

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

На правах рукописи

Бабура Елена Васильевна

**ОСОБЕННОСТИ РЕСУРСОВ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И
САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ
ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ**

14.01.06 – Психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Донецк - 2021

Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», МЗ ДНР

Научный **Абрамов Владимир Андреевич**

руководитель: Заслуженный врач Донецкой Народной Республики,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

Официальные **Грачев Рифат Ахметович**

оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
заведующий отделением семейно- психоневрологическим и психотерапевтическим консультированием Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР

Жигулина Ирина Владимировна

кандидат медицинских наук,
заведующий отделением Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ ДНР

Ведущая Государственное учреждение Луганской Народной Республики
организация: «Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки» (ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ)

Защита состоится « 3 » марта 2022 года в 10.00 часов на заседании диссертационного совета Д 01.026.06 при ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» по адресу: 283003, г. Донецк, пр. Ильича, 16, морфологический корпус, электронный зал библиотеки на базе ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького». Тел./факс: (062) 277-14-54, e-mail: spec-sovet-01-026-06@dnmu.ru.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» по адресу: 283003, г. Донецк, пр. Ильича, 16 (<http://dnmu.ru/>).

Автореферат разослан «___» _____ 20__ г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 01.026.06

Коценко Ю.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Традиции отечественной биологически ориентированной психиатрии концептуализируют все психические расстройства в зависимости от уровня мозговой дисфункции в рамках дихотомии «невроз-психоз» или как не имеющих четких разграничительных критериев заболеваний невротического и психотического регистров, не выделяя при этом специфики индивидуально-личностных характеристик больных (В.А. Жмуров, 1986). Однако, начиная с 2005 года Всемирная психиатрическая ассоциация взяла курс на практическое внедрение принципов гуманитарного, личностно-ориентированного подхода, который делает основной мишенью при оказании психиатрической помощи личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях (Х. Меззич, 2007). С тех пор осуществляются попытки интегративного понимания психических расстройств с позиции нарушения ресурсных возможностей личности, отражающих внутреннюю, субъективную составляющую адаптивного функционирования, душевного благополучия и смысложизненных ориентаций больных (Б.С. Братусь, 1998; Д.А. Леонтьев, 1999; В.Е. Ключко, 1999); А.Ю. Агафонов, 2000; А.В. Серый, 2004).

В качестве основополагающего и системообразующего понятия, отражающего уровень индивидуальной дисфункциональности личности при психических расстройствах, обоснованным можно считать использование понятия «дезорганизация личности» как индикатора нарушения субъективного внутреннего мира человека (К. Ясперс, 1997; В.Д. Шадриков, 2002). На основании критериев степени интеграции идентичности, уровня психологических ресурсов и уровня тестирования реальности были выделены три уровня дезорганизации личности: невротический, психотический и пограничный (Мак Вильямс Н., 1998; О. Кернберг, 2001).

Установлено, что важнейшими качественными характеристиками уровней дезорганизации личности при психических расстройствах являются нарушения интегрированности идентичности как базового критерия психического здоровья (Э. Эриксон, 1996; В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Г.Г. Путьтин, 2014; И.А. Толпина, 2009; И.М. Кадыров, 2008).

По версии ВОЗ, психическое расстройство ассоциируется с неспособностью человека реализовать свой личностный потенциал, который

утрачивает единство и целостность своих составляющих. С этой точки зрения, любое психическое расстройство можно рассматривать как нарушение составляющих личностного потенциала, в частности, осознания собственной идентичности, критичности к себе и собственной психической продукции, адекватности психических реакций, способности самоуправления поведением, планировать собственную жизнедеятельность, изменять способ поведения в зависимости от обстоятельств.

Системообразующими составляющими личностного потенциала являются ресурсы устойчивости личности и потенциал самоактуализации (саморегуляции, самореализации), отражающие представление о личности как об интегрированном и организованном целом (А. Маслоу, 1997). Эти индивидуально-психологические характеристики выражают «личностное в личностном» (Д.А. Леонтьев, 2011) и характеризуют уровень личностного развития и зрелости человека (Л.В. Куликов, 1995; Е.Н. Осин, 2007; С.В. Кузьмина, 2013) и его экзистенциальную жизненную позицию (Т.С. Морозова, 2000; А.Г. Маклаков, 2001; А.К. Осницкий, 2009 и др.).

Есть данные о том, что различные формы дезорганизации личности характеризуются недостаточным уровнем ресурсов устойчивости, самоактуализации и совладания. Это создает угрозу субъективному миру человека, целостности его личности, в частности, потери идентичности, аутентичности, возможности самоконтроля (А. Маслоу, 2018).

Значительны и социальные последствия дезорганизованной, потерявшей жизненные ориентиры, личности больных психотического и невротического уровней в виде невосполнимого дефицита социальных возможностей и перспектив, и дистанцирования их от общества (Н.А. Польская, 2004; А. Финзен, 2001; М. Thompson, 1990; Р. Byrne, 2000; J. Phelan, 1998).

Вместе с тем, до настоящего времени не достигнуто единства в разработке клинической типологии и этапов формирования дезорганизованной личности у больных, особенно психотического спектра (О.А. Блохина и соавт., 2005; А.С. Аведисова и соавт., 2005; Е.П. Белинская и соавт., 2003; М.М. Кабанов, 2001). При описании структурно-содержательных характеристик дезорганизованной личности больных психотического и невротического регистра отсутствует глубокий анализ механизмов качественного стратегического планирования (копинг-стратегий) и деструктивных изменений идентичности и личностных ресурсов. К числу недостаточно изученных относятся также вопросы, связанные с изучением роли ресурсных возможностей

личности и социальной поддержки больных в преодолении признаков нарушения личностной дезорганизации.

В связи с этим перспективным представляется комплексное изучение индивидуально-специфических особенностей личностного потенциала и фиксированных способов копингового реагирования у больных с невротическим и психотическим уровнем психического функционирования, а также разработка и оценка эффективности системы субъективно-личностного восстановления данного контингента больных.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Диссертация выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО по теме: «Особенности личностного потенциала и его активация у больных с различным уровнем дезорганизации личности» (шифр работы УН 19.02.08). Соискателем выполнен аналитический обзор отечественной и иностранной литературы по тематике проведенного исследования, проведен набор материала, создана база полученных данных, представлены материалы собственных исследований, осуществлена оценка результатов, полученных в процессе комплексного обследования больных.

Цель исследования – на основании комплексной психодиагностической оценки самоактуализации, индивидуально-психологических ресурсов и ценностно-смысловой сферы больных с психическими расстройствами психотического и невротического регистров и различным уровнем дезорганизации личности, разработать и оценить эффективность системы экзистенциально-личностной реабилитации и субъективно-личностного восстановления данного контингента больных.

Задачи исследования:

1. Выделить, типологизировать и проанализировать структурные особенности дезорганизации личности у больных с психическими расстройствами психотического и невротического регистров.
2. Осуществить анализ индивидуально-психологических особенностей самоактуализации как потенциальной субъективной активности больных с различными уровнями личностной дезорганизации.
3. Изучить взаимосвязь деформации ценностно-смысловой сферы больных с типом их личностной дезорганизации.
4. Осуществить качественную оценку ресурсов устойчивости (психологического благополучия) у данного контингента.

5. Оценить особенности индивидуально-специфических адаптационных копинговых стратегий у больных с различной структурой дезорганизации личности.

6. Разработать и оценить эффективность системы экзистенциально-личностной реабилитации (субъективно-личностного восстановления) больных с различным уровнем личностной дезорганизации.

Объект исследования: дезорганизация личности невротического, пограничного и психотического типов.

Предмет исследования: особенности самоактуализации, ресурсов устойчивости, ценностно-смысловой сферы и копинг-стратегий личности при различных условиях ее дезорганизации; система экзистенциально-личностной реабилитации больных.

Методы исследования: информационно-аналитический, клинико-психопатологический, структурного диагностического интервью, психодиагностический, социально-психологический, метод математической обработки результатов.

Научная новизна полученных результатов. Впервые на основе многоуровневого, комплексного исследования в рамках личностно-ориентированного подхода выделены и идентифицированы различные типы дезорганизации личности, ассоциируемые с психическими расстройствами невротического и психотического регистров.

Получены новые данные об особенностях личностного потенциала (позитивных аспектов психического здоровья) у больных с невротическим, пограничным и психотическим типами структурной дезорганизации личности. Проанализированы особенности самоактуализации как потенциальной субъективной активности больных, индивидуально-специфический уровень их психологических ресурсов и базисные характеристики ценностно-смысловой сферы.

Изучены и подвергнуты научному анализу характерные для каждого типа дезорганизации личности ситуационно-специфические (адаптивные и дезадаптивные) стратегии совладающей психической активности (поведенческие копинг-стратегии).

Впервые, в рамках гуманитарного подхода в решении современных психиатрических проблем, разработана система экзистенциально-личностной реабилитации больных, нацеленная на реконструкцию личностной направленности и субъективно-личностное восстановление больных. В качестве оптимального инструмента адекватных реабилитационных воздействий

предложен комплекс тренинговых программ активации копинг-стратегий и нормализации субъективного жизненного пространства больных.

Теоретическая и практическая значимость работы. Представлено теоретическое обоснование современного гуманитарно – личностного направления в психиатрии – рассмотрение психических расстройств невротического и психотического регистров как проявлений личностной дисфункции. Результаты проведенного исследования открывают возможность для совершенствования личностно-ориентированного направления организации психиатрической помощи, использования адекватных психодиагностических подходов, позволяющих иметь целостное представление о пациенте, его актуальном психическом состоянии и личностных ресурсах.

Приоритетность представлений о внутреннем мире пациента, уровне его самоактуализационных ресурсов и ценностно-смысловых качествах личности позволяет расширить диапазон лечебно-диагностических вмешательств на основе интегративно понимаемых болезненных проявлений в психической сфере, защитных и компенсаторных механизмов, а также субъективного благополучия с самоощущением своей целостности и потенциальных ресурсов.

Внедрение в клиническую практику разработанной инновационной модели экзистенциально-личностной реабилитации больных с различным уровнем дезорганизации личности в значительной степени гуманизирует процесс оказания психиатрической помощи, повышает ее качество и создает теоретическую основу для внесения существенной коррекции в официальные лечебно-диагностические стандарты.

Положения, выносимые на защиту:

1. Больные с психическими расстройствами невротического и психотического регистра характеризуются качественно своеобразными типами личностной дезорганизации, отличающимися друг от друга уровнем интеграции идентичности, зрелостью защитных психологических механизмов и способностью к тестированию реальности.

2. Уровень снижения самоактуализации имеет наибольшую выраженность у больных с психической и в меньшей мере с пограничной дезорганизацией личности, существенно затрудняя процесс её саморазвития и актуализации своих потенциальных возможностей. При невротической дезорганизации личности умеренно выраженная самоактуализационная дефицитарность не сопровождается утратой психологических ресурсов.

3. Деформация ценностей нарастает от минимальных проявлений, но без грубых качественных нарушений терминальных ценностей при невротической

дезорганизации личности, до максимальных со значительной трансформацией, охватывающей весь спектр терминальных ценностей при психотической дезорганизации личности.

4. Тенденция к значительному снижению смысложизненных ориентаций к психологическому благополучию при различных уровнях личностной дезорганизации вне зависимости от клинических проявлений существенно ограничивает субъективную и объективную способность личности в сфере взаимодействия с собой и окружающим миром, снижает возможность достижения внутреннего баланса личности в ситуации «жизни с болезнью» и «жизни в болезни»

5. Определённое сходство направленности совладающих усилий пациентов с различными регистрами психических расстройств, свидетельствуют об отсутствии нозологической (категориальной) специфичности проявлений дезорганизации личности, нетождественности клинически верифицированных психических расстройств подлинному уровню структурной дезорганизации личности.

6. Использование системы экзистенциально – личностной реабилитации, независимо от уровня личностной дезорганизации больных, способствует улучшению показателей жизнестойкости, снижению уровня социальной фрустрированности, диапазона и ресурсной значимости непродуктивных копинг – стратегий, а также как необходимых предпосылок их клинического восстановления.

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 30.11.2021г.) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследования результаты являются достоверными.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на следующих научных форумах: научно – практической конференции с международным участием, посвящённой Всемирному дню психического здоровья (Тула, 2017г.), V

Всероссийской научно – практической конференции с международным участием, посвящённой 75-летию РязГМУ «Память, память будущего и сценарии жизни» (Рязань, 2018г.), 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.), научно – практической конференции «Психические расстройства в условиях пандемии COVID – 19: проблемы и перспективы» (Тула, 2020г.), VII Всероссийской научно – практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием в секции: «Психология и психиатрия» (Нижний Новгород, 2021г.), Республиканской научно – практической конференции «Хронический стресс – вызов психическому здоровью человека» (Донецк, 2021г.).

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследований внедрены в деятельность кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, КЛПУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» г. Донецка, Психиатрической больницы №1 г. Макеевки.

Личный вклад соискателя. Диссертационная работа является завершённым научным исследованием автора. Научные положения, результаты, вынесенные на защиту, получены лично диссертантом. Автор провел глубокий информационный поиск и аналитический обзор научной литературы, определил адекватные современные методы исследований. Лично автором проведены информационно- аналитический, клиничко – психопатологический, психодиагностический, социально – психологический методы, структурное диагностическое интервью и метод математической обработки результатов. Под руководством научного руководителя определены цель и задачи исследования, научная новизна, практическое значение, сформулированы выводы и разработаны практические рекомендации. Научные публикации, текст диссертации и автореферата написаны лично диссертантом.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 8 научных работ, из них 6 в изданиях, рекомендованных ВАК.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 217 страницах компьютерного текста, состоит из вступления, обзора литературы,

материалов и методов исследования, разделов собственных исследований, анализа и обобщения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Список литературы содержит 233 литературных источника. Диссертация иллюстрирована 12 рисунками, содержит 25 таблиц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования.

Исследование проводилось на базе отделений Психиатрической больницы №1 г. Макеевки. Организация и функционирование отделений позволяли в полном объеме реализовать задачи исследования.

Набор клинического материала осуществлялся на протяжении 2017-2021 гг. Критерии включения больных в исследование:

- диагноз психического расстройства, установленный в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10-й пересмотр);
- уровень дезинтеграции личности, установленный на основании данных структурного диагностического интервью;
- информированное согласие пациента на участи в исследовании.

Всего обследовано 150 больных с психическими расстройствами различного регистра, в том числе с заболеваниями невротического регистра – 60 человек и с заболеваниями психотического регистра 90 человек.

Основные методы исследования. Комплексное личностно-ориентированное исследование больных с различными заболеваниями психотического и невротического регистров, идентифицируемых с позиции уровня их личностной дисфункции (дезорганизации личности), осуществлялось с использованием следующих методов: информационно-теоретического, клинико-психопатологического, структурного диагностического интервью, психодиагностического, социально-психологического и методов математической обработки результатов.

Информационно – теоретический методов включал в себя оценку клинико – социальных характеристик больных с помощью «Индивидуальной карты клинического и социально – демографического анализа истории болезни пациента с дисфункциональным уровнем личностной дезорганизации».

Клинико-психопатологический метод заключался в общепринятом классическом подходе к психиатрическому обследованию больных и содержал

традиционный опрос, анализ психического состояния и диагностику в соответствии с критериями МКБ-10.

Тип структурной дезорганизации личности рассматривался не в контексте той или иной диагностической категории МКБ-10, а как структурный диагноз уровня функциональности (дисфункциональности) личности. При этом любое отдельно взятое психическое расстройство могло представлять собой дисфункцию личности на невротическом, пограничном или психотическом уровне ее дезорганизации.

При определении типа дезорганизации личности использовалось структурное диагностическое интервью, разработанное О. Кернбергом (2000). Интервью позволило установить связь между особенностями организации личности и общим психическим поведением пациента, у больных с психическими расстройствами различного регистра выделить три качественно своеобразных типа личностной дезорганизации, отличающихся друг от друга уровнем интеграции идентичности, зрелостью защитных психологических механизмов и способностью к тестированию реальности: невротического (интегрированного), пограничного (диффузно – фрагментарного) и психотического (дезинтегрированного, кризисного).

Ресурсы устойчивости и уровень самоактуализации личности как меры психологического благополучия/неблагополучия изучались при помощи валидизированных и стандартизированных личностных опросников: самоактуализационный тест Э. Шострома, методика ценностных ориентаций М. Рокича, тест смысловых ориентаций (авторская модификация Д.А.Леонтьева), шкала субъективного благополучия К. Рифф, опросник «Способы совладающего поведения» (разработан Р. Лазарусом). Используемые методики позволили комплексно оценить уровень дезорганизации различных составляющих личностного потенциала и субъективно воспринимаемой проблемности жизненных ситуаций, связанных с болезнью.

Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью методов статистического анализа стандартными параметрическими и непараметрическими методами. Использовался компьютерный пакет лицензионных программ Statistica. Вычислялись значения среднего арифметического ($\bar{x}$) и стандартной ошибки среднего (m). 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. Расчет производился с достоверностью $p \leq 0,05$.

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

Распределение больных с различными уровнями дезорганизации личности по диагностическим категориям МКБ-10 было следующим:

Невротическая дезорганизация личности (50 чел.) – F43 расстройства адаптации – 15 чел.; F45 – соматоформные расстройства – 8 чел.; F41 – тревожно-депрессивное расстройство – 14 чел.; F42 обсессивно-компульсивное расстройство – 6 чел.; F44 – диссоциативное расстройство – 4 чел.; F.31 биполярное аффективное расстройство – 3 чел.

Пограничная дезорганизация личности (40 чел.) – F43 – расстройства адаптации – 12 чел.; F44 – диссоциативное расстройство – 3 чел.; F31 – биполярное аффективное расстройство – 5 чел.; F20 – параноидная шизофрения – 4 чел.; F23 – острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении – 8 чел.; F21 шизотипическое расстройство – 8 чел.

Психотическая дезорганизация личности (60 чел.) – острое полиморфное расстройство без симптомов шизофрении – 10 чел.; F25 – шизоаффективное расстройство – 4 чел.; F20 – параноидная шизофрения – 32 чел.; F21 – шизотипическое расстройство – 8 чел.; F22 – хроническое бредовое расстройство – 6 чел.

Таким образом, среди лиц с невротической дезорганизацией личности подавляющее большинство (94,0%) составили больные с невротическим уровнем психических расстройств и только 6,0% - пациентов с заболеваниями психотического регистра. В группе больных с пограничным уровнем дезорганизации личности у 25,0% диагностированы невротические, а у 75,0% - психотические расстройства. Наконец, у всех больных с заболеваниями психотического регистра наблюдался наиболее высокий, психотический уровень личностной дезорганизации.

При невротическом типе дезорганизации личности наблюдался наиболее высокий уровень психической интеграции: у $74 \pm 4,5\%$ больных он достигал целостно-дифференцированного уровня и только у $26 \pm 6,1\%$ больных он соответствовал более низкому, диффузно-фрагментарному уровню. Больными использовались зрелые механизмы психической защиты и адекватные способы тестирования реальности.

Менее однозначными оказались качественные характеристики пограничного типа личностной дезорганизации, при котором значительно повысилось число больных ($62,5 \pm 5,0\%$) с диффузно-фрагментарным уровнем

интеграции идентичности, достигая в $17,5\% \pm 6,2\%$ случаев кризисного уровня. При сохранности у большинства больных способности к тестированию реальности у них преобладал набор декомпенсирующих механизмов психологической защиты и в первую очередь вытеснение и расщепление.

У больных с психотической личностной дезорганизацией в 100,0% происходит полный распад Я-концепции с наиболее выраженным уровнем дезинтеграции идентичности, утратой её ценностно-смысловых свойств и способности к тестированию реальности. Как и при пограничном типе личностной дезорганизации у этих больных наблюдались примитивные, незрелые формы психологической защиты – из этого следует, что при пограничной и психотической личностной дезорганизации работает одни и те же защитные механизмы, хотя они и выполняют различные функции. Это свидетельствует о феноменологической близости пограничной дезорганизации личности и ее психотического варианта, что подтверждается преобладанием у таких больных расстройств психотического регистра. При этом следует учитывать, что пограничная или психотическая личностная структура обусловлена не столько наличием примитивных, сколько отсутствием зрелых защит (таблица 1).

Таблица 1 - Частота встречаемости уровней дезинтеграции идентичности у больных с различными формами личностной дезорганизации ($\% \pm m \%$)

Уровень интеграции идентичности	Частота встречаемости ($\% \pm m \%$)			
	Больные с невротической личностной дезорганизацией , n=50	Больные с пограничной личностной дезорганизацией , n=40	Больные с психотической личностной дезорганизацией , n=60	Статистическая значимость различий, Р
Целостно-дифференцированный	37 $74 \pm 4,5\%$	8 $20 \pm 5,9\%$	—	$< 0,05$
Диффузно-фрагментированный	13 $26 \pm 6,1\%$	25 $62,5 \pm 5,0\%$	9 $15 \pm 5,3\%$	$< 0,01$
Кризисный	—	7 $17,5 \pm 6,2\%$	45 $75 \pm 4,4\%$	$< 0,001$

Комплексное исследование личностного потенциала включало исследование таких составляющих как саморегуляция (самоактуализация), ресурсы устойчивости личности и операциональные ресурсы или автоматизированные операции, использующие копинговые механизмы.

К наиболее значительным и принципиальным различиям показателей самоактуализации больных с психотическим и невротическим уровнем дезорганизации личности (таблица 2) относятся показатели по таким шкалам как шкала спонтанности ($30 \pm 3,4$ и $63 \pm 5,1$; $p < 0,001$), принятие агрессии ($33 \pm 2,4$ и $58 \pm 4,3$; $p < 0,01$) и контактности ($24 \pm 3,5$ и $62 \pm 4,4$; $p < 0,001$).

Показатели больных с пограничным типом дезорганизации личности имели определенное сходство с показателями психотической группы. Структура и диапазон низких показателей у них в основном соответствовал показателям сравниваемой (психотической) группы, за исключением более высоких показателей по шкалам познавательных способностей ($45 \pm 3,6$ и $33 \pm 4,0$; $p < 0,05$) и принятие агрессии ($44 \pm 2,7$ и $33 \pm 2,4$; $p < 0,05$).

Таблица 2 - Уровни показателей самоактуализационного теста у больных с психотической и невротической дезорганизацией личности

№ п/п	Шкалы	Психотическая дезорганизация личности, n=60 (X) $\pm$ m	Невротическая дезорганизация личности, n=50 (X) $\pm$ m
1.	Поддержка (I)	$40 \pm 3,1$	$42 \pm 3,2$
2.	Ориентация во времени (Tc)	$41 \pm 2,9$	$45 \pm 3,5$
3.	Ценностные ориентации (Sav)	$45 \pm 4,1$	$47 \pm 4,1$
4.	Гибкость поведения (Ex)	$40 \pm 2,2$	$58 \pm 4,2^*$
5.	Сензитивность к себе (Fr)	$60 \pm 3,6$	$52 \pm 3,0$
6.	Спонтанность (S)	$30 \pm 3,4^*$	$63 \pm 5,1$
7.	Самоуважение (Sr)	$32 \pm 2,7^*$	$38 \pm 3,1^*$
8.	Самопринятие (Sa)	$29 \pm 2,3^*$	$33 \pm 3,0^*$
9.	Представления о природе человека (Nc)	$52 \pm 3,3$	$58 \pm 4,2^*$
10.	Синергия (Sy)	$30 \pm 2,1^*$	$29 \pm 4,3^*$
11.	Принятие агрессии (A)	$33 \pm 2,4^*$	$58 \pm 4,3$

12.	Контактность (C)	$24 \pm 3,5^*$	$62 \pm 4,4$
13.	Познавательные способности (Cog)	$33 \pm 4,0^*$	$39 \pm 3,7^*$
14.	Креативность (Cr)	$40 \pm 4,4$	$44 \pm 2,9$
Примечание: * - отличие статистически значимо, $p < 0,05$ (непараметрический критерий множественных сравнений Краскела-Уоллиса).			

По результатам исследования индивидуальной иерархии ценностей, установлена общая тенденция, выразившаяся в снижении значимости многих ценностей по мере нарастания дезорганизации личности. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) по отношению к лицам с невротической личностной дезорганизацией установлены по 4-м ценностям при пограничной и по 12 ценностям – при психотическом уровне дезорганизации. Такая же закономерность прослеживается при сравнении средних значений рангов по всем терминальным ценностям.

Количество значимых ценностей колеблется от 27,8% у больных с невротической дезорганизацией личности (актуальная деятельная жизнь, здоровье, интересная работа, материально обеспеченная жизнь, счастливая семейная жизнь), до 11,1% у лиц с психотическим уровнем дезорганизации личности (ценность «здоровье»). И, напротив, количество отвергаемых ценностей составило 5,5% при невротической и 44,5% при психотической личностной дезорганизации. Наибольшее количество ценностей (от 50 до 67,7% во всех группах больных) имело статус индифферентно-безразличных.

Анализ показателей по отдельным шкалам смысловых ориентации и общего показателя осмысленности жизни свидетельствует о достоверном ($p < 0,01$) снижении уровня смысловых ориентаций во всех сравниваемых группах больных без фиксации достоверных различий между ними. Несмотря на отдельные и относительно нормальные показатели по отдельным субшкалам, глобальный показатель осмысленности жизни отражает дезорганизацию смыслового состояния как типичное проявление дезорганизации личности, вне зависимости от клинических особенностей психических расстройств.

Анализ результатов исследования ресурсов психологической устойчивости выявил четкую тенденцию, выразившуюся в значительном снижении показателей психологического благополучия у больных с различным уровнем дезорганизации личности (таблица 3). Это снижение затронуло все субшкалы методики, но наименьшую выраженность имело у больных с невротической дезорганизацией личности. И по среднему баллу показателей

всех субтестов ($67 \pm 4,7$), и по общему показателю психологического благополучия ($405,5 \pm 29,7$) у них выявлены более высокие баллы (хотя и не достигающие нормативных). Наиболее низкие показатели психологического благополучия ($50,1 \pm 6,2$ и $300 \pm 24,3$) зарегистрированы у больных с психотическим уровнем дезорганизации личности. Промежуточное положение заняли пациенты с пограничным уровнем личностной дезорганизации ($58,15 \pm 5,8$ и $348 \pm 21,4$). Приведенные результаты во всех сравниваемых группах больных имели уровень статистической значимости.

Таблица 3 - Сравнительная характеристика показателей психологического благополучия у больных с различным уровнем личностной дезорганизации

Шкалы	Среднее значение, $X \pm m$			Уровень значимости различий между группами, Р
	Невротический уровень дезорганизации личности, n=50	Пограничный уровень дезорганизации личности, n=40	Психотический уровень дезорганизации личности, n=60	
Позитивные отношения	$63,7 \pm 5,7^*$	$60,7 \pm 5,8$	$54,8 \pm 4,7^*$	0,01
Автономия	$57,3 \pm 4,9$	$58,9 \pm 4,7$	$53,2 \pm 5,2$	0,50
Управление средой	$58,3 \pm 4,4$	$56,5 \pm 4,3$	$50,3 \pm 3,8$	0,64
Личностный рост	$55,7 \pm 5,1$	$58,6 \pm 5,7$	$54,0 \pm 6,4$	0,48
Цели в жизни	$57,5 \pm 5,7$	$58,5 \pm 4,6$	$55,1 \pm 5,4$	0,36
Самопринятие	$56,5 \pm 3,9$	$55,7 \pm 4,8$	$53,3 \pm 4,9$	0,36
Средний балл	$67,5 \pm 4,7^*$	$58,15 \pm 5,8^*$	$50,1 \pm 6,2^*$	0,02
Психологическое благополучие	$405,5 \pm 29,7^*$	$348 \pm 21,4^*$	$300 \pm 24,3^*$	0,01
Примечание: *- отличие статистически значимо, $p < 0,05$ (критерий множественных сравнений).				

Система совладания с трудными жизненными ситуациями у больных с различными типами дезорганизации личности существенно отличается от нормативных показателей (таблица 4). У больных с невротической дезорганизацией личности к базовым копинговым стратегиям с умеренной степенью их выраженности относятся стратегии дистанцирования ($54,9 \pm 1,7$) и бегства-избегания ($54,25 \pm 1,14$).

Наиболее предпочтительными способами совладания у больных с пограничной и психотической дезорганизацией личности на фоне общего снижения копинговой активности являются неконструктивные копинги конфронтации ($58,7 \pm 1,2$ и $69,05 \pm 1,9$) и бегство-избегания ($54,6 \pm 1,24$ и $55,2 \pm 0,86$), а также условно-продуктивный копинг поиска социальной поддержки ($54,5 \pm 1,26$ и $48,1 \pm 1,07$). Продуктивные стратегии, связанные с актуализацией процессов самосознания, целенаправленной деятельности, этим больным недоступны, что лишает их шансов успешно справиться с трудными ситуациями.

Таблица 4 - Показатели копинг-стратегий у больных с различными уровнями дезорганизации личности (средние значения в Т-баллах; $M \pm m$)

Копинг-стратегии	Нормативные показатели	Больные с невротической дезорганизацией личности, n=50	Больные с пограничным типом дезорганизации личности, n=40	Больные с психотической дезорганизацией личности, n=60
Конфронтация	$50,7 \pm 0,7$	$48,2 \pm 0,9$	$58,7 \pm 1,2^*$	$69,05 \pm 1,9^*$
Дистанцирование	$49,4 \pm 0,6$	$54,9 \pm 1,7$	$50,2 \pm 1,26$	$48,4 \pm 1,54$
Самоконтроль	$63,7 \pm 0,5$	$47,8 \pm 0,7^*$	$48,4 \pm 1,05^*$	$43,3 \pm 0,8^*$
Поиск социальной поддержки	$62,8 \pm 0,6$	$49,5 \pm 0,24^*$	$54,5 \pm 1,26$	$48,1 \pm 1,07^*$
Признание ответственности	$62,9 \pm 0,7$	$51,1 \pm 1,6$	$46,5 \pm 1,2^*$	$45,8 \pm 1,15^*$
Бегство - избегание	$45,2 \pm 0,5$	$54,25 \pm 1,14$	$54,6 \pm 1,24^*$	$55,2 \pm 0,86^*$
Планомерное решение проблемы	$67,8 \pm 0,6$	$44,8 \pm 1,16^*$	$47,7 \pm 2,1^*$	$40,0 \pm 0,93^*$
Положительная	$56,1 \pm 0,5$	$46,6 \pm 0,76^*$	$52,0 \pm 0,81$	$46,02 \pm 1,14^*$

переоценка				
Примечание: * - различия между отдельными группами больных достоверны, $p < 0,05$.				

На основе результатов проведенного исследования психологических механизмов дезорганизации личности (личностной дисфункции) при расстройствах невротического и психотического регистра была разработана программа экзистенциально-личностной реабилитации этого контингента больных.

В качестве конкретно-целевых ориентиров реабилитационная программа включала: активацию самоактуализации – процесса наиболее полного раскрытия и развития потенциала личности, продуктивной и целостной самореализации собственных возможностей пациента; реконструкцию личностной направленности, путем восстановления индивидуальной ценностной системы и связанных с ней личностных смыслов и экзистенциально-личностное восстановление больного, а также три базовых модуля: модуль самоуправления болезнью, модуль самоуправления стрессом и модуль субъективно-личностного восстановления.

Экзистенциально-личностная реабилитация осуществлялась с использованием двух разновидностей психотерапевтической тактики – пациент-центрированной и позитивной психотерапии.

Содержательная сторона экзистенциально – личностной реабилитации больных с различными формами дезорганизации личности представляла собой комплекс тренинговых процедур, направленных на активацию личностных ресурсов пациента (ресурсов совладания со стрессом), в частности, ресурсов жизнестойкости (стрессоустойчивости), саморегуляции и конструктивных копинг-стратегий: тренинг совладающего поведения, аутотренинг, тренинг жизнестойкости.

Комплексная оценка эффективности экзистенциально – личностной реабилитации проводилась у 64 больных (основная группа): 35 человек с психотическим типом дезорганизации личности и 29 человек – с невротическим типом личностной дезорганизации. Медицинская тактика этим больным включала, помимо психофармакологического лечения, активное использование тренинговых психотерапевтических процедур.

Группу сравнения составили соответственно 30 и 25 больных с сопоставимыми гендерно-возрастными и клинико-динамическими характеристиками заболеваний. Терапевтическая тактика по отношению к этим

пациентам ограничивалась использованием медикаментозного лечения. В специальные реабилитационные программы они не вовлекались.

В качестве критериев эффективности экзистенциально – личностной реабилитации больных использовались показатели: а) общепозитивной ресурсной динамики; б) психологического благополучия; в) жизнестойкости; г) стратегий копинг-поведения; д) уровня социальной фрустрированности.

По общему впечатлению позитивная динамика ресурсных возможностей наблюдалась в обеих сравниваемых группах больных, включенных в программу экзистенциально – личностной реабилитации. Однако, если в невротической группе эти изменения касались как динамических, так и содержательных аспектов (в частности, изменений субъективных репрезентаций, смыслов, интерпретации и взаимодействия с затруднительными ситуациями), то при психотическом типе дезорганизации личности уровень совладания затрагивал только динамический (а не смысловой) контекст и выражался в изменении самочувствия, эмоционального фона и межличностных отношений в группе.

Анализ динамики копинг-стратегий показал, что у больных с невротической дезорганизацией личности, включенных в реабилитационную программу, нарастала интенсивность используемых конструктивных вариантов копинга ($58,36 \pm 0,76$) соответственно исходным данным ($46,21 \pm 1,35$) и снижалась актуальность применения его неконструктивных вариантов ($36,74 \pm 0,41$) в соответствии с исходными данными ($37,61 \pm 0,48$); индекс социальной фрустрированности, обобщающий уровень социального функционирования в 5 сферах, выявил тенденцию к существенному уменьшению (возрастанию удовлетворенности) в сферах «взаимоотношения с родными и близкими» ($1,39 \pm 0,32$ против $2,45 \pm 0,38$), «взаимоотношения с ближайшим социальным окружением» ($1,21 \pm 0,14$ против $1,65 \pm 0,24$) и «здоровье и работоспособность» ($1,24 \pm 0,12$ против $1,97 \pm 0,17$); улучшились показатели жизнестойкости ($82,19 \pm 3,21$ против $65,68 \pm 2,75$) и всех ее компонентов (за исключением показателя «принятие риска» ($15,14 \pm 0,91$ против $14,18 \pm 0,74$)).

В группе сравнения показатели конструктивных и условно-конструктивных стратегий не имели достоверных отличий от исходных данных ($49,38 \pm 1,16$ и $55,27 \pm 0,64$); существенной динамики индекса основных направлений социальной фрустрированности не было выявлено; показатели жизнестойкости практически не уменьшились и соответствовали первоначальному данным ($65,71 \pm 2,94$ против $65,68 \pm 2,75$), что доказывает явную недостаточность только медикаментозного лечения для достижения

реабилитационных целей и восстановления способности преодоления трудных жизненных ситуаций.

У больных с психотической дезорганизацией личности, вошедших в реабилитационную программу, также наблюдалось значительное повышение показателей конструктивной копинговой активности ($46,24 \pm 0,93$) соответственно исходным данным ($38,44 \pm 1,13$); положительная динамика фрустрированности: «удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими» ($1,9 \pm 0,24$ против $2,6 \pm 0,4$) и «удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью» ($2,58 \pm 0,24$ против $3,37 \pm 0,24$); значительное улучшение всех показателей жизнестойкости ($65,58 \pm 3,44$), по сравнению с исходными данными ($44,8 \pm 2,73$), хотя они и не достигали уровня жизнестойкости у больных с невротической дезорганизацией и тем более в нормативной группе, что свидетельствует о достаточно высокой способности этих больных гибко активизировать ресурсный потенциал копинг-стратегий и терапевтической эффективности предложенного комплекса экзистенциально – личностной реабилитации.

В группе сравнения какой-либо динамики использования копинг-стратегий не отмечено: на протяжении всего периода наблюдения фиксировался низкий ресурсный потенциал копинг-стратегий ($48,26 \pm 0,81$); существенной динамики индекса основных направлений социальной фрустрированности не выявлено; показатели жизнестойкости существенно не изменились, что не способствовало преодолению характерных проявлений выученной беспомощности и снижению психосоматического риска.

Таким образом, разработанная нами модель экзистенциально-личностной реабилитации, сфокусированная на субъективной сфере (внутреннем мире) пациентов с различными формами дезорганизации личности (независимо от конкретных и довольно условных диагностических категорий) и включавших различные тренинги совладания с трудными жизненными ситуациями, показала достаточно высокую терапевтическую эффективность. Она выразилась в успешной коррекции функциональной недостаточности и неконструктивных копинг-стратегий больных, активации процессов самоактуализации, ресурсных возможностей и жизнестойкости.

Достигнутые результаты в сфере субъективно-личностного восстановления больных являются альтернативой эффектов традиционных показателей позитивной клинической динамики психических расстройств, структурированных различными вариантами личностных дисфункций. Эти

данные можно рассматривать в аспекте развития личностно-ориентированного подхода в психиатрии.

ВЫВОДЫ

1. В диссертационной работе представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи современного гуманитарно-личностного направления в психиатрии – рассмотрение психических расстройств невротического и психотического регистра как проявлений личностной дисфункции с неблагоприятной трансформацией ценностно-смысловой системы, дезорганизацией структуры личностного потенциала, его структурной сбалансированности и стабильного функционирования. Разработана и доказана эффективность системы субъективно-личностного восстановления больных и объективного контроля за этим процессом.

2. У больных с психическими расстройствами невротического и психотического регистров выделено три качественно своеобразных типа структурной личностной дезорганизации, отличающихся друг от друга уровнем интеграции идентичности, зрелостью защитных психологических механизмов и способностью к тестированию реальности. При невротическом типе дезорганизации личности наблюдался наиболее высокий уровень психической интеграции: у $74 \pm 4,5\%$ больных он достигал целостно-дифференцированного уровня и только у $26 \pm 6,1\%$ больных он соответствовал более низкому, диффузно-фрагментарному уровню. При этом использовались относительно зрелые механизмы психологической защиты и адекватные способы тестирования реальности. Качественные характеристики пограничной личностной дезорганизации нашли отражение в значительном повышении числа больных ($62,5 \pm 5,0\%$) с диффузно-фрагментарным уровнем интеграции идентичности, достигая в $17,5 \pm 6,2\%$ случаев кризисного уровня. При сохранности у большинства больных способности к тестированию реальности у них преобладал набор декомпенсирующих механизмов психологической защиты. У больных с психотической дезорганизацией личности в 100% случаев наблюдался полный распад Я-концепции с наиболее выраженным уровнем дезинтеграции идентичности, утратой её ценностно-смысловых свойств и способности к тестированию реальности, преобладанием примитивных, незрелых форм психологической защиты.

3. Характерной особенностью больных с различным уровнем дезорганизации личности является их самоактуализационная дефицитарность. Наиболее высокий уровень нарушения самоактуализации установлен у больных с психотической дезорганизацией личности. Наименьший уровень самоактуализационного дефицита присущ больным с невротической личностной дезорганизацией. К наиболее значительным и принципиальным различиям показателей самоактуализации больных с психотическим и невротическим уровнем дезорганизации личности относятся показатели по шкалам спонтанности ($30,0 \pm 3,4$ и $63,0 \pm 5,1$; $p < 0,001$), принятие агрессии ($33,0 \pm 2,4$ и $58,0 \pm 4,3$; $p < 0,01$) и контактности ($24,0 \pm 3,5$ и $62,0 \pm 4,4$; $p < 0,001$). Структура и диапазон показателей самоактуализации у больных с пограничным уровнем дезорганизации личности также соответствует низкому уровню, за исключением более высоких показателей по шкалам познавательных способностей ($45,0 \pm 3,6$ и $33,0 \pm 4,0$; $p < 0,05$) и принятия агрессии ($44,0 \pm 2,7$ и $33,0 \pm 2,4$; $p < 0,05$), что свидетельствует о более высоком уровне самоактуализационного и личностного потенциала больных в целом, однако не позволяет считать его достаточным для их полноценного экзистенциально-личностного восстановления.

4. Ценностно-смысловая сфера больных с различными формами дезинтеграции личности характеризуется общетипическими и специфическими особенностями. Для всех групп обследованных больных доминирующим и действительно значимым является содержательный блок «ценности благополучия» (ранг 6,9; ценности: здоровье, материально обеспеченная жизнь, продуктивная жизнь, уверенность в себе). Остальные ценностные блоки по своему ранговому значению («личная жизнь» – 10,03; «профессиональная самореализация» – 11,0; «абстрактные ценности» – 12,4) соответствуют уровню индифферентных, безразличных ценностей. Деформация ценностей нарастает от минимальных проявлений с ограничением жизненных интересов и смысловой сферы жизни, но без грубых качественных нарушений конкретных терминальных ценностей при невротической дезорганизации личности, до максимальных со значительной их трансформацией, охватывающей весь спектр терминальных ценностей при психотической дезорганизации личности.

Выявленная дефицитарность смысловых ориентаций, глобального показателя осмысленности жизни и процесса синхронизации смысловых локусов у больных с различными типами дезорганизации личности вне зависимости от клинических проявлений психических расстройств непосредственно связана с реальными переживаниями ситуации болезни и её негативных для больного последствий.

5. Тенденция к значительному снижению показателей психологического благополучия, как интегрального, системного состояния человека, наименьшую выраженность имеет у больных с невротической дезорганизацией личности. И по среднему баллу показателей всех субтестов ($67 \pm 4,7$), и по общему показателю психологического благополучия ($405,5 \pm 29,7$) выявлены более высокие баллы (хотя и не достигающие нормативных), чем в других сравниваемых группах больных. Наиболее низкие показатели психологического благополучия ($50,1 \pm 6,2$ и $300 \pm 24,3$) зарегистрированы у больных с психотическим уровнем дезорганизации личности. Промежуточное положение занимают пациенты с пограничным уровнем личностной дезорганизации ($58,15 \pm 5,8$ и $348 \pm 21,4$). Показатели всех изучавшихся факторов, способствующих формированию и поддержанию психологического благополучия пациентов, отражают низкий уровень самореализации своей субъектности, целеустремленности к управлению жизнью, утрату стремления к саморазвитию.

6. Соотношение и диапазон стратегий совладания, являющихся ядром функционального состояния и побудительной силой мотивационного статуса, характеризуются достоверным ($p < 0,05$) снижением активности (интенсивности использования) конструктивных и условно-конструктивных копинг-стратегий, низким уровнем их ресурсной значимости при всех уровнях дезорганизации личности. У больных с невротической дезорганизацией личности к базовым копинговым стратегиям с умеренной степенью их выраженности относятся неконструктивные стратегии дистанцирования ($54,9 \pm 1,7$ Т баллов) и бегства-избегания ($54,25 \pm 1,14$ Т баллов), которые не содержат внутренних условий для сохранения индивидуальной устойчивости личностной структуры. У больных с пограничной и психотической дезорганизацией личности на фоне общего снижения копинговой активности предпочтительными способами совладания являются неконструктивные копинги конфронтации ($58,7 \pm 1,2$ и $69,05 \pm 1,9$) и бегство-избегание ($54,6 \pm 1,24$ и $55,2 \pm 0,86$), а также условно-продуктивный копинг поиска социальной поддержки ($54,5 \pm 1,26$ и $49,5 \pm 0,24$).

7. Использование предложенной программы экзистенциально – личностной реабилитации, включающей комплекс тренинговых процедур (тренинг совладающего поведения, аутотренинг и тренинг жизнестойкости) и элементы герменевтического диалога как способа психотерапевтической коммуникации, основанного на понимании психопатологических переживаний пациентов, независимо от уровня их личностной дезорганизации, привело к значительному статистически достоверному ($p < 0,05$) улучшению всех показателей жизнестойкости, снижению диапазона и ресурсной значимости

непродуктивных копинг-стратегий и предпочтительное использование продуктивных способов совладания, снижение уровня социальной фрустрированности, что свидетельствует об активации процессов самоактуализации и психологической устойчивости больных как необходимых предпосылок их клинического восстановления.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в рецензируемых изданиях ВАК ДНР (статьи)

1. Бабура, Е. В., Расторгуева, И.С. Модель комплексной реабилитации и психосоциального сопровождения пациентов с психическими расстройствами в Психиатрической больнице №1 г. Макеевки [Текст] / Е. В. Бабура, И.С. Расторгуева // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. - № 1 (37). – С. 28 – 33. *(Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать).*

2. Абрамов, В.А., Бабура, Е. В., Расторгуева, И.С. Системный подход как теоретическое обоснование исследования субъективного жизненного пространства личности [Текст] / В.А. Абрамов, Е. В. Бабура, И.С. Расторгуева // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2018. - № 4 (44). – С. 5 – 14. *(Диссертантом сформулированы цели и задачи исследования, проведен анализ полученных результатов, подготовка статьи в печать).*

3. Бабура, Е. В. Путь экзистенциализма: от философии к психиатрии [Текст] / Е. В. Бабура // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. - № 4 (48). – С. 11 – 16. *(Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать).*

4. Бабура, Е. В. Психолого – психиатрическое значение феномена самоактуализации [Текст] / Е. В. Бабура // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. - № 3 (51). – С. 23 – 29. *(Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать).*

5. Бабура, Е. В. Структурные особенности личностной дезорганизации больных с различными регистрами психических расстройств [Текст] / Е. В. Бабура // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2021. - № 2 (54). – С. 6 – 18. *(Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать).*

6. Бабура, Е. В. Особенности ресурсов психологической устойчивости (субъективного благополучия) у больных с различными формами личностной

дезорганизации [Текст] / Е. В. Бабура // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2021. - № 3 (55). – С. 58-66. *(Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать).*

АННОТАЦИЯ

Бабура Е.В. Особенности ресурсов психологической устойчивости и самоактуализации при различных уровнях дезорганизации личности— на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.06 — психиатрия. - Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, 2021.

Диссертация посвящена особенностям личностного потенциала у больных с различным уровнем структурной дезорганизации личности.

Проанализирована взаимосвязь особенностей психотического и невротического уровней дезорганизации личности с ранними дезадаптивными когнитивными схемами и уровнем интегрированности личностной идентичности.

Разработана и оценена система субъективно-личностного восстановления больных и активации их личностного потенциала комплексно.

Достигнутые результаты в сфере субъективно-личностного восстановления больных являются альтернативой эффектов традиционных показателей позитивной клинической динамики психических расстройств, структурированных различными вариантами личностных дисфункций. Эти данные можно рассматривать в аспекте развития личностно-ориентированного подхода в психиатрии.

Ключевые слова: личность, дезорганизация, психические расстройства, самоактуализация, экзистенциально - личностный потенциал, личностно — ориентированный подход.

ANNOTATION

Babura E.V. Features of the resources of psychological stability and self-actualization at various levels of personality disorganization - on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.06 - psychiatry. - Donetsk National Medical University named after M.Gorky, Donetsk, 2021.

The dissertation is devoted to the peculiarities of personal potential in patients with different levels of structural disorganization of personality.

The interrelation of the features of psychotic and neurotic levels of personality disorganization with early maladaptive cognitive schemes and the level of integration of personal identity is analyzed.

A system of subjective and personal recovery of patients and activation of their personal potential in a complex manner has been developed and evaluated.

The results achieved in the field of subjective and personal recovery of patients are an alternative to the effects of traditional indicators of positive clinical dynamics of mental disorders, structured by various variants of personal dysfunctions. These data can be considered in the aspect of the development of a personality-oriented approach in psychiatry.

Keywords: personality, disorganization, mental disorders, self-actualization, existential-personal potential, personality-oriented approach.