – С. 299–328.

35. Tsuang, M. T. Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia [Text] / M. T. Tsuang, W. S. Stone, S. V. Faraone // Am. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 157, N 7. – P. 1041–1050.

36. Jackson, J. H. On temporary mental disorders after epileptic paroxysms [Text] / J. H. Jackson // West Riding Lunatic Asylum Med Rep. – 1885 – Vol. 5. – P. 105–129.

37. Kraepelin, E. Dementia Praecox and Paraphrenia [Text] / E. Kraepelin. – Edinburgh, UK : E. & S. Livingston, 1919. – 356 p.

38. Bleuler, E. Dementia Praecox Or The Group Of Schizophrenias [Text] / E. Bleuler. – New York, NY: International Universities Press, 1950. – 557 p.

39. Снежневский, А. В. Общая психопатология [Текст] : курс лекций / А. В. Снежневский. – Валдай, 1970. – 190 с.

40. Снежневский, А. В. Nosos et pathos schizophreniae [Текст] / А. В. Снежневский // Шизофрения: мультидисциплинарное исследование. – Москва : Медицина, 1972. – С. 5–15.

41. Huber, G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung fuer Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen [Text] / G. Huber // Nervenarzt. – 1983. – Bd. 54. – S. 23–32.

42. Crow, T. J. Molecular pathology of schizophrenia: More than one dimension of pathology? [Text] / T. J. Crow // British Medical Journal. – 1980. – Vol. 280. – P. 66–68.

43. Andreasen, N. C. Negative and positive schizophrenia: definition and validation [Text] / N. C. Andreasen, S. Olsen // Arch. Gen. Psychiatry. – 1982. – Vol. 39, N 7. – P. 789–794.

44. Andreasen, N. C. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability [Text] / N. C. Andreasen // Arch. Gen. Psychiatry. – 1982. – Vol. 39, N. 7. – P. 784–788.

45. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста [Текст] / Г. Е. Сухарева. – Москва : Медицина, 1959. – Т. II, часть 2. – 406с.
46. Another view of schizophrenic subtypes [Text] / W. T. Carpenter [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1976. – Vol. 33. – P. 508–516.

47. Foussias, G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor [Text] / G. Foussias, G. Remington // Schizophrenia Bulletin. – 2010. – Vol. 36, Issue 2. – P. 359–369.

48. Carpenter, W. T. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept [Text] / W. T. Carpenter Jr., D. W. Heinrichs, A. M. Wagman // Am. J. Psychiatry. – 1988. – Vol. 145. – P. 578–583.

49. A separate disease within the syndrome of schizophrenia [Text] / B. Kirkpatrick [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – Vol. 58. – P. 165–171.

50. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms [Text] / B. Kirkpatrick [et al.] // Schizophr. Bull. – 2006. – Vol. 32, N 2. – P. 214–259.
51. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review [Text] / C. R. Krynicki [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. – 2018. – Vol. 137, N 5. – P. 380–390.

52. The brief negative symptom scale: validation of the German translation and convergent validity with self-rated anhedonia and observer-rated apathy [Text] / M. Bischof [et al.] // BMC Psychiatry. – 2016. – Vol. 16, N 415. – P. 1–53.
53. The longitudinal interplay between negative and positive symptom trajectories in patients under antipsychotic treatment: a post hoc analysis of data from a randomized, Byear pragmatic trial [Text] / L. Chen [et al.] // BMC Psychiatry. – 2013. – Vol. 13. – P. 320.

54. Oshima, I. Effects of environmental deprivation on negative symptoms of schizophrenia: A nationwide survey in Japan's psychiatric hospitals [Text] / I. Oshima, Y. Mino, Y. Inomata // *Psychiatry Res.* – 2005. – Vol. 136. – P. 163–171.

55. Schmits, E. So called «soft» drugs: Cannabis and the amotivational syndrome [Text] / E. Schmits, E. Quertemont // *Rev. Médicale Liège.* – 2013. – Vol. 68. – P. 281–286.

56. Мосолов, С. Н. Развитие концепции, классификация и клиническая дифференциация негативных симптомов при шизофрении [Текст] / С. Н. Мосолов, П. А. Ялтонская // *Современная терапия психических расстройств* – 2020. – № 1. – С. 2–14 DOI:10.21265/PSYPH.2020.15.30.001

57. Secondary negative symptoms — A review of mechanisms, assessment and treatment [Text] / M. Kirschner [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2017. – Vol. 186. – P. 29–38. doi: 10.1016/j.schres.2016.05.003.

58. Correll, C. U. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment [Text] / C. U. Correll, N. R. Schooler // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* – 2020. – Vol. 16. – P. 519–534. doi: 10.2147/NDT.S225643

59. Болтенко, В. В. Патопсихологическое исследование студентов, больных шизофренией [Текст] / В. В. Болтенко // *Патопсихология. Хрестоматия* / сост. Н. Л. Белопольская. – Москва : Изд-во У РАО, 1998. – С. 204–209.

60. Синнемяки, А. Пособие по обеспечению равноправия и борьбе с дискриминацией на рабочем месте [Текст] / А. Синнемяки ; Министерство занятости и экономического развития Финляндии. – Хельсинки, 2009. – 15 с.

61. Sayce, L. Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems [Text] / L. Sayce, L. Measey // *Psychiatric Bulletin.* – 1999. – № 23. – С. 65–67.

62. Некрасов, М. А. Научное обоснование совершенствования региональной службы психического здоровья [Текст] : автореф. дис. ... доктора мед. наук : 14.00.33, 14.00.18 : защищена 26 июня 2008 г. / Некрасов Михаил

Анатольевич ; Федеральное бюро медико-социальной экспертизы. – Москва, 2008. – 52 с.

63. Lawrie, S. M. Stigmatisation of psychiatric disorder [Text] / S. M. Lawrie // *Psychiatric Bulletin*. – 1999. – № 23. – P. 129–131.

64. Мацумото, Д. Психология и культура: Современные исследования [Текст] / Д. Мацумото. – Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак, 2002. 6314 Систематизация предпосылок и механизмов формирования стигмы у больных с психическими расстройствами [Текст] : методические рекомендации / В. А. Абрамов [и др.]. – Донецк, 2012. – 28 с.

66. Госпитализм у больных шизофренией [Текст] : методические рекомендации / В. А. Абрамов [и др.]. – Донецк, 2007. – 16 с.

67. Критерии добровольного согласия при оказании психиатрической помощи [Текст] : методические рекомендации / В. А. Абрамов [и др.]. – Донецк, 2012. – 20 с.

68. Этико-правовые подходы к оценке мер и риска нанесения вреда больному при психиатрическом вмешательстве [Текст] : методические рекомендации / В. А. Абрамов [и др.]. – Донецк, 2012. – 31 с.

69. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда [Текст] : доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. – ВОЗ, Женева, 2001. – 243 с. 70. Фрейд, З. Введение в психоанализ [Текст] / З. Фрейд. – Санкт-Петербург : Лениздат, 2012. – 544 с.

71. Адлер, А. Понять природу человека [Текст] / А. Адлер. – Санкт-Петербург : Академический проект, 1997. – 256 с.

72. Павлов, И. П. Рефлекс свободы [Текст] / И. П. Павлов. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 448 с.

73. Басов, М. Я. Избранные психологические произведения [Текст] / М. Я. Басов. – Москва : Педагогика, 1975. – 432 с.

74. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ [Текст] / К. Хорни. – Москва : Айрис-Пресс, 2004. – 208 с.

75. Хорни, К. Невроз и личностный рост. Борьба за самоосуществление [Текст] / К. Хорни. – Киев : PSYLIB, 2006. – 318 с.
76. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры [Текст] / Э. Берн. – Москва : Эксмо, 2008. – 576 с.
77. Берн, Э. Трансакционный анализ и психотерапия [Текст] / Э. Берн. – Санкт-Петербург : Братство, 1992. – 224 с.
78. Фромм, Э. Может ли человек преобладать [Текст] / Э. Фромм. – Москва : АСТ, 2000. – 400 с.
79. Селигман, М. Новая позитивная психология. Новый взгляд на счастье и смысл жизни [Текст] / М. Селигман. – Москва : София, 2006. – 368 с.
80. Ухтомский, А. А. Доминанта. Статьи разных лет. 1887–1939 [Текст] / А. А. Ухтомский. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 448 с.
81. Выготский, Л. С. Основы дефектологии [Текст] / Л. С. Выготский. – Санкт-Петербург : Лань, 2003. – 654 с.
82. Фоминых, Е. С. Психологические механизмы виктимности [Текст] / Е. С. Фоминых // Концепт. – 2014. – № 5. – С. 54–61.
83. Maddi, S. R. Hardiness considered across cultures [Text] / S. R. Maddi, R. H. Harvey // Handbook of multicultural perspectives on stress and coping. – NY : Springe, 2005. – P. 403–420.
84. Емельянова, Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования [Текст] / Е. В. Емельянова. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 368 с.
85. Brown, J. A. C. Techniques of persuasion. From propaganda to brainwashing [Text] / J. A. C. Brown. – Harmondsworth : Penguin books, 1981. – 325 p.
86. Ochberg, F. M. Psychotherapy with victims [Text] / F. M. Ochberg // Psychotherapy : special issue / eds. D. J. Willis. – 1991. – Vol. 28. – P. 1–193.
87. Плотникова, С. Ю. Некоторые аспекты консультирования клиентов – жертв [Текст] / С. Ю. Плотникова // Психология. – 2003. – № 2. – С. 9–10.

88. Сандлер, Д. Пациент и психоаналитик [Текст] / Д. Сандлер, Л. Дэр, А. Холдер ; пер. с англ. под ред. В. В. Зеленского. – 3-е изд., испр. и доп. Д. Сандлером, А. У. Дреер. – Москва : Смысл, 1997. – 192.
89. Бассет, Л. Только без паники! [Текст] / Л. Бассет. – Санкт-Петербург, 1997. – 271 с.
90. Бьюдженталь, Дж. Искусство психотерапевта [Текст] / Дж. Бьюдженталь. – 3-е междунар. изд. – Санкт-Петербург ; Москва ; Харьков ; Минск : Питер, 2001. – 294 с.
91. Берн, Э. Трансактный анализ в группе [Текст] / Э. Берн. – Москва, Лабиринт, 1996. – 212 с.
92. Steiner, C. M. Scripts People Live: Transactional Analysis of Life Scripts [Text] / C. M. Steiner. – New York : Grove Press, 1990. – 332 p.
93. Стюарт, Я. Современный трансактный анализ [Текст] / Ян Стюарт, Вэнн Джойнс ; пер. с англ. – Санкт-Петербург : Социально психологический центр, 1996. – 330 с.
94. Мосак, Г. Адлерианская психотерапия [Текст] / Г. Мосак ; перевод И. Ю. Хамитовой. – Москва : ЦППИ «СТРАДИС», 2000. – 92 с.
95. Adler, A. Problems of neurosis: A book of case histories [Text] / A. Adler. – New York : Harper Torchbooks, 1964. – 217 p.
96. Adler, A. The individual psychology of Alfred Adler. A systematic presentation in selection of his writings edited and annotated by H. L. Ansbacher, R. R. Ansbacher [Text] / A. Adler. – New York : Basic Books, 1956. – 315 p.
97. Сидоренко, Е. В. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру [Текст] / Е. В. Сидоренко. – Санкт-Петербург : Речь, 2002. – 346 с.
98. Ассаджиоли, Р. Психосинтез [Текст] / Р. Асаджиоли ; пер. с англ. – Москва : Рефл-бук : Ваклер, 1997. – 317 с.
99. Александров, А. А. Личностно ориентированные методы психотерапии: Лечеб. воздействие психотерапии. Методы психотерапии. Прогнозирование эффективности психотерапии [Текст] / А. А. Александров. – Санкт-Петербург : Речь, 2000. – 237 с.

100. Beck, A. Beyond belief: A theory of modes, personality, and psycho pathology [Text] / A. Beck // *Frontiers of cognitive therapy* / eds. P. Salkovskis. – New York : Guilford, 1996. – P. 1–25.

101. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии [Текст] / Р. МакМаллин ; перевод с англ. Т. Саушкиной. – Санкт-Петербург : Речь, 2001. – 560 с.

102. Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология [Текст] / Л. А. Пергаменщик. – Минск : БГПУ, 2003. – 240 с.

103. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз [Текст] / Ф. Шапиро. – Москва : Независимая фирма Класс, 1998. – 496 с.

104. Ромек, В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 256 с.

105. Мак-Дермотт, Я. НЛП и здоровье. Использование НЛП для улучшения здоровья и благополучия [Текст] / Я. Мак-Дермотт, Дж. О'Коннор Дж. – Челябинск: «Библиотека А. Миллера», 1998. – 240 с.

106. Зиновьева, Н. О. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации [Текст] / Н. О. Зиновьева, Н. Ф. Михайлова. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 107 с.

107. Платонова, Т. Н. Облик детей с конституциональным ожирением и некоторые особенности их психики [Текст] / Т. Н. Платонова // Конституции и здоровье человека : тезисы докладов 3 го Всесоюзного научного симпозиума, 17–18 дек. 1987 г. – Ленинград, 1988. – С. 100.

108. Меновщиков, В. Ю. Психологическое консультирование : работа с кризисными и проблемными ситуациями [Текст] : учебно-методическое пособие / В. Ю. Меновщиков. – Москва : Смысл, 2002. – 182 с.

109. Sullivan, H. S. The interpersonal theory of psychiatry [Text] / H. S. Sullivan. – New York : Norton, 1953. – 480 p.

110. Аммон, М. Динамическая психиатрия как интегративная концепция терапии психических расстройств [Текст] / М. Аммон // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 6. – С. 4–7.

111. Searles, Harold F. The Nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia [Text] / Harold F. Searles. – New York : Basic Books, 1960. – 446 p.

112. Arieti, S. Interpretation of schizophrenia [Text] / S. Arieti. – 2nd rev. ed. – New York : Basic Books, 1974. – 800 p.

113. Arieti, S. The family of the schizophrenic and its participation in the therapeutic task [Text] / S. Arieti // American handbook of psychiatry / eds. : S. Arieti, K. H. Brodie. – New York, 1981. – Vol. 7. – P. 271–284.

114. Бубер, М. Я и ты [Текст] / М. Бубер. – Москва : Высшая школа, 1993. – 140 с.

115. Fromm-Reichmann, F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy [Text] / F. Fromm-Reichmann // Psychiatry. – 1948. – N 11. – P. 263–273.

116. Terkelsen, K. G. Schizophrenia and the family: II. Adverse effects of family therapy [Text] / K. G. Terkelsen // Family Process. – 1983. – N 22. – P. 191–200.

117. Lidz, T. Schizophrenia and the family [Text] / T. Lidz, S. Fleck, A.R. Cornelison. – New York : International Universities Press, 1965. – 494 p.

118. Зейгарник, Б. В. Нарушение мышления у психически больных [Текст] / Б. В. Зейгарник. – Москва : Изд-во Москва, 1958. – 94 с.

119. Титаренко, В. Я. Семья и формирование личности [Текст] / В. Я. Титаренко. – Москва : Мысль, 1987. – 352 с.

120. Бейтсон, Г. Экология разума [Текст] / Г. Бейтсон ; пер. Д. Я. Федотова, М. П. Папуша. – Москва : Смысл, 2000. – 476 с.

121. Маданес, К. Стратегическая семейная терапия [Текст] / К. Маданес ; пер. с англ. Т. В. Снегиревой. – Москва : Независимая фирма "Класс", 1999. – 272 с.

122. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие [Текст] / М. Сельвини-Палаццоли, Л. Босколо, Дж. Чеккин, Дж. Прата ; пер. с итал. – Москва : Когито-Центр, 2002. – 204 с.

123. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных [Текст] / М. М. Кабанов. – Ленинград : Медицина, 1985. – 216 с.

124. Костерева, В. Я. О роли семейных конфликтов в формировании внутренней картины болезни у больных шизофренией [Текст] / В. Я. Костерева // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Москва, 1987. – С. 32–38.

125. Смулевич, А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния [Текст] / А. Б. Смулевич. – Москва : Мысль, 1987. – 240 с.

126. Social and family factors in the course of schizophrenia: Towards an interpersonal problemsolving therapy for schizophrenics and their families [Text] / R. P. Liberman [et al.] // Paper presented at the Conference on Psychotherapy of Schizophrenia : Current Status and New Directions, Yale School of Medicine. – Yale : Plenum Publishing Corporation, 1980. – P. 21–54.

127. Family therapy of schizophrenics with high risk of relapse [Text] / I. R. H. Falloon [et al.] // Family Process. – 1981. – N 20. – P. 211–221.

128. Эйдемиллер, Э. Г. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении [Текст] / Э. Г. Эйдемиллер, С. Э. Медведев. – Санкт-Петербург : Речь, 2012. – 207 с.

129. Медведев, С. Э. Опыт использования теории М.Боуэна в работе с семьями больных шизофренией на госпитальном этапе и в амбулаторных условиях [Электронный ресурс] / С. Э. Медведев // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – № 4. – Режим доступа : <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2677>, свободный.

130. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10) [Электронный ресурс]. – Москва :

Медиафера, 2008. – Режим доступа: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4048>, свободный.

131. Lysaker, P. H. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders [Text] / P. H. Lysaker, D. Roe, P. T. Yanos // *Schizophrenia Bulletin*. – 2007. 43(2). Address 192 Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) [Electronic resours]. – Iowa City : University of Iowa, 1984. – URL: <https://ru.scribd.com/document/146049985/Long-SANS-2000>.

133. Andreasen, N. C. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability [Text] / N. C. Andreasen // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1982. – Vol. 39, N 7. – P. 784–788.

134. Ritsher (Boyd), J. B. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure [Text] / J. B. Ritsher (Boyd), P. G. Otilingam, M. Grajales // *Psychiatry Res*. – 2003. – Vol. 121. – P. 31–49. doi: 10.1016/S0926-6410(03)08108-8. стигма: клиничко-демографические или культуральные факторы [Текст] / Н. Б. Лутова [и др.] // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2019. – Т. 29, № 4. – С. 50–56

136. Längle, A. Die Existenzskala [Text] : manual / A. Längle, C. Orgler, M. Kundi. – Göttingen : Hogrefe, 2000. – 12 s.

137. Кривцова, С. В. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер [Текст] / С. В. Кривцова // *Экзистенциальный анализ. Бюллетень*. – 2009. – № 1. – С. 141–170.

138. Леонтьев, Д. А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) [Текст] / Д. А. Леонтьев. – 2-е изд. – Москва : Смысл, 2000. – 18 с.

139. Шварцер, Р. Русская версия шкалы общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема [Текст] / Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек // *Иностранная психология*. – 1996. – № 7. – С. 71–76.

140. Jerusalem, M. Selbstwirksamkeit (Self-efficacy). Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit [Text] / M. Jerusalem, R. Schwarzer // Research Report. – Berlin, 1986. – № 5. – S. 15–28.

141. Практическая психология для менеджеров [Текст] / под ред. М. К. Тутушкиной. – Москва : Филинь, 1996. – 368 с.

142. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп [Текст] / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – Москва : Издательство Института Психотерапии, 2005. – 490 с. (с. 9-13)

143. Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога [Текст] : учебное пособие : В 2 кн. / Е. И. Рогов. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 384 с.

144. Ильин, Е. П. Психология индивидуальных различий [Текст] / Е. П. Ильин. – Санкт-Петербург : Питер, 2004 – 701 с.

145. Соколова, М. В. Шкала субъективного благополучия [Текст] / М. В. Соколова (автор адаптации). – 2-е изд. – Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 1996. – 14 с.

146. Maier, S. F. Learned helplessness: theory and evidence [Text] / S. F. Meier, M. E. P. Seligman // Journal of Experimental Psychology General. – 1976. – Vol. 105. – P. 3–46.

147. Ротенберг, В. С. Стресс и поисковая активность [Текст] / В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский // Вопросы философии. – 1979. – № 4. – С. 117–127.

148. Ротенберг, В. С. Поисковая активность и ее влияние на экспериментальной и клинической патологии [Текст] / В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский // Activitas анорексии Superior (Прага). – 1979. – Т. 21. – С. 105–115.

149. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse [Text] / B. G. Link [et al.] // J. Health Soc. Behav. – 1997. – Vol. 38, N 2. – P. 177–190.

150. Social anhedonia and schizotypy in a community sample: the Maryland longitudinal study of schizotypy [Text] / J. J. Blanchard [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 2011. – Vol. 37. – P. 587–602.

151. Blanchard, J. J. Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia [Text] / J. J. Blanchard, K. T. Mueser, A. S. Bellack // *Schizophr. Bull.* – 1998. – Vol. 24. – P. 413–424.

152. Correll, C. U. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment [Text] / C. U. Correll, N. R. Schooler // *Neuropsychiatr Dis Treat.* – 2020. – Vol. 16. – P. 519–534.

153. Леонтьев, Д. А. Курс лекций по экзистенциальной психологии на психологическом факультете [Текст] / Д. А. Леонтьев. – Москва : Изд-во Моск. гос. ун-та, 2001. – 344 с.

154. Правдина, Л. Р. Экзистенциальная исполненность как фактор профессионального здоровья [Текст] / Л. Р. Правдина, О. С. Васильева, Э. В. Гаус // *Инженерный вестник Дона.* – 2015. – № 3. – С. 187–188.

155. Лэнгле, А. Экзистенциально-аналитическая теория личности : сборник статей [Текст] / А. Лэнгле ; пер. с нем. – Москва : Генезис, 2008. – 159 с.

156. Лэнгле, А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций [Текст] / А. Лэнгле. – Москва : Генезис, 2013. – 235 с.

157. Савенкова, Е. В. Неклассическое прочтение темы субъекта: субъективация и желание [Текст] / Е. В. Савенкова // *Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение».* – 2008. – № 7. – С. 115–121.

158. Дьяков, А. В. Мишель Фуко и его время [Текст] / А. В. Дьяков. – Санкт-Петербург : Алетейя, 2010. – 672 с.

159. Леонтьев, Д. А. Общее представление о мотивации человека [Текст] / Д. А. Леонтьев // *Психология в вузе.* – 2004. – № 1. – С. 51–65.

160. Личностный потенциал: структура и диагностика [Текст] / под ред. Д. А. Леонтьева. – Москва : Смысл, 2011. – 675 с.

161. Фурсов, Б. Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении [Текст] / Б. Б. Фурсов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 91–100.

162. Barch, D. M. Goal representations and motivational drive in schizophrenia: the role of prefrontal-striatal interactions [Text] / D. M. Barch, E. C. Dowd // Schizophr. Bull. – 2010. – Vol. 36, N 5. – P. 919–934.

163. Dweck, C. S. Self-theories: Their role in motivation, personality, and development [Text] / C. S. Dweck. – New York, NY : Psychology Press, 1999. – 212 p.

164. Eisenberger, R. Incremental effects of reward on creativity [Text] / R. Eisenberger, L. Rhoades // J. Pers. Soc. Psychol. – 2001. – Vol. 81. – P. 728–741.

165. Sharma, T. Cognitive function in schizophrenia: deficits, functional consequences, and future treatment [Text] / T. Sharma, L. Antonova // Psychiatr. Clin. North. Am. – 2003. – Vol. 26. – P. 25–40.

166. Deci, E. L. The «what» and «why» of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior [Text] / E. L. Deci, R. M. Ryan // Psychol. Inq. – 2000. – Vol. 11. – P. 227–268.

167. Deci, E. L. Overview of self determination theory: an organismic dialectical perspective [Text] / E. L. Deci, R. M. Ryan // Handbook of self determination research / eds. : E. L. Deci, R. M. Ryan. – Rochester (NY) : University of Rochester Press, 2002. – P. 3–33.

168. Ryan, R. M. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being [Text] / R. M. Ryan, E. L. Deci // Am. Psychol. – 2000. – Vol. 55. – P. 68–78.

169. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. – Москва, 1991. – 256 с.

170. Холмогорова, А. Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении [Текст] : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 : защищена 1983 г. / Холмогорова Алла Борисовна ; Московский научно-исследовательский институт психиатрии. – Москва. 1983. – 219 с.

171. Куликов, Л. В. Психогигиена личности Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики [Текст] : учебное пособие / Л. В. Куликов. – Санкт-Петербург : Питер, 2004. – 464 с.

172. Subjective Well-being: Three Decades of Progress [Text] / E. Deiner [et al.] // Psychological Bulletin. – 1999. – Vol. 125. – P. 276–302.