

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

На правах рукописи

МЕЛЬНИЧЕНКО ВЛАДИСЛАВА ВЛАДИМИРОВНА

УДК 616.89.844:159.923.3+159.95

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И
ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ
С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ**

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 диссертации идентичен всем,
находящимся у ученого секретаря
Диссовета Д 01.026.06
Коценко Ю. И.*

Донецк – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
РАЗДЕЛ 1. ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ САМОРЕГУЛЯЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ПРЕДМЕТ НАУЧНОГО АНАЛИЗА В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ	13
1.1. Содержание понятий «дезорганизация» личности и «саморегуляционный потенциал»	13
1.2. Теоретический анализ базовых категорий дезорганизованной личности: идентичность, интеграция, целостность	31
1.3. Место потенциала саморегуляции в структуре личностной дезорганизации	41
1.4. Дифференциальный поиск: дезорганизация личности, расстройство личности и внутренняя картина болезни	53
1.5. Основные технологии и методы активации саморегуляционного потенциала у дезорганизованной личности	64
РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	69
2.1. Материал исследования	69
2.2. Методы исследования	72
РАЗДЕЛ 3. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ	83
3.1. Клинико-социальная характеристика больных с различным уровнем дезорганизации личности	83
3.2. Особенности клинической симптоматики психических расстройств у дезорганизованной личности с нарушением системы саморегуляции	93
3.3. Феноменологическая взаимосвязь личностных структур дезорганизованной личности и клинических проявлений психических расстройств	103
РАЗДЕЛ 4. ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ	113

САМОРЕГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И СТРУКТУРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

4.1. Разрушение целостности («деиндивидуализация») личности как высшее проявление саморегуляционной дезорганизации **113**

4.2. Дисфункциональное мышление (иррациональные установки) в сочетании с комплексными нарушениями саморегуляции в системе личностной дезорганизации **124**

4.3. Механизмы психологической защиты и их взаимосвязь с личностными качествами у больных с различным уровнем дезорганизации личности **134**

РАЗДЕЛ 5. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТОВ САМОРЕГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

5.1. Оценка параметров общей саморегуляции в зависимости от уровня личностной дезорганизации **148**

5.2. Особенности личностной адаптации и толерантности к неопределенности на разных уровнях дезорганизованной личности **152**

5.3 Характеристика субъективного контроля с учетом социально-психологической адаптации к среде больных с различным уровнем дезорганизации личности **159**

РАЗДЕЛ 6. СИСТЕМА СУБЪЕКТИВНО-ЛИЧНОСТНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

6.1. Клинико-психологическое обоснование и содержание программы субъективно-личностной восстановления больных с личностной дезорганизацией **166**

6.2. Общая характеристика психотерапевтических подходов **176**

6.3. Комплексная оценка эффективности программы субъективно-личностной восстановления больных с психотической личностной дезорганизацией	180
АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	192
ВЫВОДЫ	203
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	208
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	209

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Личностно-ориентированная психиатрия основной мишенью при оказании психиатрической помощи делает целостную личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях [1]. С 2005 года Всемирная психиатрическая ассоциация официально взяла курс на практическое внедрение принципов личностно-ориентированного подхода в психиатрии, подчеркивая необходимость интегративного понимания болезненных (патологических) проявлений и ресурсных аспектов личности в виде адаптивного функционирования, защитных и компенсаторных механизмов, а также субъективного душевного благополучия с самоощущением своей целостности, единства и потенциала [2].

В свою очередь, интегративная совокупность вариативных нарушений смысловой целостности личности, способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности - дисфункциональная личность - обусловлена или непосредственным расстройством психической регуляции (в рамках того или иного расстройства), или вторичной десоциализацией [3-6]. Структурные изменения личности - дезорганизация лежит в основе процессов, способствующих дисфункциональности. Таким образом, дезорганизация личности – это феномен дисфункции личности, который заключается в реструктуризации ее свойств, качеств и особенностей, а также ресурсных возможностей саморегуляционного потенциала личности в процессе существования субъекта в актуальной психопатологической реальности и затрагивает три базовых основания онтологического существования человека: целостность, интеграцию, идентичность.

Изучение саморегуляционного потенциала – системной характеристики, отображающей субъективную природу личности и ее способность к

устойчивому функционированию в условиях, деформирующих ее жизнедеятельность, является одной из приоритетных задач психиатрии и ее личностно-ориентированного направления [7-8].

Для совладания с трудной жизненной ситуацией, такой как существование человека в состоянии психической дисгармонии, ему необходимо задействовать весь свой потенциал. Ресурсы личности в значительной степени определяют способность к построению интегративного поведения [9-10], что позволяет даже в условиях фрустрации, психической напряженности сохранить устойчивость избранной линии поведения, соразмерно учитывать собственные потребности и требования окружения [11-14], соотносить немедленные результаты и отложенные последствия тех или иных поступков, другими словами, личность активизирует собственный саморегуляционный потенциал [15-21].

Саморегуляционный потенциал представляет собой не столько личностные черты и установки, сколько особенности сложной системной организации личности в целом. В свою очередь, дезорганизованная личность переживает состояния психического неблагополучия и саморегуляционного кризиса, которые отражаются на уровне личностной зрелости и способности человека преодолевать заданные обстоятельства, прилагать усилия по работе над собой [22-24].

Таким образом, актуальность изучения в рамках личностно-ориентированного подхода саморегуляционной дезадаптации больных, переживающих структурные и ценностно-смысловые трансформации, расширяет представления о ресурсных возможностях дезорганизованной личности и их участие в процессе субъективного выздоровления.

Связь работы с научными программами, планами, темами.

Работа выполнена в рамках НИР кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. Горького «Особенности личностного потенциала и его активации 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 интервьюирования, клинико-психопатологического, психодиагностического, социально-психологического исследования.

Цель исследования. На основании комплексного изучения клинико-психопатологических характеристик больных с дезорганизацией личности (невротического, пограничного, психотического уровня) и особенностей их саморегуляционного потенциала разработать систему субъективно-личностного восстановления у данного контингента пациентов.

Задачи исследования:

1. Изучить структурно-феноменологические особенности дезорганизации личности у больных с расстройствами невротического и психотического регистра.

2. Оценить взаимосвязь клинических проявлений психических расстройств с иерархически организованными чертами дезорганизованной личности.

3. Выявить и проанализировать социально-психологические особенности саморегуляционного потенциала у больных с различным уровнем дезорганизации личности.

4. Оценить зависимость между индивидуально-психологическими компонентами саморегуляционного потенциала (самоэффективность, субъективный контроль, психологическое благополучие) и структурными элементами дезорганизации личности.

5. Разработать и внедрить систему субъективно-личностного восстановления больных с психотическим уровнем дезорганизации личности.

6. Оценить эффективность предложенной системы психокоррекции на основе динамики различных компонентов саморегуляционного потенциала.

Объект исследования: дезорганизация личности у больных с расстройствами невротического и психотического регистра.

Предмет исследования: особенности саморегуляционного потенциала; психопатологическая характеристика; система психокоррекции; комплексная оценка ее эффективности.

Методы исследования: клиническо-анамнестический, структурно-диагностическое интервью, клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический и метод статистического анализа.

Научная новизна полученных результатов. На основании комплексного исследования получены новые данные о структурно-феноменологических особенностях невротической, пограничной и психотической дезорганизации личности больных.

Изучено влияние клинических проявлений психических расстройств невротического и психотического регистра на уровни дезорганизации личности. Впервые выделены и проанализированы индивидуально-психологические, социально-психологические особенности саморегуляционного потенциала (самоэффективность, субъективный контроль, психологическое благополучие) как интегративного комплекса, их влияние на структурные элементы дезорганизации личности: иррациональные когнитивные установки, статус эго-идентичности и механизмы психологической защиты.

Впервые разработан комплекс мер, направленный на субъективно-личностное восстановление больных с психотическим уровнем дезорганизации личности и доказана его эффективность.

Теоретическая и практическая значимость работы. Представлено теоретико-аналитическое обоснование системного подхода к эмпирической оценке особенностей саморегуляционного потенциала больных с различным уровнем дезорганизации личности. Дана психопатологическая характеристика больных с дезорганизацией личности в рамках психотического и невротического регистра психических расстройств; стандартизованная оценка компонентов саморегуляционного потенциала и структурных элементов дезорганизации личности. Разработан психотерапевтический комплекс, направленный на

активацию личностных ресурсов (самоэффективности, психологического благополучия, субъективного контроля) и толерантности к неопределенности больных с психотическим уровнем дезорганизации личности; уменьшение интенсивности клинических проявлений психических расстройств психотического регистра; повышение уровня социально-психологической адаптации больных с психотическим уровнем дезорганизации личности за счет снижения степени выраженности иррациональных когнитивных установок.

Результаты исследований внедрены в деятельность кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии 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.

Результаты диссертационного исследования внедрены в учебный процесс на профильных кафедрах ГОО ВПО «Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького».

Положения, выносимые на защиту:

1. Пациенты с дезорганизацией личности характеризуются изменениями в идентичности, механизмах психологической защиты, объектных отношениях, тестировании реальности, а также базовой надстроечной структуре личности – саморегуляционном потенциале.

2. Психотическая дезорганизация личности соотносится с психическими расстройствами психотического регистра, а невротическая дезорганизация – с расстройствами невротического спектра, что соответствует классическим представлениям о психопатологической дихотомии. Исключение составляет клинически гетерогенная группа пациентов с пограничной дезорганизацией личности. Ее изучение способствует уменьшению ошибок и трудностей, возникающих во время диагностики и лечения психических расстройств у данного контингента, а в дальнейшем содействует научно-исследовательской

реконструкции типичных представлений о полярности регистров психических нарушений.

3. Представления об интегрированности идентичности, механизмах психологической защиты, преобладающих дисфункциональных установках, компонентах саморегуляционного потенциала (самоэффективность, психологическое благополучие, субъективный контроль) способствуют глубокому и подробному изучению и клинико-психодиагностической оценке субъективного жизненного пространства пациентов, нетрадиционному пониманию клинических проявлений расстройств невротического и психотического регистра у дезорганизованной личности.

4. Компоненты саморегуляционного потенциала зависят от уровня дезорганизации личности и способствуют снижению индивидуального и социального функционирования, самоэффективности и психологического благополучия больных.

5. Использование интегративных программ субъективно-личностного восстановления больных с психотической дезорганизацией личности позволяет повысить общий уровень саморегуляции и субъективного контроля, самоэффективность, психологическое благополучие, устойчивость функциональных когнитивных установок.

Личный вклад соискателя. Диссертационная работа является завершенным научным исследованием автора. Научные положения, результаты, вынесенные на защиту, получены лично диссертантом. Автором при участии научного руководителя проведен глубокий информационный поиск и анализ научной литературы. Были определены адекватные современные методы исследований. Самостоятельно проведено клиническое, структурированное и психопатологическое обследование пациентов с различными уровнями дезорганизации личности. Осуществлена статистическая обработка полученных результатов, разработан и внедрен психотерапевтический комплекс субъективно-личностного восстановления дезорганизованной личности,

оценена его эффективность. Описаны результаты исследования, сформулированы частные и общие выводы исследований.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на следующих научных форумах: 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.), Международном молодежном научном форуме «Ломоносов -2020» (Москва, 2020г.), IV Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2020г.), XI Международной научно-практической интернет конференции «Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты» (Донецк, 2020г.), Республиканской научно-практической конференция с международным участием в on-line режиме «Инновационные подходы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний» (Донецк, 2021г.), Республиканской научно-практической конференции «Хронический стресс – вызов психическому здоровью человека» (Донецк, 2021г.), V Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2021г.).

Апробация работы состоялась 17.09.2021 на совместном заседании кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии и кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, протокол № 3 от 17.09.2021 г.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 19 (из них 9 под грифом ВАК) научных работ: 11 статей в журналах, 8 тезисов в сборниках материалов научно-практических конференций.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 230 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, пяти разделов собственных исследований, анализа и обобщения полученных результатов, выводов, списка использованной литературы. Список литературы содержит 240 литературных источников, из которых 130 написано кириллицей, 110 - латиницей. Диссертация иллюстрирована 7 рисунками, содержит 26 таблиц.

РАЗДЕЛ 1

ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ САМОРЕГУЛЯЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ПРЕДМЕТ НАУЧНОГО АНАЛИЗА В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

1.1. Содержание понятий «дезорганизация» личности и «саморегуляционный потенциал»

1.1.1. Историко-концептуальные представления о дезорганизации личности

XXI век стремительно продолжает укреплять позиции кризиса человеческой идентичности, который как болезнь поразил современную цивилизацию. Бездуховность, потеря ориентиров и границ существования, нежелание развиваться и самосовершенствоваться – характеристики новой технократической эпохи. Создавая опасные преграды на пути человечества к духовному росту, она утвердила непоколебимое первенство «искусственного» образца индивида, а вершиной процветания и благоденствия провозгласила: упоение животными инстинктами, воспевание глупости, поклонение разврату и идолопоклонничество. В таких условиях ценность человеческой жизни неминуемо возрастает, несмотря на попытки массового ее удешевления, и дисфункциональными оказываются все те силы, которые вызывают осознание опасности и крушения надежд, переживания своей конечность, непредсказуемости судьбы.

Проблема дезорганизации личности в научном дискурсе до сих пор не обрела строго обозначенных границ, не достигла естественнонаучного статуса. Чаще всего она преобразуется в проблему чисто гуманитарного свойства, которая заключается в осмыслении дезорганизации личности как новой формы существования современного человека в постиндустриальном обществе.

В научной литературе можно встретить различные термины-феномены, с которыми чаще всего отождествляется понятие «дезорганизация личности»: деструктивность, деформация, диссоциация, стагнация, психическое расстройство, личностно-социальная несостоятельность и т.д. В нашей работе мы считаем необходимым определить дезорганизацию личности как сформированную в постиндустриальном современном обществе индивидуальность:

- способную сохранять оптимальный уровень жизнедеятельности и психологического комфорта через искажение или фрагментацию индивидуального опыта;
- обладающую статичной Я-концепцией с разобщением когнитивного, эмоционально-оценочного, поведенческого компонентов структуры личности, когда акцент смещается с субъекта деятельности во внешнем мире на его внутреннее состояние;
- способную блокировать, формально обрабатывать и/или обезвреживать для благополучия психики информационный поток;
- ограниченную чередой однонаправленных пассивных приспособленческих реакций, при этом не прилагающая достаточных усилий изменить внешнюю реальность, что приводит личность к разбалансированности внутренних психологических образов.

Для более глубокого понимания содержания дезорганизации личности обратимся к исследованию ее природы в метафизическом контексте, к которому относится широкий спектр популярных концептуальных направлений – философская антропология, психоанализ, экзистенциализм, постструктурализм, отечественная философия, «футур-шок» с признаками стагнации реальности.

Философская антропология представляет дезорганизацию личности преимущественно через биологическую версию человеческой деструктивности, к которой относится понимание человека как «несовершенного изгоя» зависимого от природных явлений. Говоря о дезорганизации личности представители немецкой антропологической школы (М. Шелер, А. Гелен, Г.

Плесснер) подразумевали специфический аспект деструктивности человеческой природы, порождение «встречи» в человеке двух противоположных начал – витальности (биологии) и духа [25]. Такая позиция обозначала способность индивида «восторжествовать над своим бытием», культивировала его мирооткрытость – способность и готовность дистанцироваться от окружающей среды, часто посредством дисфункциональности, агрессии, насилия.

Другим важным источником понимания дезорганизации личности является психоаналитическое учение. З. Фрейд отразил свои представления о ней в трех теориях: об эроте и танатосе, о психосексуальных стадиях развития, о психологических защитах. Личностная дезорганизация у З. Фрейда стала составной частью личности (сущностный аспект); фактором, ограничивающим развитие личности (негативный аспект), и способом уравнивания и стабилизации отношений человека и мира (позитивный аспект) [26]. К. Юнг [27] источником дезорганизации называл негативно структурированную самость или «тень» - ядро личного бессознательного вокруг которого концентрируются вытесненные воспоминания и переживания, несочетаемые с персоной или противоречащие социальным правилам.

В работах А. Фрейд [28] препятствием нормального функционирования личности являются психологические защиты, искажающие реальность и изменяющие отношения с ней. Невротические защиты, особенностью которых является чрезмерность, подавляющая силу, гибкость и приспособляемость, отбирают психологическую энергию от продуктивной деятельности, препятствуют функциональной способности личности. Среди основных защитных механизмов, которые приводят к дезорганизации личности были выделены следующие: избегание реальности, ее исключение, переопределение, расщепление, уход от реальности, переориентация, придание ей противоположного знака, помещение внутренних чувств во внешний мир.

В отличие от классического психоанализа неофрейдизм исследовал дезорганизацию как социокультурное явление. Например, Э. Берн [29] говорил о деструктивном судьбическом сценарии и деструктивных психологических

играх, которые ведут люди в ситуациях, препятствующих подлинной близости, искренности и любви, а Э. Фромм - об анатомии человеческой деструктивности [30]. К. Хорни в своей книге «Невротическая личность нашего времени» [31] прямо указывала, что ранние детские переживания и нарушения в человеческих взаимоотношениях, которые вызываются условиями культуры, общепринятыми стандартами и нормами поведения способствуют формированию невротической дезорганизации личности. Отчуждение невротика от собственного реального - Я является симптомом дезорганизации и переживается клинически как оскудение личности или как чувства омертвелости, тщетности и пустоты. В результате внутренние психические процессы начинают переживаться дезорганизованной личностью как межличностные, она воспринимает себя через отношение к ней других людей. В. Лейбин [32] отмечал, что подлинные причины индивидуально-личностной дисгармонии стоит усматривать во внутреннем разладе индивида с самим собой, а не в условиях его существования. С точки зрения неопрейдистов дезорганизованной личностью становится человек, который пережил обусловленные культурой трудности человеческого проживания в обостренной форме, преломив их через сферу детских переживаний, вследствие чего оказался неспособных их разрешать или разрешил их ценой большого ущерба для своей личности.

Таким образом, психоанализ признает существование дезорганизации личности как деструктивной формы взаимоотношений человека с миром, основанной на биологическом и/или культурологическом конфликте. Следовательно, дезорганизация – амбивалентна: она воспринимается и как негативный аспект, свидетельствующий о разрушение личности, и как позитивный - поскольку помогает личности адаптироваться и заново ориентироваться в мире.

Зарубежные исследования придерживаются взгляда, что причины и механизмы, блокирующие возможности развития личности содержатся в темпоральной (временной) логике. А. Маслоу, Д. Винникот называли источником дезорганизации пережитые события прошлого, где прошлое

выступает основой невротозов, тревог, ощущения беспомощности, болезней вследствие негативного опыта, полученного в раннем онтогенезе (взаимоотношения с матерью, фрустрация потребностей в детстве, психическая депривация аффективной сферы, последствия изоляции и сепарации и т.д.) [33].

Р.Мэй [34] делал акцент на жизни в настоящем, основанной на здоровом прагматизме и рациональности, самопознании, способности постоянно переопределять себя через выбор в поисках экзистенциальных основ жизни. По его мнению, дисфункция, являясь онтологическим основанием дезорганизации личности, проявляет себя в симптомах-феноменах: чувстве апатии и пустоты, автоматизме и бесцельности существования, потере ориентации и направления в жизни. При этом подавленные возможности трансформируются в болезненность и отчаяние, далее формируются иррациональные действия, приводящие к самозащитному и саморазрушительному поведению, отчуждению от мира, других людей и подлинного Я (отделенность от природы, неспособность выстраивать межличностные отношения, невозможность использовать свой потенциал).

Е. Паппас и Дж. Паппас называли источником дезорганизации, условия, продуцируемые реальностью [35]. Например, синдром дефицита времени, неконструктивный тайм-менеджмент, необходимость решать многочисленные задачи за короткое время и др. приводят к снижению уровня концентрации внимания и памяти, трудностям управления своей жизнью и деятельностью. Установлено, что движущие силы личностного роста и психического здоровья (мотивация, целеполагание, планирование, реализация действий) связаны с независимостью, адекватной самооценкой, жизненной эффективностью. В свою очередь, выбор нереалистичных ориентиров саморазвития и стратегий регресса – причины дезорганизации личности, генераторы психических расстройств, виктимогенных реакций, сензитивности к стрессогенным факторам.

Таким образом, темпоральные основы затрагивают вопросы функционирования личности во времени, значимости событий: прошлого – пространства жизненных ресурсов или негативного опыта, настоящего –

отражения наполненности жизни или стагнации/регресса в развитии, будущего – пространства возможностей или неопределенности [36].

Марксистская концепция также подчеркивает амбивалентную природу дезорганизации в античеловеческой ситуации отчуждения с одной стороны, и ситуации самореализации человека активнодействующего – с другой. К. Маркс, переосмысливая основы человеческой субъектности, писал, что «человек - не пассивно-созерцательное, а активно-преобразующее существо, он живет до тех пор, пока одержим творчеством и собственными усилиями преобразует мир, он не только актер, но и автор своей исторической и мировой драмы, способный на взлеты и падения, соединяющий в себе благородство и ничтожество, милосердие и разрушительность» [37].

Постструктуралисты (М.Фуко, Ж.Делез, Ж.-Ф. Лиотар) считали, что человек только в своем безумии становится объектом, доступным для познания: психология личности отталкивается от шизофрении, психология памяти — от амнезии, психология языка — от умственной отсталости. Следовательно, дезорганизация отталкивается от изучения декомпенсированных расстройств личности, ее нельзя а priori определить, как совокупность отрицательных либо положительных характеристик – это неповторимое отношение человека в окружающем мире [38-39].

Остановим наше внимание на понятии «диссоциация личности», часто употребляющегося как синоним дезорганизации. В литературных источниках под диссоциацией следует понимать первичное нарушение предикторной структуры личности на уровне бессознательного, которое приводит к деформации межличностных и объектных отношений на самых ранних этапах психосексуального развития (до формирования мышления и речи) и вследствие этого, видоизменяет комплекс психологических защитных механизмов, обнаруживающих себя психопатическими проявлениями. М.Кляйн в работе «Заметки о некоторых шизоидных механизмах» выделяла три основных механизма формообразования личностной диссоциации: расщепление, проекция и интроекция объекта, за счёт торможения критической установки [40]. Д.В.

Винникот делал акцент в понимании диссоциации на том, что «импульсы Оно являются, на ранних этапах развития, травматичными, прецедентными и внешними, - как звук или удар грома; которые интернализуются в ранних бессознательных фантазиях» [41].

Диссоциация личности характеризуется тем, что субъект пребывает в режиме непрерывной дифракции психического пространства, опосредованно завися от внешних условий. Ей свойственны следующие черты: утрата чувства реальности, парадоксальность, мозаичность, преодоление идентичности (возникновение другого Я), экстравагантность действий, социальная «невписанность» и так далее. Выход в пограничную территорию между сознанием и бессознательным связан с первичной неинтегрированностью процессов, организующих внутреннюю реальность на ранних этапах развития и формирования объектных отношений. Ведь бессознательные импульсы в это время являются травматичными и внешними, как звук или удар грома, и интернализуются в виде метамоделей, в той мере, в какой они есть предпосылка самостоятельной реальности каждого конкретного Я. Аномальная (дезорганизованная) личность, пребывая в несогласованности или расщеплении интрапсихического опыта вследствие травмы, девальвирующей порядок когнитивных и поведенческих образований, вызывает по отношению к себе такую организацию социального поля, которая обеспечивает её становление и допускает интеграцию в пространство других людей [42]. Если можно рассматривать содержание сознания как текст с когнитивистских позиций, то диссоциация будет представлять собой разорванный лист с этим текстом, части которого сложены в другом порядке и приведены к смысловому соответствию. Данная операция деконтекстуализации личностной организации производится перманентно и, как в калейдоскопе, изменяет обратный, ассоциативный, аффективный и психодинамический порядок, а также порядок ценностных образований. «Вместе с тем, это приводит к образованию модели, в соответствии с которой придаётся форма любому новому опыту и, как поясняет Л.Бинсвангер,

к переживанию отчаяния и психического страдания (райоп), к тревоге и дезадаптации» [43].

Продолжающийся духовно-психический кризис вызывает всеобщую стагнацию, что выражается в неуверенности и размыванию у человека чувства меры и границ субъективного жизненного пространства, уходе человека в область иллюзорного сознания и в сферу физиологических удовольствий. Футуролог Э.Тоффлер говорил о психологическом онемении людей вследствие «футур-шока» [44] или шока от утраты чувства реальности. Психиатры единогласно твердят о растущей тенденции тотальной дезорганизации и беспомощности личности, деиндивидуализации человека, его растворение в «безликой массе». Как пишет И. Прогова «индивид сознает смысл своей жизни в терминах религиозных ортодоксий и привычного национального или племенного образа жизни» [45].

Проведенный анализ проблемы дезорганизации личности свидетельствует о ее многогранности и концептуальной несводимости в метафизическом контексте. Подводя итог, нами были выделены характеристики, позволяющие говорить о дезорганизации личности как о самостоятельном динамическом образовании: 1) дезорганизация определяется уровнем нарушений личностной идентичности; 2) дезорганизация отражает состоятельность или несостоятельность интрапсихических и межличностных отношений; 3) дезорганизация изменяет баланс и уровень раскрытия личностных ресурсов; 4) дезорганизация пребывает в обратной зависимости с осмыслением человеческого бытия; 5) дезорганизация свидетельствует о приобретении личностью специфического негативного или позитивного психического опыта в ответ на текущие требования эпохи.

1.1.2. Саморегуляционный потенциал личности как основа активной жизнедеятельности

Исследование саморегуляции и ее психологических возможностей является достаточно молодым направлением, интерес к проблемам которой непрерывно повышается за счет популяризации идеи о первостепенной роли человека в своем развитии и сохранении здоровья. В настоящее время явления саморегуляции исследуются на примере производственной, учебной, педагогической, спортивной и даже экстремальных видов деятельности. При этом проблематика процессов саморегуляции включает исследования механизмов и приемов различных видов регуляции (когнитивной, личностной, эмоционально-волевой) и преодоления стрессовых состояний, проблема сохранения жизненных ресурсов и анализ индивидуальных особенностей саморегуляции состояния и деятельности, а также исследование других факторов, влияющих на формирование и протекание механизмов регуляции [46].

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе понятие саморегуляция встречается часто и изобилует многозначностью и большим количеством трактовок. Обычно под саморегуляцией понимается процесс, обеспечивающий стабильность системы, ее относительную устойчивость и равновесие, а также целенаправленное изменение индивидом механизмов различных психофизиологических функций, касающихся формирования особых средств контроля за деятельностью. Еще саморегуляция – это поддержание устойчивости психики, как целостной системы по отношению к деструктивным внешним воздействиям и подчинение содержания и структуры деятельности принятым личностью целям. Саморегуляцию трактуют и как произвольный и непроизвольный психический и личностный механизм самоорганизации, согласующий темпы, ритмы и направленность деятельности с определенными условиями и событиями во времени и пространстве. Существует определение саморегуляции, как процесса понижения многообразной исходной информационной неопределенности до уровня, позволяющего эффективно осуществлять целенаправленную деятельность и обобщать способы собственного личностного развития и движения вперед по пути согласования индивидуальных возможностей с внутренними потребностями и

возможностями. Под саморегуляцией понимаются и интегративные психические явления, процессы и состояния, обеспечивающие самоорганизацию различных видов психической активности человека, его целостность индивидуальности и становление бытия. Большая Советская Энциклопедия [47] объясняет саморегуляцию как свойство биологических систем автоматически устанавливать и поддерживать на определённом, относительно постоянном уровне те или иные физиологические или другие биологические показатели. Краткий психологический словарь обозначает ее, как целесообразное функционирование живых систем разных уровней организации и сложности. То есть, единой трактовки этого понятия не существует, но очень точно психологическую сущность явления обозначил А.Г. Асмолов, подчеркнув, что саморегуляция отображает проблему «изменяющейся личности в изменяющемся мире» [48].

Термином «саморегуляция» могут обозначаться разные уровни регулирования и наоборот – одно и то же явление может называться по-разному. Между тем, разграничение понятий «психический» и «психологический», «регуляция» и «саморегуляция» является важным в построении теоретических основ функционирования регуляции человека.

Психика — это форма активного отображения субъектом объективной реальности, возникающая в процессе взаимодействия высокоорганизованных живых существ с внешним миром и осуществляющая в их поведении (деятельности) регулятивную функцию [49]. Психика отвечает за целесообразность и адекватность поведения человека и его деятельности. Объектами психической регуляции могут выступать различные психические явления – процессы, свойства, состояния, и активность человека [50]. Говоря о психической регуляции, следует иметь в виду ее природность, врожденность, другими словами встроенность в организм человека такого типа регуляции.

Таким образом, процессы психического регулирования можно считать в некотором смысле автоматическими, бессознательными, тогда как психологическое регулирование всегда будет сознательным «применением»

психологических знаний (переплетающихся с так называемыми «обыденными», впрочем, как и во всей науке психологии).

«Регулировать» значит упорядочивать, налаживать, направлять развитие, движение чего-нибудь с целью привести в порядок, систему, а также приводить (механизмы и их части) в такое состояние, которое обеспечивает нормальную и правильную работу. Отсюда «регуляция» - это стремление организма к восстановлению повреждений или к восстановлению утерянной части. Приставка «само-» говорит о способности субъекта: осознавать осуществляемые им акты своей произвольной активности и целенаправленно управлять ими; определять как объективные предметные, рационально-логические; так и личностно-ценностные основания отдельных актов деятельности; соотносить и согласовывать их с контекстом целостной системы своих стержневых личностных потребностей и ценностей, смысловых установок и убеждений, с содержанием самосознания.

Термин «регуляция» следует употреблять в плане направленности действий на внешний (по отношению к регулируемому) объект, а «саморегуляция» - в плане направленности на самого себя. Психика всегда регулирует тот организм, которому принадлежит, поэтому, возможно, имеет смысл использовать словосочетание «психическая саморегуляция» или иметь в виду, что оно синонимично словосочетанию «психическая регуляция».

Наиболее важным из сказанного является то, что употребление термина «психологическая саморегуляция» указывает на целенаправленное использование психологических знаний в целях регуляции самого себя. Психологическая саморегуляция в широком смысле – «один из уровней регуляции активности живых существ, для которых характерно использование психических средств отражения и моделирования реальности». Такое определение психологической саморегуляции характеризует любые аспекты жизнедеятельности, включая целенаправленную деятельность и поведение человека. В узком же смысле психологическая саморегуляция определяется как

«произвольное и целенаправленное изменение отдельных психофизиологических функций и психического состояния в целом» [51].

В подобном контексте воздействие на собственные психические процессы, свойства и состояния можно ставить в подчиненное положение по отношению к саморегуляции произвольной активности человека: оптимизация функционального состояния может протекать как этап саморегуляции поведения. В тоже время, человек может организовывать специальную деятельность с целью воздействия на какой-либо психический процесс. Таким образом, объекты психологической саморегуляции следует воспринимать как равнозначные, взаимодополняющие друг друга.

Содержание психической саморегуляции, по мнению многих ученых [52], отличается системным характером ее организации. Ежедневно взаимодействуя с объективным миром, человек принимает решение о выборе способов реализации своей активности. На принятие решений влияют цели деятельности, индивидуальные особенности человека, принимающего решение, а также разнообразные условия окружающей среды. В этом индивидуальном процессе принятия решений человек сам исследует, программирует свою активность, контролирует и корректирует результаты. Именно эти регуляторные процессы, наряду с регуляторно-личностными свойствами, составляют содержание психической саморегуляции [53].

Другой особенностью психической саморегуляции является иерархичность ее структуры, связанная с различными уровнями психического отражения. По мнению К. А. Абульхановой-Славской [54] может быть выделена следующая ступенчатость психической регуляции: регуляция психических процессов; регуляция действий с помощью этих психических процессов; регуляция обстоятельств жизни с помощью этих действий; регуляция себя в процессе изменения этих обстоятельств.

Саморегуляция имеет две формы – произвольную и непроизвольную. Произвольная саморегуляция (осознанная) связана с целевой деятельностью,

тогда как произвольная (неосознанная) связана с жизнеобеспечением, осуществляется в организме на основе эволюционно сложившихся норм.

Саморегуляция является внутренней психической активностью, которая связана не только с непосредственным исполнением деятельности, но и сопровождает процесс ее осуществления. Так наиболее полно произвольную саморегуляцию развивали в научной школе О.А. Конопкина в рамках структурно-функциональной и на ее основе была разработана концепция осознанного саморегулирования произвольной активности человека при достижении поставленных целей в различных видах деятельности. Фундаментальным достижением в ней явилась система реализации субъектной целостности личности, в которой акцент выставлялся на целенаправленной активности, имеющей определенный смысл, относительно которого человек выступал «как инициатор и даже творец» [55; 56].

В рамках структурно-функционального подхода В.И. Моросанова одна из первых четко сформировала гипотезу о том, что личностные особенности влияют на деятельность посредством сложившихся индивидуальных способов саморегуляции активности [57; 59]. В этом ключе ею были изучены типичные для человека индивидуальные способы регуляции, устойчиво проявляющиеся в различных ситуациях деятельности и иных видах психической активности, целено характеризующие стиль саморегуляции. По ее мнению, только в индивидуальных особенностях саморегулирования отражается то, как человек планирует и программирует достижение цели, учитывает значимые условия окружающей действительности, оценивает и корректирует собственную активность, стремясь получить субъективно приемлемые результаты.

Интересную модель регуляторного опыта человека предложил А.К. Осницкий отталкиваясь от важности осмысления знаний о возможностях саморегуляции, как самоуправления собственными стратегиями жизнедеятельности и решения поставленных задач [60; 61]. Она представляет собой структурированную систему знаний, умений и переживаний, влияющих на успешность регуляции деятельности и поведения. Основными компонентами его

модели явились опыт рефлексии, ценностно-мотивационный опыт, опыт привычной активизации, операциональный опыт и опыт сотрудничества. Составляющие части саморегуляции представлялись им в виде целей, освоенных умений, образов управляющих воздействий, привычных оценок переживания успеха и ошибочности действий. В качестве механизма, способствующего синтезу непосредственно-чувствительных оценок и логических интерпретаций, выступала рефлексия, а сам процесс рассматривался в контексте проживания, чувствования, преодоления и пересмотра ситуации.

Таким образом, в рамках структурно-функционального подхода современные исследователи сумели обозначить абстрактно-логическую модель саморегуляции, позволившую универсализировать функциональные блоки и информационные звенья, задействованные в регулятивных процессах. Выражаясь словами О.А. Конопкина, они предприняли попытки описания информационных аспектов саморегулятивных личностных компонентов, абстрагируясь от специфики конкретных психических процессов и явлений, отражающих и фиксирующих информацию, презентованную сознанием с ее спецификой общих закономерностей индивидуального регулирования действительности.

Исследования саморегуляции личности в рамках деятельностного подхода проводились М.И. Бобневой, Г.В. Суходольским, Е.В. Шороховой, В.А. Ядовым и другими по мнению которых она, в первую очередь - системно-организованный процесс внутренней психической активности человека по инициации, построению, поддержанию и управлению разными видами деятельности индивида, касающейся достижения принимаемых им целей [62].

Опираясь на теорию деятельности Г.Ш. Габдреева предложила многоуровневую систему регуляции жизнедеятельности, где под жизнедеятельностью ею подразумевались все возможные проявления человеческой активности. В ее системе выделяются два блока: внешний блок регуляции, обеспечивающий выбор оптимального личностного функционирования и психического состояния и внутренний блок,

определяющий процессы сохранения гомеостаза в относительно закрытой части системы, отвечающей за приспособительную деятельность организма.

Таким образом, в контексте деятельностного подхода саморегуляция личности - это индивидуальный контроль субъекта за собственными действиями, объединяющий в определенном направлении поиски конкретных регулирующих личностных факторов [63].

Субъектно-деятельностный подход к исследованию личностной саморегуляции выдвинул на первый план проблему ее психологического механизма, как важнейшего системного субъектного качества. В связи с этим был поставлен вопрос обозначения личностных детерминант, выступающих своеобразными модуляторами индивидуальной активности субъекта в процессе выдвижения, организации и достижения целевых ориентиров. Активность субъекта с таких позиций опосредовалась целостной системой индивидуальной регуляции - проводником динамических и содержательных аспектов личности с ее осознаваемыми и бессознательными стереотипами. Кроме того, психические средства регуляции целедостижения изучались с точки зрения не только их взаимодействия, но и функциональной роли в осуществлении целостной регуляции. При этом исследователями учитывался тот факт, что индивидуально-типические способы саморегуляции наряду со специальными и общими способностями являются предпосылками формирования множества индивидуальных стилей в конкретных видах деятельности. В этой связи, именно возможность изменения степени субъектной активности и преодоления на ее основе негативных для достижения цели особенностей саморегуляции, выступали в качестве сущностной характеристики человека как субъекта достижения цели. Ее детерминантами тогда становились не столько динамические, сколько содержательные аспекты личности, структура которой формируется в процессе жизнедеятельности, актуализируется при решении конкретной задачи и может модулироваться как степень индивидуальной саморегуляции и регуляторный профиль.

Значительный вклад в разработку проблемы личностной саморегуляции в рамках субъектно-деятельностного подхода внес Н.Н. Ярушкин [64], подробно описавший ее психологические закономерности и механизмы. Согласно его концепции, социальное поведение личности регулируется взаимодействующими между собой процессами саморегуляции и самоорганизации, отражающими объектно-субъектные отношения личности со своей микро и макросредой и выполняющими различные функции: саморегуляция обеспечивает социально-психологическую адаптацию личности, а самоорганизация ее относительную автономность, независимость и самореализацию. Системообразующим психологическим механизмом регуляции социального поведения личности, по мнению автора, является ее направленность на саморегуляцию и самоорганизацию, детерминированные особенностями взаимодействия разноуровневых личностных структур. При этом процесс регулирования раскрывается, как сравнение регулируемой величины с заданным значением, но при условии, что в случае отклонения ее от заданного значения в объект регулирования должен поступить сигнал, восстанавливающий регулируемую величину. Это означает, что процесс регулирования предполагает наличие минимум двух компонентов: регулируемого объекта и регулирующей системы или просто регулятора, который может быть либо органически встроенным в сам процесс, либо относительно самостоятельным. В первом случае упорядоченность достигается самопроизвольно посредством взаимодействия между его элементами или посредством саморегулирования. Во втором случае упорядоченность является результатом внешних воздействий или регулирования, порождающего третий неотъемлемый компонент процесса саморегуляции, а именно способ и средство ее осуществления.

Обобщая суть изложенного необходимо отметить, что субъектно-деятельностный подход позволил подойти к изучению саморегуляции личности целостно, производя качественный и количественный анализ деятельности человека, как субъекта целесообразной активности [65].

В рамках системного подхода саморегуляция личности выступила системообразующим признаком целостной структуры единения организма с личностными проявлениями. М.К. Акимова, Д.Н. Меницкий, В.М. Русалов, О.Ю. Осадько рассматривали личностную саморегуляцию как динамическую систему, объединяя в ней психофизиологические и психологические механизмы самоорганизации [66]

Л.В. Сафонова [67] исследовала личностное саморегулирование в системном единстве устремлений, рефлексии и самооценки, то есть в системе когнитивной и аффективной составляющей. То есть, саморегуляция личности в своем системном проявлении охватывает все системные качества человека наравне с направленностью и активностью как таковыми.

Принципом системности руководствовался и Б.В. Зейгарник [68; 69]. Наряду с психическим уровнем саморегуляции она выделяет операционально-технический уровень, обеспечивающий сознательную организацию и коррекцию действий субъекта, и личностно-мотивационный уровень, на котором осознаются мотив собственной деятельности, появляется возможность управления мотивационной сферой и создается ситуация в которой возможно быть хозяином своей жизни.

Личностная саморегуляция как самостоятельная единица психической активности человека в рамках реципрокного детерминизма социально-когнитивной теории изучалась А. Бандурой [70]. По его мнению, выделяются две группы взаимовлияющих факторов саморегуляции - внешние и внутренние и человек имеет возможностью некоторым образом влиять на внешние факторы, чтобы отслеживать собственное поведение и оценивать его в свете близких и отдаленных целей. В качестве внешних факторов саморегуляции он выделил некие стандарты, по которым индивид оценивает свое поведение. Эти стандарты формируются не только внешними силами, но и явлениями окружающей среды, серьезно детерминирующими определенные личностные свойства. Кроме того, внешними факторами саморегуляции являются подкрепления (reinforcement) человеческой деятельности, так называемые внутренние вознаграждения,

которые не всегда являются достаточными, так как почти каждый из нас нуждается в стимулах, происходящих из внешней среды, более сильных, чем самоудовлетворение. Их А. Бандура рассматривал как подкрепления со стороны общества (материальная поддержка или одобрения и поощрения окружающих). Еще человеку необходимы маленькие вознаграждения, которые он делает себе сам в процессе достижения промежуточных целей. Однако, по мнению Бандуры, если человек вознаграждает себя за неадекватные действия, то обратной стороной медали становятся штрафные санкции непосредственно от окружающей среды. Поэтому, когда то, что мы делаем не соответствует нашим собственным внутренним стандартам, мы стараемся воздерживаться от самовознаграждений и в этом случае внутренние или личностные факторы связываются с тремя необходимыми условиями: самонаблюдением, процессом вынесения суждений и активной реакцией на себя. Именно эти факторы являются важнейшей характеристикой человеческой личности – личностной саморегуляцией, активно формирующей индивидуальное поведение и развитие определенных качеств, ориентированных на достижение поставленной цели [71].

Проведя подробный теоретико-аналитический поиск, мы присоединились к позициям системного подхода в изучении психической саморегуляции, так как принципы данной концепции дают представление о целостных взаимоотношениях личности, ее потенциала и внутренними детерминантами (задатками, способностями, темпераментом и т.д.). Итак, изучение саморегуляции и ее компонентов в нормальном и декомпенсированном виде открывает широкие возможности для глубинного исследования познавательных психических процессов, индивидуального стиля произвольной активности, что реализуется в рамках данной научной работы.

1.2. Теоретический анализ базовых категорий дезорганизованной личности: идентичность, интеграция, целостность

Актуальность проблематики базовых сущностей дезорганизованной личности обусловлена как эпистемологическими, онтологическими, так и социальными процессами. По причине несостоятельности и концептуальной несводимости физической и психической реальности субъекта в рамки естественнонаучного подхода представители научной среды разрабатывают и внедряют альтернативные представления о психике человека, его жизни с переживанием изменчивости своего бытия. Объектом познания в психиатрии выступает человек, а предметом – психика как изменение целостности психофизического единства. Следовательно, для психиатрии становится важным сформировать не только объективную (биологическую) картину мира пациента, но и установить значимость психолого-психиатрических феноменов для культуры и социальной среды. Решением этой сложной задачи представляется возможным при сочетании философских и клинических взглядов в пределах антропологической психиатрии.

Изучив массу литературных источников по проблеме дезорганизации личности, мы пришли к заключению, что данный феномен представляет собой реструктуризацию свойств, особенностей и ресурсных возможностей личности в процессе существования субъекта в актуальной психопатологической реальности [72] и затрагивает три базовых основания онтологического существования человека: целостность (антипод – фрагментированность); интеграцию (антипод – дезинтегрированность); идентичность (антипод – нетождественность).

Личность является многомерной, самоорганизующейся системой, которая обладает способностью отражать по принципу обратной связи, прежде всего в сознании самого человека, различные измерения личности, их свойства, иерархические и временные соотношения. Самосознание включает в себя

упорядоченные по разным основаниям (значение, время, модальность) Я-концепции, Я-образы, самооценку и идентичность личности. В ряде исследований идентичность рассматривают как отражение представлений человека о себе или своем месте в определённой реальности (физической, духовной, социальной, профессиональной и т. д.). В совокупности отдельные виды идентичности образуют систему (Я-концепцию), компоненты которой соподчинены и взаимосвязаны. Такая система может быть охарактеризована с точки зрения структуры (какие именно виды идентичности представлены, как они организованы), содержания (когнитивная характеристика, отражающая, как человек представляет себе соответствие той или иной категории, в совокупности содержательная характеристика всех идентичностей составляет Я-образ), самооценки и свойств (общее состояние системы) [73]. Таким образом, идентичность - единство объективных и субъективных критериев, обеспечивающих психофизическое благополучие, самореализацию личности, ее аутентичность.

По сравнению с огромным количеством статей, посвященных развитию идентичности, проблемы ее формирования у дезорганизованной личности освещены в малом количестве публикаций, а вопросы трансформации и деструктивности идентичности рассматриваются в единичных работах. Отметим, что деструктивность идентичности мы трактуем не столько как психодинамический процесс приобретения индивидом нетождественного существования, деформирующего структуры личности, а с позиции онтологического знания – идентичность деструктивного человека представляет собой оригинальное, присущее только ему (индивидуальное) бытие в результате субъект-объектных и ценностных взаимодействий.

В рамках психоаналитической парадигмы (З. Фрейд, Дж. Лёвинджер, В. Шутс, А. В. Петровский, Э. Эриксон и др.) подчеркивается ключевая роль ранних этапов развития в формировании специфики взаимодействия с внешней реальностью, что обусловлено последовательным решением проблем присоединения, сепарации, обретения автономии и преодоления зависимости

[74]. По мнению З.Фрейда, идентичность представляет собой частный, внутренний мир человека, когда в нем неосознанно происходит отождествление себя с другими объектами. Идентичность является необходимым условием сохранения биолого-психического равновесия «Я», что составляет главную цель человеческого бытия, ее поддержание осуществляется с помощью защитных механизмов: вытеснения (подавления импульса), проекции (бессознательного переноса собственного чувства). А вот деструктивность у З.Фрейда получила негативное воплощение в идентичности и выразилась во внутреннем стремлении индивида к уничтожению и разрушению. Незавершенность одной из фаз индивидуального развития или фиксация на ней могут определять инфантильную психологическую организацию и примитивные отношения индивида и его окружения [75].

Иное содержание идентичности предполагал К.Г. Юнг, вводя это понятие для описания меры устойчивости личности. Идентичность в процессе жизненного пути человека непрерывно реорганизуется, прежде непринятое и неприемлемое становится элементом структуры постоянно преобразуемого «Я». Данная закономерность лежит в основе механизмов изменчивости субъекта: уменьшение и расширение личности; перемены во внутренней структуре обусловленные инфляцией специфических убеждений, идеосинক্রазией и застреванием; идентификация с группой, идентификация с культовым героем, магическое действие, техническая и естественная трансформация (индивидуация) [76] для обретения «самости», как центра человеческой психики. По характеру преобразований эти механизмы и предполагают деструкцию - изменение внутренней структуры путем разрушения (уничтожения) прежнего, актуализации нового содержания, противоположного имеющемуся ранее.

Понятие «идентичность» в качестве важнейшего элемента структуры личности человека, целостной системы, поддерживающей устойчивость «ядра» личности - «Эго», в междисциплинарный научный оборот ввел Э. Эриксон во второй половине XX века. Смысловой контекст данного понятия связан с категориями «тождество» и «различие», с развитием дискурсов «инаковости»,

«аутентичности», «Другого». В концепции Э. Эриксона идентичность - это результат индивидуального поступательного движения, совершенствования в социокультурной среде, проходящей в непрерывной динамике идентичности на всем промежутке жизненного пути человека. Формирование идентичности - онтологическая задача субъекта, также результат взаимоотношения с социальным миром и его ритуалами, знаками и символами, а ее содержание позволяет судить о степени зрелости взрослого, целостности и осмысленности его жизненного пути. Незрелость же, наоборот - следствие несформированной, негативной идентичности, сопровождающееся жизненными проблемами, неудачами развития в профессиональной, семейной сферах [77]. Эриксон закладывает в понятие «негативная идентичность» субъективное несоответствие, противопоставление «Эго» к окружающему миру таким образом, что воля человека не способна организовать духовное пространство и представить временные границы своей деятельности.

Дж. Марсиа предположил, что развитие идентичности происходит в течение всей жизни человека, посредством преодоления кризисов идентичности. Если представить идентичность в виде иерархичной системы Я-образов, то тогда разрушение иерархии - суть кризиса идентичности. Дальнейшее развитие проблематики идентичности в социогуманитарном знании было связано с усилением внимания к экзистенциальной проблематике, ценностно-символическим аспектам идентичности. Например, Фромм акцентировал внимание на несовпадение пространственно-временных и ценностно-смысловых градаций социокультурного бытия, вследствие чего природа идентичности имеет двойственный характер и обнаруживается в индивидуальном и групповом смыслах. Индивидуальный смысл идентичности выражается в понимании собственной уникальности, концентрации внимания на различиях, раскрытии внутренней свободы от других людей, групповой - в сосредоточении на аспекте тождественности, осознании приобщенности к другим, направленности на созидание и самовоплощение [78]. Двойственность отражается и в социобиологической природе деструктивности: «Специфически человеческую

страсть к абсолютному господству над другим живым существом и желание разрушать (злокачественная агрессия) я выделяю в особую группу и называю словами «деструктивность» и «жестокость» [79]. Человеческая природа деструкции скрывается в культурной среде современного общества, стремящегося к ограничению свободы с помощью социальных инструментов. В этой ситуации деструктивность человека - способ самоопределения, самоидентификации в ситуации, когда иные пути не достижимы; в упрощенном виде - реакция на отсутствие возможности осуществления идентичности [80].

На сегодня рост социальной мобильности привел общество к кризису идентичности – смене социальных ролей, условий, жизненного уклада. Если человек традиционной культуры был озадачен построением стабильной, зрелой, автономной идентичности, то современный ставит в приоритет исключение ее фиксированности во времени и пространстве социальных потоков. Этот процесс вызывает определенную трансформацию личной и коллективной идентичности посредством массовой коммуникации и разнообразия информационных технологий. Психическая деятельность человека не справляется с многочисленными и противоречивыми информационными потоками, предрасполагая к развитию психических нарушений, по словам К.Хорни, «неврозам духовного одиночества и экзистенциальной опустошенности». Так как личность непосредственно вовлечена в социальную и психическую реальность, она также постепенно теряет структурную организацию и приобретает черты дискретного, фрагментарного, множественного и псевдоидентичного. Нарушение целостности и упорядоченности развертывания идентичности как феномена функционального и экзистенциального бытия приводит к состоянию дезадаптации личности [81].

В широком смысле слова деструкция как свойство идентичности одновременно способ обнаружения собственной структурированности, либо идентичной остальным людям, либо принципиально отличной от других. К собственно деструктивным формам идентичности, которые приводят к процессам дезорганизации личности, относятся: 1) редукция; 2)

псевдоидентичность; 3) асубъектность; 4) кризис идентичности. В противоположность деструктивным выделяют конструктивные структурирующие формы идентичности: 1) полиидентичность, которая позволяет субъекту существовать в реальности с новыми требованиями; 2) завершенная идентичность. Деструктивность как форма поведения существует в рамках коллективного пространства и определяет саморазвитие индивида в контексте профессиональных, средовых и других жизненных сценариев.

Таким образом, дезорганизованная личность может выбирать направление движения своей идентичности самостоятельно в рамках деструктивно-конструктивных форм, где значение имеют не только стратегии консолидации внутренних и социальных структур, но и отчуждение, отрицание таковых. Деструктивность идентичности не сводится к анализу агрессивности, суицидов, конфликтов, нервно-психической неустойчивости, а раскрывает внутренние механизмы межуровневых отношений и функциональных особенностей личности [82].

Следующим базовой сущностью дезорганизованной личности является понятие «личностная интегрированность», которую определяют, как согласованность, относительно непротиворечивое сочетание между собой принятых человеком ценностей, мотивов, установок, тенденций и диспозиций, относящихся к нескольким иерархическим уровням, подчиненным различным закономерностям [83]. Такая согласованность для человека имеет статус средства достижения баланса в жизни, поддержания психического и физического здоровья. И, напротив, недостаток личностной интегрированности (состояние дезинтегрированности) ведет к внутренней несогласованности, выражающееся в отвержении, блокировке в момент принятия решения, внутриличностному конфликту, равно как и к дезадаптации в обществе.

Под «интегрированностью личности» чаще всего понимают процесс адаптации или встраивания личности в новые условия текущей среды или синтез разных элементов в единое целое, т.е. интеграция в прямом смысле описывает технический процесс сочетания или внедрения.

Фундаментом для изучения предпосылок для достижения личностной интегрированности стали следующие исследования о [84]:

1. Интегрирующей работе эго и переструктурирование элементов идентичности в ситуации изменения природно-социально-духовными условий существования человека. Результатом интегративной работы эго, или эгосинтеза, является конфигурация элементов идентичности, которая строится в течение всего детства.

2. Интегрирующей и автономной стадии развития эго в периодизации Д. Левинджера, перекликающиеся по сути с самоактуализацией по А. Маслоу. Человек на данном этапе «способен принять внутриличностный конфликт (между потребностями, между обязательствами и между тем и другим) и совладать с ним.

3. Интеграции дихотомий, как отличительная способность высокотворческих людей в исследовании Ф. Баррона. Творческие люди используют целостный подход к антиномиям, полярностям или оппозициям.

4. Стадии достижения полноценно функционирующего человека в исследованиях К. Роджерса. В ряде основных эффектов: освобождение чувств, самопринятие и доверие к «Я», конгруэнтность, открытость опыту, интегрированность как слияние дезинтегрированных внутренних инстанций (I - я наблюдающее, me -я переживающее, self - я живущее) в одно целое.

5. Интегрирующей работе личности в проактивном поведении, что характерно для зрелой личности. Психически здоровые люди имеют способность выучивать новые шаблоны поведения и расти в течение всей жизни.

6. Самопринятии, которое определяется как важная составляющая соматопсихического благополучия, объективная оценка собственных уникальных талантов, признание и принятие внутренней неоднородности, достижение «Я-идентичности».

На основании анализа научных публикаций можно выделить факторы риска, приводящие к личностной дезинтеграции. В таблице 1.2 представлено

условное деление этих факторов на категории: индивидуальные, коллективные и профессиональные.

Таблица 1.1 - Факторы риска, приводящие к личностной дезинтеграции

Индивидуальные	- кризис идентичности - изменения в биопсихосоциодуховном процессе - изменение эгопроцессов - деперсонализация - амбивалентность ценностных ориентаций - нарциссизм, инфантилизм
Коллективные	- цифровая реальность - глобализация масс-медиа - толерантность общественных мнений - постмодернизм и социальный кризис с усилением расслоения общества
Профессиональные	- эмоциональное выгорание - форс-мажоры - экономические потери - увеличение рабочей нагрузки

Таким образом, индивидуальная интеграция связывает между собой разнонаправленные устремления личности, которые явно проявляются в эмоциональных и волевых психических процессах. Такое согласование может быть значительным и эффективным, тогда мы вправе говорить о высокой личностной интегрированности человека. Или наоборот наступает диссоциация, при которой человек начинает сомневаться, излишне тревожится, его поступки приобретают характер парадоксальных и незрелых, а поведение - непоследовательного и противоречивого, тогда мы вправе считать его личностно дезинтегрированным.

Последним онтологическим основанием дезорганизации личности является ее целостность – интегрированность, самодостаточность, автономность

интрапсихического развития, где все процессы выражаются одновременно в соматической, физиологической и психологической сферах. Целостность достигается путем интеграции, согласования элементов, о которых говорилось ранее. Важным индикатором целостности может быть внутреннее единство человеческой личности, т. е. наличие устойчивых связей между разными ее проявлениями и между разными её сублимностями, если говорить на языке психосинтеза; или разными ее частями, если говорить на языке гештальт-подхода; или признание и интеграция теневых сторон личности и полярностей, если описывать внутреннее единство с точки зрения юнгианского подхода [85-86].

Противоположным понятию «целостность личности» выступает «фрагментированность личности» - элементы которой конфликтуют друг с другом, разрушают, далее изолируют взаимосвязи между отдельными частями «Я», и не составляют по итогу связанной картины мира. Нарушение целостности личности проявляется в диссоциации (разделении) ощущений, аффекта, поведения и знания, разделении тела и духа, слов и поступков, фрагментации личности и потери связей между ее отдельными сторонами, неконгруэнтности, усилении внутренних конфликтов [87]. Человек как первичная целостность не дан при жизни самому себе, его «авторство» на собственную личность (самость) оказывается существенно ограничено, т.к., с одной стороны, «законченность» его целостности отграничивается точками рождения и смерти (в которых он представлен в значительной степени лишь «телом»), а с другой - она может быть реализована прежде всего в межсубъектном пространстве диалога-коммуникации. Другими словами, если межсубъектные отношения и пространственно-временные рамки размыты возникает вероятность фрагментации личности и как следствие ее дезорганизация.

Если свойством идентичности мы называли деструктивность, то свойством целостности является диссоциация, которая потенциально защищает психику человека от травматического воздействия, но в тоже время разделяет эго на фрагменты, что прерывает целостный цикл реализации той или иной

потребности индивида. Другими словами, диссоциация позволяет субъекту преодолевать невыносимую боль травматического события ценой дезинтеграции психики и/или сомы и участвовать во внешней жизни в качестве дезорганизованной личности.

Способом восстановления целостности личности является налаживание тех связей между отдельными частями «Я», которые оказались нарушенными в момент переживания угрозы. При этом речь идет не просто об установлении устойчивых связей между различными сторонами «Я» (частями, субличностями и т. д.), а об их признании, принятии, взаимосогласовании и приведении в соответствие друг другу. Достичь такого взаимосогласования возможно, только проявляя активность: как во внутреннем плане (организуя диалог между изолированными друг от друга частями «Я», «ощущая и заново проживая отторгнутые аспекты своей личности»), так и во внешнем (устанавливая связи между собой и другими) [88].

Проведенный теоретический анализ не ставит целью охватить все разнообразие научного изложения и концептуальных подходов проблематики онтологических категорий: интеграция, целостность, идентичность. Предпринята попытка обобщить знания и представить дезорганизацию личности как всеобъемлющий феномен изменения структуры бытия человека при котором: 1) определяется нарушение как основных (индивидуально-типологических) и ресурсных (потенциальных) состояний личности, так и смысловых значений существования человека в силу действия социальных трансформаций (внешние факторы) и субъективных факторов развития личности (внутренние факторы); 2) идентичность личности либо вырабатывается новая, либо поддается процессу деструктивности отличной от прошлой Я-концепции; 3) интеграция как субъективное чувство соответствия себе носит диссоциированный (разобщенный) характер; 4) нарушение целостности устраняет биологопсихологическое равновесия личности и является основным признаком дезорганизации личности.

1.3. Место потенциала саморегуляции в структуре личностной дезорганизации

В теории науки понятие саморегуляции личности является понятием объяснительным, то есть призванным объяснить механизмы порождения особых человеческих действий, основанных не столько на желаниях, сколько на возможностях разумного индивидуального решения об их целенаправленном осуществлении. Это связано с тем, что реалии упорядоченной субъектной активности, зиждущейся на осознании собственного текущего состояния, рефлексии и аутодинамических ресурсах до конца еще не изучены. До настоящего времени возникают определенные трудности в обозначении явления как такового, связанные с отсутствием единого подхода к видению проблемы и разрозненностью ее теоретических описательных конструкторов. И хотя психологическое содержание понятия саморегуляции личности почти всегда подразумевает соединение активной потребности субъекта по инициации включения внутренней логики со стремлением, обеспечивающим процесс выбора произвольного действия и наделения такового побудительной контролирующей силой, тем не менее, определенность, логичность и ясность в понимании ее структуры до сих пор отсутствуют. Даже принимая во внимание многолетнюю историю экспериментальных исследований, этот вопрос остается открытым.

Для понимания места саморегуляции в структуре личностной дезорганизации стоит подробно остановиться на архитектонике последней. На рисунке 1.1 представлена структура личностной дезорганизации в общем виде.



Рисунок 1.1 – Структура личностной дезорганизации

Придерживаясь континуальной модели о механизмах формирования личностной патологии, пациент, переживающий психическое расстройство, пребывает в новой для себя психопатологической реальности, в которой претерпевают изменения его биопсихосоциальные установки.

Далее начнем анализ с феномена идентичности, влияющего на становление личности и ее функционирование в обществе. Впервые термин «идентичность» в психологии был использован У. Джеймсом, американским психологом и профессором философии, который подчеркивал такие свойства идентичности, как борьба своего и чужого, тождественность и соответствие себе и обществу [89], а заслуга в распространении данного термина принадлежит известному психологу Э. Эриксону. Идентичность, в понимании исследователя, это «процесс одновременного отражения и наблюдения, процесс, протекающий на всех уровнях психической деятельности, посредством которого индивид оценивает себя с точки зрения того, как другие, по его мнению, оценивают его в сравнении с собой и в рамках значимой для них типологии; в то же время он

оценивает их суждения о нем с точки зрения того, как он воспринимает себя в сравнении с типами, значимыми для него» [90]. Таким образом, процесс идентификации может быть направлен как на себя (самоидентификация), так и на других индивидов. Среди компонентов идентичности Э. Эриксон называет индивидуальность (ощущение собственной уникальности), единство и синтез (внутренний целостный образ себя) и социальную солидарность (ощущение сопричастности к социальной группе, обществу). Иными словами, идентичность, по мнению ученого, это принимаемый индивидом образ себя «во всем богатстве отношений личности к окружающему миру, чувство адекватности и стабильного владения личностью собственным «я» независимо от изменений «я» и ситуации; способность личности к полноценному решению задач, возникающих перед ней на каждом этапе ее развития» [91].

При анализе факторов, влияющих на формирование идентичности, исследователи выделяют два рода факторов. Факторы, которые имеют значение для идентификации личности с точки зрения общества, и факторы, имеющие значение с точки зрения самого человека [92]. Соответственно в структуре идентичности выделяются два уровня: социальный и индивидуальный. Если индивидуальная идентичность представляет собой совокупность характеристик, придающих индивиду качество уникальности, то социальная идентичность — результат идентификации (отождествления) индивида с ожиданиями и нормами его социальной среды.

Содержание идентичности может быть описано системой статусов [93]: преждевременная идентичность, диффузная идентичность, мораторий, достигнутая позитивная идентичность, псевдопозитивная идентичность. По мнению Н.В. Дмитриевой, изменение идентичности обусловлено изменениями в социальном окружении индивида [94]. Автор выделяет два типа трансформации идентичности: 1) позитивная трансформация идентичности (кризисы идентичности, способствующие ее переструктурированию и решению человеком значимых для него в данный период жизни); негативная (включает

диффузную идентичность, характеризующуюся потерей человеком значимых ориентиров и приводящую к ощущению «размытости» своего «Я».

В психиатрии понятие «идентичность» первоначально появилось в контексте изучения феномена «кризиса идентичности», описывавшего состояние психических больных, потерявших представления о самих себе и последовательности событий своей жизни. Такой кризис предрасполагает к появлению патологической симптоматики в виде: диссоциативного расстройства личности, нарушений половой идентификации и т.п. Поэтому исследование идентичности именно в границах психиатрической практики является важной и своевременной задачей.

Следующий компонент личностной дезорганизации, требующий рассмотрение – механизмы психологической защиты, выступающие в качестве процессов интрапсихической адаптации личности, за счет подсознательной переработки поступающей информации. Включаясь в психотравмирующей ситуации (а явление психического расстройства таковым по существу и представляется), защитные механизмы выступают в роли своеобразных барьеров на пути продвижения информации. В результате взаимодействия с ними тревожная для личности информация либо игнорируется, либо искажается, либо фальсифицируется. Тем самым формируется специфическое состояние сознания, позволяющее человеку сохранить гармоничность и уравновешенность структуры своей личности. Такое защитное внутреннее изменение рассматривается как особая форма приспособления к среде.

Можно выделить следующие четыре группы защитных механизмов. Первая группа объединяет механизмы, обуславливающие недопущение в сознание или устранение из него неприемлемых чувств, желаний, мыслей (вытеснение, перцептивная защита, подавление, блокирование, отрицание). Вторая группа объединяет механизмы, обуславливающие преобразование и искажение неприемлемых чувств, желаний, мыслей (рационализация, интеллектуализация, изоляция, реактивное образование, смещение, проекция, идентификация). Третья группа включает механизмы, обуславливающие

разрядку отрицательного напряжения (реализация в действии, соматизация, сублимация). Четвертая группа включает механизмы, обуславливающие возможность манипуляций (регрессия, фантазирование, уход в болезнь).

Хотя единой классификации механизмов психологической защиты не существует, их можно также разделить по уровню зрелости на протективные (вытеснение, отрицание, регрессия, реактивное образование) и оборонительные, дефензивные (рационализация, интеллектуализация, изоляция, сублимация, идентификация). Первые считаются более примитивными, не допускают поступления конфликтной и травмирующей личностную информацию в сознание. Вторые допускают, но интерпретируют ее в «безболезненную».

В нашем исследовании мы использовали классификацию психологических защит Р. Плутчиком, разработанную в соавторстве с Г. Келлерманом и Х. Контом (1979), так как она включает в себя особенности личности – уровень эмоций и диспозиций (предрасположенность к психическим расстройствам), что является предметом текущего исследования, а не только содержит психоаналитический базис.

Р. Плутчик исходил из того, что защитные механизмы соотносятся с аффективными состояниями и диагнозами. Так, существует связь между замещением и клиническим состоянием гнева или агрессии. Личности с сильно выраженными чертами характера, вероятно, имеют тенденцию пользоваться определенными механизмами защиты. Каждый из основных диагнозов, описывающих реально существующие психические расстройства личности, связан с доминирующей защитой (например, доказан факт связи параноидных состояний с проекцией). Модель предполагает существование малого количества базисных защит. По мнению автора, механизмы изоляции, рационализации и аннулирования представляют собой варианты защиты по типу интеллектуализации. Существуют некоторые явные противоположности среди защитных механизмов.

Основная идея заключается в том, что механизмы психологической защиты являются производными эмоций, а эмоции определяются как базисные

средства адаптации. Р. Плутчик выделил восемь базисных адаптивных реакций (инкорпорация, отвержение, протекция, разрушение, воспроизводство, реинтеграция, ориентация, исследование), которые, с его точки зрения, выступают как прототипы восьми базисных эмоций (страх, гнев, радость, печаль, принятие, отвращение, ожидание, удивление). Защитные механизмы характеризуются противоположностью (биполярностью) в той мере, в какой полярны лежащие в их основе эмоции (радость – печаль, страх – гнев, принятие – отвращение, ожидание – удивление). Таким образом, восемь базисных механизмов он сводит к четырем парам: реактивное образование – компенсация, подавление – замещение, отрицание – проекция, интеллектуализация – регрессия.

Таким образом, материалы многочисленных публикаций, описывающих опыт использования механизмов психологической защиты на различных контингентах респондентов (от здоровых до больных психическими расстройствами), указывают на то, что механизмы психологической защиты обеспечивают регулятивную систему стабилизации личности, направленную, прежде всего, на уменьшение тревоги, неизбежно возникающей при осознании препятствий к самореализации.

Некоторые сложности вызывает объяснение следующего компонента дезорганизованной личности – тестирование психической реальности из-за большого количества формулировок (не менее 15). Так как термин «дезорганизация» личности берет свои истоки в психоаналитической традиции, считаем убедительным, придать обозначению «реальность» психодинамические свойства.

Психическая реальность – это сфера психического, в рамках которой происходят различные процессы и изменения, оказывающие, зачастую, бессознательное влияние на сознательную деятельность и на мотивы поведения человека на протяжении всей его жизни. В качестве опыта или переживания психическая реальность включает в себя все, что кажется человеку реальным или содержащим в себе силу реальности. Согласно К. Юнгу, человек переживает

жизнь и жизненные события прежде всего в категориях правды субъективного повествования, а не исторической истины (так называемый личный миф). Переживаемое как психическая реальность может быть и формой самовыражения. Ее иллюстрацией среди прочего является тенденция бессознательного персонифицировать свои содержания. Персонификация для К. Юнга была эмпирической демонстрацией психической реальности [95].

Существование мнений, верований, идей и фантазий не означает, что то, к чему они относятся, в точности совпадает с тем, на что они могут претендовать. И иллюзорная система, психологически реальная, не будет обладать объективным статусом. Отношение психической реальности к гипотетической, внешней или объективной реальности является важным прежде всего с клинической точки зрения. Во взглядах Юнга на психическую реальность как образ можно обнаружить известное их противопоставление позиции Фрейда, «чья идея о «психической реальности» никогда не ослабляла его веры в объективную реальность, которую можно открыть и затем измерить научными методами [96]. Согласно Юнгу, сознание имеет косвенную отраженную природу, опосредованную нервной системой и другими психосенсорными процессами, включая и психолингвистические. Переживания, скажем, возбуждения или боли, достигают нас во вторичной форме. Происходит немедленное конструирование образов, и как внешний, так и внутренний миры переживаются с помощью образной системы. Метафорическими образами являются также и сами понятия внутреннего и внешнего миров. Сам образ — это то, что непосредственно предъявляет себя сознанию. Мы осознаем свой опыт путем столкновения с его образом. Юнг пришел к выводу, что в силу своей образной композиции психическая реальность является единственной реальностью, которую мы можем переживать непосредственно.

В аспекте психической реальности, как обозначения природы и функции психического, последнее, согласно Юнгу, действует как промежуточный мир между физической и духовной сферами, способными к соприкосновению и смешению. Под «физическим» следует понимать как органические, так и

неорганические аспекты материального мира. Психическое возникает, чтобы занять среднее положение между такими явлениями, как чувственные впечатления и растительная или минеральная жизнь, с одной стороны, а с другой — интеллектуальная и духовная способность к формированию и восприятию идей.

Способность к тестированию реальность можно обозначить как способность разделить Я и не-Я, различить внутреннюю и внешнюю реальность и качество аффектов с точки зрения социальных норм. В клинической практике определяющими является: 1. наличие бредовых конструкций или галлюцинаций, 2. странные аффективные причудливые состояния, нарушения когнитивной сферы, странное поведения с точки зрения окружающих, 3. способен или не пациент объяснить и участвовать в обсуждении данного поведения и способен ли к эмпатии. Следовательно, психическая реальность и ее объективное подтверждение (тестирование) достаточно сложная и концептуально неоднозначная задача. Клинический инструментарий: сбор анамнеза, психолого-психиатрическое интервьюирование с помощью структурированного методического пособия — способствует приближению к содержанию психической реальности, найти несоответствие психических образов, структур и процессов, отобразить эти нарушения для точной верификации психопатологической реальности больного с психическим расстройством.

Последней структурной единицей психопатологической реальности дезорганизованной личности являются межличностные (или согласно О. Кернбергу — объектные) отношения, которые определяются тремя аспектами: 1.

определенным образом объекта (представление об объекте — объект-репрезентация); 2. определенным образом себя (представление о себе — Я-репрезентация); 3. определенными эмоциями (аффектом). Объектным отношением называют отношение субъекта к миру в целом, а также к отдельным частям и аспектам окружающей действительности. Это способ восприятия реальности, основа для формирования эмоционального и когнитивного опыта личности, устойчивый порядок взаимодействия с другими людьми. В такой

интерпретации объектные отношения выступают модусом целостной личности и могут использоваться в качестве единицы анализа ее активности.

Развитие взаимоотношений с объектом (развитие объектных отношений) проходит три фазы: 1. интроекция, 2. идентификация 3. отождествление «Я».

Интроекция – это первый примитивный процесс усвоения опыта взаимоотношений с окружающими. Он состоит из формирования:

- 1) образа другого объекта;
- 2) образа себя в отношении этого другого;
- 3) эмоционального отношения к этому опыту.

Опыт, связанный с инстинктом удовлетворения, дает позитивную эмоциональную окраску. Это то, что ребенок воспринял, причем свою роль играют наблюдение и память. Если подобный опыт повторяется, то переживания как бы конденсируются и формируют «хороший внутренний объект». С другой стороны, ребенок приобретает и опыт фрустрации с негативными ощущениями. Такой опыт также конденсируется и формирует «плохой внутренний объект».

Речь идет о сплаве трех аспектов («триада опыта»): образа себя и образа объекта, связанных с положительными ощущениями, с одной стороны, и образа себя и образа объекта, связанных с отрицательными ощущениями, с другой стороны [97].

Идентификация – это процесс усвоения определенных ролей ребенком, при этом выделяют три аспекта:

1. образ кого-либо, кто играет определенную роль или выполняет определенную функцию в отношении тебя;
2. образ самого себя, большей частью – в дополняющей роли (этот образ самого себя лучше дифференцируется от объекта, чем в первой стадии интроекции);
3. дальнейшая дифференциация собственных ощущений.

Идентификации обычно конденсируются и сливаются воедино, как и интроекции. Идентификация означает постижение ролей, что выражается в

ролевом поведении. Этот процесс затрагивает обе роли: ребенок проигрывает не только свою, детскую роль, но также и роль матери.

Эго-идентичность (идентификация «Я») – является результатом продолжающегося слияния интроекции и идентификации. Включает в себя:

1. ощущение континуума в отношении себя (которое является следствием всех представлений о самом себе);
2. последовательный образ мира предметов (складывающийся из собственных представлений об объектах);
3. осознание того, что существует определенная последовательность и взаимосвязи в собственном поведении, а также последовательность взаимодействий с окружением (миром объектов) и что эта последовательность и взаимообусловленность присущи именно тебе.

В прямом взаимоотношении с психопатологической реальностью состоит личностный саморегуляционный потенциал или потенциал личности - способность человека к умножению своих внутренних возможностей, в первую очередь - способность к развитию. Д. А. Леонтьев утверждает, что «личностный потенциал является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является как раз феномен самодетерминации личности, то есть осуществление деятельности в относительной свободе от заданных условий этой деятельности». То есть личностный потенциал определяет способность человека к решению трудных ситуаций [98].



Рисунок 1.2– Уровни личностного саморегуляционного потенциала

Как видно из рисунка 1.2 наряду с основными психическими процессами (когнитивными, эмоциональными, волевыми, мотивационными) личностный саморегуляционный потенциал организован на двух уровнях: внешнем и внутреннем. К внешней группе относятся процессы целеобразования, антиципации, принятия решения, прогнозирования, программирования, планирования, контроля, самоконтроля и оценка результатов. Регулируя деятельность, они «обслуживают» разные формы ее существования – как наблюдаемую деятельность, так и психическую деятельность. Внутренний уровень включает рефлекссию как максимально обобщенный процесс, в котором представлено процессуальное содержание психики.

Основными переменными саморегуляционного потенциала мы считаем следующие: самоэффективность, психологическое благополучие, субъективный контроль и толерантность к неопределенности. Подробный теоретико-эмпирический анализ будет изложен в разделе 5 диссертационного исследования.

Последним структурным элементом дезорганизованной личности является адаптационный потенциал личности, который находится в непосредственной связи с саморегуляционным, а точнее исходит из него. Очень подробно адаптационный потенциал освещен в работах А.Г. Маклакова [99], который считает, что оценить адаптационные возможности личности можно через оценку уровня развития психологических характеристик, наиболее значимых для регуляции психической деятельности и процесса адаптации. Чем выше уровень развития этих характеристик, тем выше вероятность успешной адаптации, тем значительнее диапазон факторов внешней среды, к которым индивид может приспособиться. Данные психологические особенности личности взаимосвязаны и составляют одну из интегральных характеристик психического развития личности - личностный адаптационный потенциал, показатели которого содержат информацию о соответствии или несоответствии психологических характеристик личности общепринятым нормам.

В свою очередь, С.Т. Посоховой [100] вводится специальное понятие «личностного адаптационного синдрома», который характеризует общие для разных способов взаимодействия с изменяющимися социальными, предметно-технологическими и природно-климатическими условиями среды проявления адаптационного потенциала, которые связаны с активизацией личностной регуляции. Ее активность определяется сочетанием объективных признаков среды, их личностным смыслом и превалирующим способом взаимодействия с изменяющейся реальностью.

Адаптационный потенциал является интегральным понятием, включающим специфические ресурсы, представленные на различных уровнях организации личности (индивидуальном, личностном, субъектно-деятельностном). Важными составляющими адаптационного потенциала являются механизмы, способы использования и преобразования адаптационных ресурсов, их количественных и качественных составляющих (разворачивание, аккумуляция, восполнение и т. д.). Эти процессы служат связующими звеньями между возможностями и способностями личности и реальной их реализацией в целенаправленном адаптационном процессе.

Таким образом, адаптационный потенциал личности – интегративное личностное свойство, выражающееся в отношении человека к миру; система знаний, убеждений, на основе которых строится, регулируется деятельность человека, развитое чувство нового, способность быстро менять приемы действия в соответствии с новыми условиями деятельности; совокупность реальных возможностей, умений и навыков, определяющих уровень их развития; психологическая установка на нетрадиционное разрешение противоречий объективной реальности; характерное свойство индивида, определяющее меру его возможностей в творческом самоосуществлении и самореализации; система личностных способностей, позволяющих оптимально менять приемы действий в соответствии с новыми условиями, и знаний, умений, убеждений, определяющих результаты деятельности и побуждающих личность к творческой самореализации и саморазвитию [101].

Теоретико-аналитический обзор основных структурных элементов дезорганизованной личности, пребывающей в новой для себя психопатологической реальности, и особенностей ее (само-)регуляторной деятельности показал междисциплинарность данного биопсихосоциального феномена, сложность установления границ между характеристиками присущими психопатологическому процессу и особенностями личностной организации. Изучение отечественной и зарубежной литературы по проблеме саморегуляции дезорганизованной личности показало, что в настоящее время крайне мало информации об особенностях саморегуляционного потенциала у больных психиатрического профиля, несмотря на то, что изучение, определяющих его переменных имеет большое значение для совершенствования системы прогнозирования качества ремиссий, лечения и профилактики психических расстройств. На основе результатов проведенного анализа, считаем целесообразным строить исследование нарушений саморегуляции больных с различными уровнями дезорганизации на базе изучения специфики регуляторных механизмов личности, ресурсной роли субъективного благополучия, социальной и личностной адаптации с учетом актуального клинического состояния больного.

1.4. Дифференциальный поиск: дезорганизация личности, расстройство личности и внутренняя картина болезни

В процессе анализа таких сложно структурированных феноменов как расстройство личности и дезорганизация личности возникает острая необходимость их разграничения, поиска точек соприкосновения и отталкивания, что по существу стало плацдармом для формирования и обоснования собственной теоретической конструкции данных понятий.

В целом проблема личностных расстройств до сих пор остается актуальной, потому что данные нарушения мешают поэтапному,

благоприятному развитию личности и ее становлению в качестве успешного субъекта социального взаимодействия.

Основные представления о расстройствах личности (до 1999 года употреблялся термин «психопатия») внес П.Б. Ганнушкин – русский психиатр, создатель психиатрической школы. В его трудах были изложены клинические критерии конкретных психопатий, обоснованы три определяющих их признака, которые не потеряли своей значимости и в настоящее время: тотальность патопсихологических черт характера, относительная стабильность их проявлений в течении жизни и социальная дезадаптация [102].

В медицинской психологии изъяны личностного развития изучали В.Д. Менделевич, К. Леонгард, И.С. Витенко, А. Бек, О. Кернберг, А.Е. Личко, Т.Миллон, Б.В. Зейгарник. По их мнению, расстройства личности – это длительные и устойчивые нарушения разнообразных сфер психической деятельности, которые проявляются через дезадаптивные модели поведения и не связаны с соматическими, неврологическими или психическими заболеваниями.

С позиций социальной психологии расстройства личности трактуются как «социально-психологические расстройства» - глубоко заложенные устойчивые модели поведения, проявляющие себя в форме агрессивности, враждебности, негативизма, которые возникают в процессе коммуникации личности в социуме и приводят к нарушению поведенческих, коммуникативных, адаптивных условий жизнедеятельности [103].

Основным направлением изучения этиологии расстройств личности остается комбинация представлений об их наследуемом или врожденном состоянии с неблагоприятными факторами воспитания и микросоциальной среды.

Структура личностных расстройств весьма размыта и концептуально хаотична. Ряд исследователей выделяют следующую иерархию психологических феноменов в структуре патопсихологического синдрома при расстройстве личности: центральное звено – нарушение организующей роли интеллекта над аффектом, при котором утрачивается свойственное здоровой

личности единство аффекта и интеллекта и отмечаются проблемы эмоциональной саморегуляции. В эмоционально-личностной сфере будут регистрироваться структурные неспецифические и специфические феномены нарушения личности; в сфере мышления — феномен «аффективной дезорганизации» (вследствие избыточной опосредованности когнитивных процессов) аффективно заряженными, личностными факторами [104], их «избыточной пристрастности» [105], актуализации субъективно значимых признаков, предметов и явлений; в сфере памяти — снижение продуктивности как непосредственного, так и опосредованного запоминания; в сфере внимания — феномен пресыщаемости в связи с трудностями произвольной регуляции; в сфере поведения — включение компенсаторных стратегий для улучшения социальной адаптации (выделение личностных радикалов, «периферийных» личностных черт) [106].

По мнению Р.Лэнга, в психопатологии расстройство личности понимается как стойкое, врождённое или приобретённое характерологическое расстройство, проявляющееся дисгармоничностью психической конституции личности при общей сохранности психического аппарата и проявляющееся в девальвации межличностных отношений и нарушении социальной адаптации. Причём, количественные изменения ряда психических свойств в совокупности создают качественно новые состояния, проявляющиеся в широчайшем поведенческом, когнитивном и эмоциональном диапазоне. Данные расстройства характеризуются: парадоксальностью, сензитивностью, дисгармоничностью, утратой чувства реальности, деперсонализацией, мозаичностью (фрагментированностью), экстравагантностью и компенсацией в ситуации социальной изоляции [107].

В 1904 году Эмиль Крепелин заложил прочную модель, которая описывает 7 типов «психопатической личности», названия которым были даны согласно сходству с проявлениями основных психических расстройств: шизоидная — напоминающая шизофрению, циклоидная — перекликается со знаковыми проявлениями маниакально-депрессивного психоза и так далее [108]. Позже

Курт Шнайдер [109] выделил еще 9 типов личностных расстройств, большинство из которых до сих пор присутствуют в той или иной модификации в классификациях расстройств и по сей день.

Последние классификации - Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания (DSM 5) и Международная классификация болезней 11 пересмотра (МКБ-11) подвергают сомнению верность предыдущих парадигм и предлагают новый подход, который упраздняет все специфические категории расстройств личности, кроме одной: самого факта наличия расстройства личности. Такие изменения связаны с тем, что у половины пациентов, имевших критерии одного расстройства личности, так же обнаруживаются признаки других личностных расстройств [110]. Часть расстройств личности встречаются слишком редко, в то же время, значимая когорта людей, имеющих серьезные личностные нарушения, не вписываются в критерии ни одного из существующих расстройств личности [111-112]. Пациенты с одинаковым диагнозом могут разительно отличаться друг от друга, как по личностным качествам, так и по выраженности их состояния. Кроме того, в настоящее время в МКБ существует дихотомическое разделение популяции на людей с расстройством личности и без него, хотя, на самом же деле, существует и промежуточная категория «акцентуаций характера», которая хоть и была выделена достаточно давно, однако в классификации болезней ей не находилось места. Таким образом, психиатры лишены возможности достоверным образом регистрировать субсиндромальные изменения [110].

Используя следующие критерии, не вдаваясь в категории, специалист устанавливает наличие личностного расстройства [113]:

- Прогрессирующие нарушения в том, как человек чувствует себя, думает о других и окружающем мире, что проявляется в неадекватных способах познания, поведения, эмоциональных переживаниях и реакциях;
- Деадаптивные паттерны сравнительно ригидны и ассоциированы с выраженными нарушениями психосоциального функционирования, что больше всего заметно в межличностных отношениях;

- Нарушения проявляются в различных личных и социальных ситуациях (т.е. не ограничивается конкретными отношениями или ситуациями);

- Нарушения являются относительно стабильными в течение времени и имеют длительную продолжительность. Чаще всего расстройство личности впервые проявляется в детстве и явным образом обнаруживает себя в подростковом возрасте.

Таким образом, расстройство личности является клинической психиатрической категорией, для диагностики которой существуют конкретные критерии [114]:

1. Паттерн нестабильных и/или интенсивных межличностных отношений, характеризующийся полярными оценками в положительную либо в отрицательную сторону, что отражает доминирующий механизм психологической защиты.

2. Импульсивность хотя бы в двух областях, которые являются потенциально самоповреждающими, например, трата денег, секс, химические зависимости, переедание.

3. Эмоциональная нестабильность и повышенная реактивность: выраженные отклонения от изолинии со стороны настроения в сторону снижения, раздражительности, тревоги, обычно продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней.

4. Неадекватный, сильный гнев или плохой контроль над гневом (например, частая вспыльчивость, постоянная злоба, нападение на других). Гнев является результатом генетической предрасположенности и влияния среды и может приводить в будущем к актам самоповреждения.

5. Повторное суицидальное поведение, деструктивное поведение и другие виды самоповреждающего поведения.

6. Нарушение идентификации, проявляющееся по крайней мере в двух из перечисленных областей - самооценке, образе самого себя, сексуальной ориентации, постановке целей, выборе карьеры, типе предпочитаемых друзей, ценностях.

7. Хроническое чувство пустоты (или скуки).

8. Неспособность к интернализации позитивных эмоций в межличностном общении (неспособность интернализировать чувства в самого / саму себя и неспособность к самоуспокоению).

9. Отсутствие толерантности к одиночеству.

10. Отсутствие процессуальности и негативных симптомов. У пациентов с расстройствами личности возможно нарушение чувства реальности (дереализация), но при этом сохраняется способность правильного тестирования (проверки) реальности.

Далее мы попытаемся осмыслить и разграничить представления о внутренней картине болезни и феномене дезорганизованной личности. Внутренняя картина болезни (далее ВКБ) - это все то, что испытывает и переживает пациент вследствие болезни, его общее самочувствие, самонаблюдение, внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм, которые не соответствуют простому перечислению жалоб [115]. Иногда события жизни настолько переплетены с патологическими проявлениями, что фактически невозможно разделить анамнезы жизни и заболевания, а также теряется возможность качественно разделить переживания, связанные с болезнью и личностными качествами, которые меняются в процессе жизни «в болезни».

По мнению В.Д. Менделевича, на формирование субъективного отношения к болезни влияют социально-конституциональные факторы (пол, профессия) и индивидуально-психологические (эмоциональность, переносимость боли, разница в болевом пороге, активность, семейные традиции воспитания, стоическая и ипохондрическая позиция, особенности личности, ценностные ориентации, морально-нравственные критерии) [116]. Суммируя данные факторы, можно выделить две группы параметров ВКБ, связанные с: 1. личностью и социальным функционированием; 2. клиническими особенностями болезни.

С 60 –х годов XX века и по настоящее время в научной среде закрепился личностно-ориентированный подход к пониманию внутренней картины болезни. На ряду с ВКБ используется ряд семантически близких терминов, отображающих личное отношение, смысл болезни для больного: «аутопластическая картина болезни» (Балинт), «переживание болезни» (Е.А. Шевалев), «отношение к болезни», «позиция личности к болезни» (Н.В. Иванов), «реакция адаптации», (О.В. Кербиков) «осознание болезни» (Л.Л. Рохлин), «чувство болезни», (Е.К. Краснушкин), «позиция к болезни» (Я.П. Фрумкин, И.А. Мизрухин), «образ собственного заболевания» (Хецен-Клеменс) [117].

В клинической медицине часто игнорируют факт существования переживаний, трансформаций, связанных с заболеванием и считают их несущественными в смысле этиопатогенеза и терапии. И только на практике, зачастую неосознанно, для успешного функционирования системы «врач-пациент» и достижения качественного терапевтического альянса, специалисты учитывают особенности и свойства каждой личности, ее мотивы, побуждения. Во внутренней картине болезни отражаются важные для врача и пациента моменты: преморбидная личность больного; актуальная жизненная ситуация, в которой находится больной; прогностические и возможные реабилитационные признаки; оценка формирования патохарактерологических сдвигов дезорганизационного свойства.

Согласно Р.А. Лурия, структура ВКБ как в сензитивной ее части, так и в интеллектуальной находится в зависимости от структуры личности больного, от его психологического профиля, культурного уровня, социальной среды и воспитания [118]. Рассматривают 4 уровня внутренней картины болезни: 1. уровень непосредственно-чувственного отражения болезни; 2. эмоциональный уровень; 3. интеллектуальный уровень; 4. мотивационный уровень. Каждый из этих уровней затрагивает структурные компоненты личности, что вызывает ее изменение – дезорганизацию: нарушение идентичности, появление эмоциональной нестабильности и высокой чувствительности, легкой актуализации тревоги, раздражительность, видоизменение комплекса

психологических защитных механизмов в сторону их примитивности, патологичности, которые обнаруживают себя психопатологическими проявлениями. Другими словами, внутренняя картина болезни – механизм, который активизирует структурные изменения личности и соответственно не является тождественным и равнозначным в отношении сущности дезорганизации личности.

После прояснения основных положений, касающихся расстройств личности и внутренней карты болезни, переходим к следующему модусу нашего интереса – дезорганизации личности, которая является субъективным специфичным личностным конструктом, сформированным в процессе жизни пациента с психическим расстройством и отображает общую дисфункциональность индивида.

Применяя принципы системного подхода, отражающего единство естественнонаучного и гуманитарного направлений в изучении психических расстройств:

1) психика человека представляет собой целостную, многоуровневую систему, включающую психофизиологический уровень, индивидуально-психологический уровень (психические процессы) и ценностно-смысловой или личностный уровень;

2) психика отражает внутренний мир человека, субъективное жизненное пространство личности, ее психологический опыт.

Стало быть, любые изменения психической деятельности вследствие психического расстройства неразрывно связаны с личностью и ее социальным преобразованием. Поэтому, отдавая должное нозологическому подходу в психиатрии, интерпретации психопатологических симптомов как основы диагностики, следует отметить, что такое понимание сущности психического расстройства означает редукцию психической жизни пациента до уровня синдромов, а сам больной оказывается вырванным из социального контекста. Следует иметь также ввиду, что некоторые психопатологические феномены не являются выражением болезни, а представляют собой артефакты, вызванные

нерациональной организацией психиатрической помощи и ведения больного, что приводит к формированию в нем зависимого (госпитализм, виктимизация, приобретённая выученная беспомощность), аутостигматизирующего чувства существования.

Расширяя рамки мотивационно-динамической парадигмы понимания организации личности, В.Ф. Петренко в «Основах психосемантики» [119] выделил гипотетический конструкт «анализ личности через ее мотивацию», объединив психоанализ и деятельностный подход. Психоанализ исследует противоречия между глубинными бессознательными мотивами и строго продиктованными требованиями общества, конфликт между которыми приводит субъекта к различным формам сублимации глубинных влечений или невротизации личности. Теория А.Н. Леонтьева представляет личность как иерархию мотивов, побуждающих ее к активности. Но если в психоанализе основная активность личности направлена на решение внутриличностных проблем, то в теории деятельности – на расширение сознания человека в его отношении к миру, и мотивационные структуры задаются и формируются обществом. Из этого следует, что мотив более не выступает как предмет потребности, а переходит в психоаналитическое понимание мотивирующей роли психического состояния.

Согласно Д.А. Леонтьеву, современный психоанализ «направлен именно на раскрытие уникальных, часто неосознаваемых личностных смыслов». За этим точным определением следует что личность является наиболее высшей психической функцией, основной характеристикой которой является произвольность. Мы, придерживаясь методологии антропологического (гуманитарного), личностно-ориентированного подхода, делаем акцент на качественных характеристиках субъективного мира пациента (субъективного жизненного пространства личности), его личностного потенциала, проблеме детерминизма/самодетерминации жизнедеятельности личности, в т.ч. в контексте нарушения ее организации и дисфункциональности психосоциального функционирования.

Специфической методологией гуманитарного, личностно-ориентированного подхода в психиатрии и психологии является методология качественного исследования [120], которая ориентирована не столько на детерминированность человеческой жизни и личности генетическими, средовыми и ситуационными (объективными) факторами, сколько режимом субъективного – самодетерминации, рефлексии, личностного потенциала. Следуя данной логике, можно прийти к выводу, что дезорганизация личности представляет собой недостаточность самодетерминации и саморегуляции, ограничение возможностей человека, его идентичности и субъектности. При этом личностный потенциал, как потенциал саморегуляции, составляющий ядро личности, минимально подвержен влиянию социальной среды и способствует актуализации человеческой индивидуальности. В этой связи субъективное жизненное пространство личности, в т.ч. личности дезорганизованной, можно рассматривать как пространство возможностей для исследования и познания, оно содержит значительно больше информации, чем содержится в клинических заключениях, не учитывающих индивидуальных возможностей личности. Таким образом, в независимости от уровня личностной организации, пациент представляет собой автономную систему жизнедеятельности с индивидуальной степенью динамики и активности, субъект собственных ресурсов клинического и субъективно-личностного восстановления и ответственности за реализацию индивидуальных ресурсов.

Подлинность психической реальности пациента непосредственно отражает переживание (субъективация образов и представлений человека). Пациент с дезорганизацией личности под действием переживания психического расстройства выбирает один из трех вариантов произвольной регуляции (саморегуляции): 1) игнорировать факт психического расстройства, преуменьшать его значимость и подлинность; 2) сломаться под грузом чрезмерной рефлексивности и болезненных переживаний - переживаний невозможности быть уникальным и неповторимым, реализовать свое Я (идентичность), потенциал своей личности, переживаний смыслоутраты,

стигмы, потери идентичности, отчуждения, утраты способности к самореализации, решения проблем; 3) превратить сформированную личностную дезорганизацию в установочную структуру нового аутентичного психологического опыта, познавательный инструмент по примирению с болезненными переживаниями, совладанию с психическим расстройством.

В процессе нашего теоретического поиска мы пришли к выводу, что дезорганизация личности сопряжена с нарушением личностного потенциала, его составляющих, что приводит к значительным трансформациям бытия и ценностно-смысловой ориентации пациента. Другими словами, компоненты личностного потенциала, на наш взгляд, можно рассматривать в совершенно новом свете: не только в качестве элементов функциональной системы психически стабильного индивида, но и как отдельные элементы субъективного жизненного пространства личности, претерпевшей реструктуризацию ее глубинных переживаний, смыслов, потребностей, целей. Личностный потенциал отражает интрапсихические переживания человека, в том числе аномальные, как индикаторы его индивидуального психического опыта. Стало быть, ресурсы личности выступают как интегративные характеристики личности, проявляющиеся в процессах ее самодетерминации или потери субъектности при психических расстройствах.

Таким образом, расстройство личности и дезорганизация личности существенно различаются по семантическому и теоретическому содержанию, применению в клинической практике психиатрии понятия. Расстройство личности – это самостоятельная медицинская категория специфических аномальных расстройств психики, начало развития которых приходится на детский и подростковый возраст и характеризуется стабильностью личностных отклонений, тотальностью изменений динамики психических процессов, особенно в когнитивной и аффективно-поведенческой сферах, что вызывает выраженный негативный социальный отклик. В свою очередь, дезорганизация личности – это реструктуризация свойств, особенностей и ресурсных возможностей личности в процессе существования субъекта в актуальной

психопатологической реальности. По отношению к пациенту дезорганизация личности выступает специфическим образованием, онтологическим основанием которого является нарушение целостности, идентичности и экзистенциальной исполненности человека.

1.5. Основные технологии и методы коррекции нарушений саморегуляции

В основу технологий по регулированию психической деятельности были положены принципы психофизиологии. Так о регулирующей роли психики в организме человека начали говорить И.М. Сеченов, И.П. Павлов, Н.Н. Ланге, В.М. Бехтерев [121]. И.П. Павлов говорил: «Человек есть, конечно, система... единственная по высочайшему саморегулированию... сама себя подчеркивающая, восстанавливающая и даже совершенствующая» [122].

Как известно, практики саморегуляции отличаются от практик психотерапии тем, что в их задачи входит, прежде всего, получение быстрого эффекта здесь и сейчас, они работают больше на «симптоматическом» уровне. Терапия более работает с причинами негативных состояний, реакций, стратегий и т.д. Однако, многие практики могут одинаково хорошо служить в обоих контекстах. Как практики психотерапии, так и саморегуляции можно разложить «по шкале», на одном полюсе которой техники программирующие результат, техники принудительно трансформирующие, на другом - медитативные и процессуальные, использующие для трансформации «проблемы» ее же тенденции и энергию. Сильной стороной первых является то, что при успешном применении они приносят их практикующим чувство контроля над своими состояниями, контроля «над собой» и, в определенном смысле, над всей жизнью. Вторых - то, что они не только не борются с симптомом, проблемой, стрессом, но позволяют им трансформироваться самым естественным для них способом.

К числу основных методов психической саморегуляции можно отнести следующие: нервно-мышечная релаксация, аутогенная тренировка, идеомоторная тренировка, сенсорная репродукция образов.

Самый распространенный метод - аутогенная тренировка - был разработан в 1932 году немецким психиатром И. Шульцем. Авторами современных модификаций реализации аутогенной тренировки являются А.В. Алексеев, Г.Д. Горбунов, В.Л. Марищук, О.А. Черникова, W. Luthe и другие отечественные и зарубежные специалисты [123]. Наряду с аутогенной тренировкой широко известна и другая схема саморегуляции — «прогрессивная релаксация» (мышечное расслабление). Разработке этого способа мы обязаны Э. Джекобсону, который выявил устойчивую прямую взаимозависимость переживания выраженных негативных эмоций и напряжения скелетных мышц. В целях снятия эмоциональной напряженности (тревоги, страха), Э. Джейкобсон разработал метод мышечного расслабления как средства расслабления эмоционального. А.В. Алексеевым была создана особая методика, названная «психорегулирующей тренировкой», в которую помимо приемов успокоения и расслабления включены и тонизирующие приемы саморегуляции [124].

Использование дыхательных упражнений, по мнению В.Л. Марищука, Р. Деметера, О.А. Черниковой и других психологов и физиологов является наиболее доступным способом регуляции эмоционального возбуждения. Применяются различные способы, например, Р. Деметер использовал дыхание с применением паузы. Канадский ученый Л. Персиваль предлагал использовать дыхательные упражнения в сочетании с напряжением и расслаблением мышц. Так, делая задержку дыхания на фоне напряжения мышц, а затем спокойный выдох, сопровождаемый расслаблением мышц, можно снять чрезмерное волнение [125].

Использование подобных методов, конечно, требует знания и умения человеком применять их на практике. В повседневной же деятельности каждый человек имеет индивидуальные предпочтения и обладает привычными и, обычно, спонтанно сложившимися в течение жизни способами регуляции

собственного состояния, многие из которых можно осуществлять «на рабочем месте». В данном случае имеются в виду разнообразные приемы, например, отвлечение от рабочего процесса для общения с коллегами, перекура, приема пищи и т.п. [126]

Совладание (или копинг-поведение) относится к явлениям саморегуляции [127]. «Совладающее поведение – это поведение, позволяющее субъекту с помощью осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией» [128]. Это также «форма активности личности в качестве субъекта жизнедеятельности, отвечающая за устранение или уменьшение возникшего рассогласования в системе взаимодействия «человек-окружающий мир» [129].

Совладающее поведение проявляется в ситуациях, требующих от индивида напряжения его эмоциональных и волевых ресурсов. Человек обычно выбирает копинг-стратегии (разнообразные способы конкретного совладания с ситуацией) сообразно тому какое значение для него имеет данная ситуация. Согласно Р. Лазарусу и С. Фолкман существуют два основных типа психологического преодоления: 1) проблемноориентированный копинг (усилия направляются на решение возникшей проблемы); 2) эмоционально-ориентированный копинг (изменение собственных установок в отношении ситуации) [130]. В качестве альтернативного подхода С. Хобфоллом была предложена многоосевая модель «поведения преодоления» (две основные оси и одна дополнительная: «просоциальная – асоциальная», «активная – пассивная» и «прямая – непрямая»). В отличие от предыдущей концепции, разновидности преодолевающего поведения рассматриваются здесь как модели, а не как отдельные типы поведения. Поведенческие модели преодоления являются более детальными, позволяя более дифференцированно подойти к различиям в преодолении [131].

Диапазон проявлений совладающего поведения весьма широк – от избегания до качественного преобразования ситуации или личности. Одни из них оказывают чаще позитивное воздействие на состояние человека, другие –

негативное. Например, A.L. Stanton и P.R. Snider, изучавшие реагирование женщин на диагноз рака молочной железы на этапах предварительной биопсии, постбиопсии и после хирургической операции, указывают, что когнитивное избегание как стратегия совладающего поведения является особенно важным предиктором высокой степени беспокойства и низкого уровня жизненной энергии человека. Так, менее оптимистичные и склонные к избеганию обследуемые были намного более обеспокоенными перед постановкой диагноза, нежели другие. Более оптимистичные и фокусирующиеся на позитивных сообщениях обладали большим запасом энергии. В тоже время использование копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» на этапе уточнения диагноза оказывало позитивное влияние на настроение пациента и после постановки диагноза. По словам авторов исследования, использование стратегии избегания может препятствовать эффективной когнитивной обработке и решению проблемы. К тому же реализация стратегии избегания требует существенных усилий, приводя к психологическим и физиологическим потерям. В частности, попытка избежать мыслей о стрессоре может усиливать негативные мысли и отвращение к переживаемому опыту [132].

Изучение особенностей психической саморегуляции играет значимую роль в разработке подходов и методов оптимизации жизнедеятельности и повышении эффективности трудовой деятельности. При этом понятие функционального состояния является ключевым в русле изучения особенностей функционирования системы средств психологической саморегуляции профессионала. Особенности функционирования и эффективность психологической саморегуляции определяются также общим состоянием человека и его различными ресурсами: физическими, поведенческими, социальными, личностными. Ресурсы преодоления трудных жизненных ситуаций обычно интерпретируются как внешние и внутренние возможности, которые человек использует для предотвращения или преодоления стрессовых состояний [133].

Таким образом, основная часть технологий и методов преодоления нарушений саморегуляции заключается в изменениях психофизиологического состояния человека или его внешних поведенческих паттернов. Такая терапия дает внешние кратковременные и нестабильные результаты, что позволяет сделать вывод о целесообразности разработки системного личностно-ориентированного психотерапевтического комплекса, учитывающего особенности глубинных структурных переменных саморегуляции у дезорганизованной личности.

РАЗДЕЛ 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Комплексное изучение нарушений саморегуляции (личностного потенциала) пациентов с психическими расстройствами, у которых достоверно верифицирован определенный уровень личностной дезорганизации является одной из актуальных и приоритетных задач современной психиатрии.

Цель настоящего исследования: повышение эффективности психокоррекционной работы с дезорганизацией личности больных на основании комплексного изучения нарушений саморегуляции, разработка системы субъективно-личностного восстановления у данного контингента пациентов.

2.1. Материал исследования

Основная часть исследования, посвященная исследованию нарушений саморегуляции, разработке, теоретико-методологическому и клинико-психологическому обоснованию программы субъективно-личностного восстановления больных, выполнялась на базе центра первого психотического эпизода Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка в течение 2019-2021 гг. 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:

- больные с установленным в соответствии с диагностическими критериями Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10й пересмотр) [134] диагнозом: шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства (F20, F21, F23); расстройства настроения (F31, F32, F33), невротические, связанные со стрессом и соматоформные

расстройства (F41);

- возраст 18-65 лет;
- информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- отказ от участия в исследовании;
- давность заболевания свыше 10 лет;
- наличие органических, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09); психических, расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (F10-19), а также расстройств зрелой личности и поведения у взрослых (F60-69), в соответствии с МКБ-10;

- признаки формального отношения к заполнению опросников.

Всего в исследование приняло участие 216 человек. У каждого из участников было достоверно определено нарушение процессов саморегуляции, основанное на данных клинико-методологического исследования с помощью методики «Стиль саморегуляции поведения - 98» В.И. Моросановой (общий уровень саморегуляции по опроснику составлял от 23 до 46 баллов).

В основную группу вошли 120 больных с психотической дезорганизацией личности (по данным структурированного интервью О.Кернберга), которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии непосредственно после купирования продуктивной психотической симптоматики и других качественных нарушений восприятия, ощущений.

Распределение больных основной группы по полу: мужчины - 66 чел. (55,0%), женщины - 54 чел. (45,0%). Средний возраст больных основной группы составил $25,6 \pm 0,6$ лет. По социальному статусу больные распределились следующим образом: неработающие (82 чел. – 68,4%), работающие (16 чел. – 13,3%), студенты (12 чел. – 10,0%), учащиеся (10 чел. – 8,3%). Большинство обследованных больных (97 чел. – 80,8%) были холостыми (не замужем), 15 состояли в браке (12,5%), 8 пациентов были разведены (6,7%).

В соответствии с задачами исследования, для изучения структуры и

механизмов нарушения процессов саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности - была сформирована группа сравнения, состоявшая из 96 человек невротического (60 чел.) и пограничного круга (36 чел.) с сопоставимыми социодемографическими характеристиками.

Для оценки эффективности программы субъективно-личностного восстановления больных с психотической дезорганизацией личности было выделено две группы. Основной группе (65 чел.) оказывалась медицинская помощь, которая включала в себя методы психофармакологической (биологической) и психотерапевтической направленности (осуществление разработанной автором программы субъективно-личностного восстановления структур саморегуляции у дезорганизованной личности). Группу сравнения (больные, получавшие только медикаментозное лечение и не привлекавшиеся к участию в программе субъективно-личностного восстановления) составили 55 пациентов.

Больные с психотической и пограничной дезорганизацией личности получали медикаментозное лечение с использованием типичных нейролептиков (галоперидол 2-15 мг в сутки, аминазин 25-100 мг в сутки, тизерцин 25-50 мг в сутки); атипичных антипсихотиков (сульпирид 100-500 мг в сутки, рисперидон 2-8 мг в сутки, солиан 200-800 мг в сутки, азалептин 50-150 мг в сутки) или депо-нейролептиков (клопиксол-депо 2 мл 1 раз в 3 нед.) для купирования продуктивной психотической симптоматики, а также коррекции эмоционально-волевых нарушений. Пациенты с невротическим уровнем дезорганизации личности принимали антидепрессанты (золофт 25-100 мг в сутки, пароксетин 20 мг в сутки, венлофаксин 37,5 – 75 мг в сутки). Интенсивность назначений сочеталась с принципами безопасности, постепенности и минимальной достаточности доз для достижения максимально выраженного эффекта от медикаментозной терапии.

2.2. Методы исследования

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

1-й модуль – теоретико-методологическое обоснование актуальности исследования саморегуляционного потенциала больных с различным уровнем дезорганизации личности (теоретический модуль);

2-й модуль – организации клинико-психопатологического исследования с применением техник структурированного интервьюирования (вербально-конфиденциальный модуль);

3-й модуль – психодиагностическая оценка саморегуляционного потенциала и его компонентов (психодиагностический модуль);

4-й модуль – научное обоснование, разработка, внедрение и оценка эффективности программы субъективно-личностного восстановления больных с психотической дезорганизацией личности (модуль психотерапевтического воздействия).

В исследовании использовались методы: клиническо-анамнестический, структурно-диагностическое интервью, клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический и метод статистического анализа.

Клиническо-анамнестический метод заключался в сборе анамнестических данных, связанных с историей жизни и заболевания пациента, в т.ч. отражающих его профессиональный путь, развитие семейных и интимных отношений, отношения с ближайшим микросоциальным окружением; оценке клинико-социальных характеристик больных, включенных в исследование, с помощью «Индивидуальной карты клинического и социально-демографического анализа истории болезни пациента с дисфункциональным уровнем личностной организации» (14 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. Стандартизованная оценка общей, позитивной и негативной психопатологической симптоматики осуществлялась с использованием клинической рейтинговой шкалы PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), позволяющей многомерно и типологически оценить психопатологическую симптоматику, ее структуру и выраженность.

Современная версия шкалы состоит из 33 признаков, оцениваемых на основании формального полуструктурированного или полностью структурированного клинического интервью и других источников информации. Для каждого симптома и градаций его выраженности дается тщательное операциональное определение и точная инструкция по его выявлению. Ответы испытуемых оценивались по 7-балльной шкале Лайкерта по степени тяжести от 1 до 7 (1 – признак отсутствует, 2 минимальная - наличие патологии спорно, может быть представлена граница нормы, 3 – слабая, 4 – умеренная, 5 – умеренная до сильной, 6 – сильная, 7 – крайняя).

Перечисленные признаки были сгруппированы в шкалы:

- Тяжесть продуктивной симптоматики по Шкале позитивных синдромов (7 признаков);
- Тяжесть негативной симптоматики по Шкале негативных синдромов (7 признаков);
- Композитный индекс (позитивная симптоматика минус негативная);
- Выраженность других психических нарушений по Общей психопатологической шкале (16 признаков);
- Риск возможной агрессии;
- 3 дополнительных признака вместе с анамнестическими данными).

Дополнительно также возможна оценка по 5 кластерам - анергия, нарушения мышления, возбуждение, параноидное поведение и депрессия.

Для оценки уровня дезорганизации личности было использовано глубинное структурное психодинамическое интервью О. Кернберга, которое

определяет степень интеграции идентичности, типы преобладающих защитных механизмов, способность к тестированию реальности. Интервью позволяет обнаружить связанные со структурой личности характеристики, которые определяют тип организации личности (невротический, пограничный, психотический). В целом структурное интервью — это метод клинической оценки, который фокусируется на: симптоматике пациента, в настоящем и в прошлом, на организации его личностной структуры, включая представление о себе и других, и на качестве взаимодействия между пациентом и специалистом, проводящим интервью, в режиме «здесь и сейчас». Терапевт (специалист-психиатр) акцентирует свое внимание на основных трудностях пациента, тактично проводя оценку переменных, имеющих ведущее значение для диагностики: 1. интеграция или диффузия идентичности; 2. характерные механизмы психологической защиты; 3. уровень тестирования реальности. Специалист также оценивает степень осознания внутренних конфликтов. Предполагается, что это исследование создаёт достаточное напряжение, чтобы проявилась доминирующая защита или «структурная» организация психического функционирования.

В структурном интервью выделяется три фазы: начальная, средняя и заключительная.

1. Начальная фаза состоит в том, что терапевт задает вопросы о причинах обращения, о главных симптомах и трудностях, об ожиданиях пациента. На этой же фазе выясняется способность пациента понять серию вопросов и выяснить, насколько он осознает свои нарушения, хочет ли избавиться, насколько реалистичны его ожидания. Уже на первой фазе структурного интервью можно определить уровень личностной организации.

2. На средней фазе интервью формулируются задачи для оценки идентичности клиента, исследуются невротикические симптомы и патологические черты характера, основные механизмы защиты, синдром диффузной идентичности, уровень тестирования реальности.

3. На заключительной фазе структурного интервью клиенту

предлагается добавить то, что ему кажется важным и что он еще не сообщил специалисту.

Для объективизации данных полученных во время интервьюирования была использована методика «Структурированное интервью личностной организации» STIPO-R, которая была разработана в 2014 году Джоном Ф. Кларкин, Е. Калигор, Барри Л. Стерн и Отто Ф. Кернбергом. Перевод и апробация на русскоязычных пациентах были совершены научным коллективом Московской школы психоанализа в 2018 году. Методика включает в себя 55 утверждений, которые оцениваются от 0 до 2 баллов. Утверждения организуются в пять измерений: «Личность», «Объектные отношения», «Защитные механизмы», «Агрессия», «Моральные ценности» с общей рейтинговой оценкой от 1 до 5 баллов.

Вся процедура интервью (включая заполнение методики STIPO-R) занимает 1,5 часа (2 сеанса по 45 минут с интервалом между ними в 10-15 минут).

Комплексное экспериментально-психологическое исследование включало изучение личностных качеств пациентов, нарушений целостности личности, степени выраженности когнитивных установок, механизмов психологической защиты дезорганизованной личности, а также психологических компонентов саморегуляционного потенциала.

Для оценки личностных качеств и их нарушений использовался личностный инвентарь PID-5-Adult, который включает 25 аспектов личностных качеств для взрослых в возрасте 18 лет и старше. Пул из 25 элементов объединяется в пять различных дезадаптивных вариантов доменов личности: негативная аффективность (пункты 8, 9, 10, 11 и 15), отстраненность (пункты 4, 13, 14, 16 и 18), антагонизм (пункты 17, 19, 20, 22 и 25), расторможенность (пункты 1, 2, 3, 5 и 6) и психотизм (пункты 7, 12, 21, 23 и 24) каждый домен включает в себя специфические триплеты характеристик, которые оцениваются по четырех-балльной шкале, причем более высокие баллы означают большую дисфункцию. Интегрированный домен признака колеблется в баллах от 0 до 15,

причем более высокие баллы указывают на большую дисфункцию в конкретном домене личностного признака.

Нарушение целостности личности было оценено с помощью опросника объективного измерения статуса эгоидентичности (Objective Measure of Status Ego-Identity – OMEIS-R Дж.Адамса) – русская версия Т.А. Гаврилова и Е.В. Глушак. Количество вопросов в варианте опросника (OMEIS-R) представлено 64 пунктами и имеет две шкалы – идеологической и интерперсональной эгоидентичности.

Под идеологическим компонентом эго-идентичности автором понимается идентичность, которая отражает ценности и установки индивида, связанные с политикой, религией, профессиональной деятельностью, основные принципы и взгляды на образ жизни. Социальная или интерперсональная идентичность складывается из системы ценностей и взглядов, отражающих аспекты дружбы, свиданий, половых ролей и отдыха.

Шкала интерперсональной идентичности содержит 32 утверждения, оцениваемых по шестибальной шкале: от полностью согласен (6 баллов) до полностью не согласен (1 балл). Тематика утверждений связана с представлениями индивида о вопросах дружбы, свиданий, проведения свободного времени (досуга) и отдыха, а также с взглядами на супружеские роли и обязанности в браке. Шкала позволяет выявить четыре статуса эгоидентичности согласно концепции Дж. Марсиа: диффузную, принятую, мораторий и достигнутую.

Для идентификации дисфункциональных иррациональных установок применялась «Шкала дисфункциональных отношений» (ШДО), созданная А. Беком и А. Вейсманом в 1978 году с целью исследования дисфункциональных отношений, выходящих за пределы ситуативного контекста. Опросник предназначен для исследования степени выраженности и содержания дисфункциональных отношений как у пациентов с психическими расстройствами, так и у здоровых лиц. Шкала состоит из 40 утверждений, свое отношение к которым респонденту предлагается выразить посредством

семизначной шкалы Лайкерта (от «совершенно согласен» до «абсолютно не согласен»).

Для диагностики механизмов психологической защиты использовался опросник Плутчика-Келлермана-Конте, эквивалентное название в зарубежной литературе - методика Индекса жизненного стиля (Life Style Index, LSI), который выделяет восемь распространенных защитных механизмов и общую напряженность всех защит. Зрелый стиль МПЗ охватывает: вытеснение, регрессию, рационализацию, компенсацию, гиперкомпенсацию. К незрелым защитам относят: отрицание, проекцию, замещение. Окончательный вариант опросника состоит из 97 вопросов, объединенных в 8 стилевых модуса. Каждому из них соответствует 10-14 утверждений, описывающих личностные реакции индивида, которые возникали в различных ситуациях. В настоящем исследовании коэффициенты надежности альфа Кронбаха для зрелого и незрелого стилей, составили соответственно $\alpha = 0,67$ и $\alpha = 0,82$. При обработке результатов учитываются нормативные показатели, согласно которым напряженность механизмов защиты в пределах 40-50% являются нормой, а превышение этого барьера свидетельствует об активных, часто используемых респондентом, защитах.

Оценка психологических компонентов саморегуляционного потенциала больных и их роли в формировании и поддержании дезорганизации личности осуществлялась при изучении различных составляющих личностного потенциала с помощью: опросника "Стиль саморегуляции поведения" В.И. Моросановой (1988) - для диагностики стильных особенностей саморегуляции, устойчиво проявляющихся в различных жизненных ситуациях; тест определения уровня самооффективности Дж.Маддукса и М.Шеера; опросник «Уровень субъективного контроля»; шкала психологического благополучия К.Рифф.

Для оценки различных аспектов индивидуальной саморегуляции использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения СПП - 98» В.И. Моросановой. Опросник СПП-98 состоит из 46 утверждений, входящих в состав шести шкал, выделяемых в соответствии с основными регуляторными

процессами (планирования, моделирования, программирования, оценки результатов) и регуляторно-личностными свойствами (гибкости и самостоятельности). Каждое утверждение имеет 4 степени согласия с ним респондента.

Содержание шкал опросника ССП следующее:

- шкала «Планирование» характеризует индивидуальные особенности целеполагания и удержания целей, уровень сформированности у человека осознанного планирования деятельности;
- шкала «Моделирование» позволяет диагностировать индивидуальную развитость представлений о системе внешних и внутренних значимых условий, степень их осознанности, детализированности и адекватности; шкала «Программирование» диагностирует индивидуальную развитость осознанного программирования человеком своих действий;
- шкала «Оценивание результатов» характеризует индивидуальную развитость и адекватность оценки испытуемым себя и результатов своей деятельности и поведения;
- шкала «Гибкость» диагностирует уровень сформированность регуляторной гибкости, т.е. способности перестраивать систему саморегуляции в связи с изменением внешних и внутренних условий;
- шкала «Самостоятельность» характеризует развитость регуляторной автономности;
- шкала «Общий уровень саморегуляции» характеризует уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции произвольной активности личности.

Представления о самоэффективности, заложенные в методику Дж. Маддукса и М. Шеера [135], предоставляют возможность исследователю получить информацию о самооценке личности и сведения о степени ее самореализации. Тем самым методика позволяет операционализировать попытки личности достичь высоких результатов в предметной деятельности и межличностном общении. Перевод теста и его модификация осуществлены

Л. Бояринцевой (1995) под руководством Р. Кричевского [136]. Тест состоит из 23 утверждений, с каждым из которых испытуемый оценивает степень своего согласия по 11-балльной шкале: -5, -4, -3, -2, -1, 0 +1, +2, +3, +4, +5. Сумма баллов первых 17 утверждений показывает уровень самооффективности в сфере предметной деятельности, а с 18-го по 23-е утверждение — в сфере межличностного общения.

Шкала психологического благополучия К. Рифф оценивает актуальность психологического благополучия в конкретных жизненных условиях и обстоятельствах, полноту осмысленности индивидом своего бытия. Наиболее распространенной версией шкалы на русскоязычном пространстве является 84-пунктный вариант шкалы, переведённый И. Лепешинским. Опросник состоит из 6 шкал, каждая из которых содержит 14 пунктов - как прямых, так и обратных.

В основе методики «Уровень субъективного контроля» УСК, авторами которой являются Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинд, лежит 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. Опросник состоит из 44 утверждения, которые объединены в трех параметрах: 1. экстернальность- интернальность в межличностных отношениях, 2. эмоциональная настроенность и 3. направление атрибуции, и 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 баллы 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 отношений (Ип), интернальности в области межличностных отношений (Им), интернальности в отношении здоровья и болезни (Из) в сравнении с

нормативными показателями [137].

Социально - психологический метод был направлен на изучение личностной и социальной адаптации к среде и толерантности к неопределенности неконтролируемых обстоятельств жизни у больных с различным уровнем дезорганизации личности. Для этой цели будут использованы: методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда и шкала толерантности к неопределенности Д.МакЛейна.

Опросник социально-психологической адаптации был разработан Карлом Роджерсом и Розалинд Даймонд в США в 1954 году. На русском языке адаптация опросника была опубликована в 1987 году канд. психол. наук Т. В. Снегирёвой. В 2004 году в журнале «Психология и школа» была опубликована модифицированная канд. психол. наук А. К. Осницким версия опросника, которая использовалась в текущем исследовании. В опроснике содержатся высказывания о человеке, о его образе жизни, переживаниях, мыслях, привычках, стиле поведения. Ознакомившись с утверждениями, испытуемый определял, какие из предложенных вариантов обычно им используются, в градации 0 — «это ко мне совершенно не относится»; 1 — «мне это не свойственно в большинстве случаев»; 2 — «сомневаюсь, что это можно отнести ко мне»; 3 — «не решаюсь отнести это к себе»; 4 — «это похоже на меня, но нет уверенности»; 5 — «это на меня похоже»; 6 — «это точно про меня». Далее результаты объединялись в группы по шести интегральным шкалам: Адаптация; Самопринятие; Принятие других; Эмоциональный комфорт; Интернальность; Стремление к доминированию.

Шкала толерантности к неопределенности (Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-I - MSTAT-I) (Д. МакЛейн) представляет собой опросник, измеряющий склонность личности к жесткой регламентации жизни и полной известности происходящего, либо открытости к неопределенности ситуаций. Опросник Д. МакЛейна представляет собой набор из 22 утверждений, согласие с которыми респондентам предлагается оценить по

семибалльной лайкертовской шкале. Методика является одномерной. Ответы на прямые и обратные вопросы могут принимать численные значения от 1 до 7, в зависимости от степени согласия или несогласия с предложенными утверждениями. Для получения индивидуального балла толерантности к неопределенности необходимо просуммировать численные значения ответов на прямые пункты методики и вычесть из них сумму ответов на обратные пункты. Полученный суммарный балл может принимать значения от -66 до +66.

Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа.

Для объективизации результатов, сопоставления показателей в процессе катamnестического наблюдения и дальнейшей статистической обработки полученных результатов нами был создан компьютерный банк данных всех 216 испытуемых. В него вошли социально-демографические данные и результаты обследования пациентов по каждой из использованных методик на различных этапах исследования. Также были составлены электронные бланки с подробной информацией о результатах структурированного интервью с заключениями об уровне дезорганизации личности каждого пациента. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

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

Для сравнения показателей различных выборок были применены стандартные статистические критерии проверки гипотез. В случае сравнения двух выборок, когда распределение не отличается 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 были использованы 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: однофакторный дисперсионный анализ и метод ANOVA (нормальный закон распределения); критерий Крускала-Уоллиса и метод множественных сравнений Данна (закон распределение отличается от нормального). При сравнении таблиц $k \times m$ будет использован критерий χ^2 .

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

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

РАЗДЕЛ 3

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Проблема дезорганизации личности, как указывалось в ряде научных работ ранее [138-141], до настоящего момента остается достаточно новой и перспективной. Это связано не только со специфической необходимостью выделения данной категории на основании клинического опыта, естественного наблюдения и мониторинга, но и с возможными перспективами локально использовать имманентные личностно-ориентированных методы терапии для улучшения показателей качества жизни [142] и социального функционирования [143] пациентов. Традиционная психиатрическая практика без учета индивидуальных социальных и личностных особенностей больных делает невозможным оказание качественной психиатрической помощи и повышает риски рецидива психического расстройства [144].

3.1. Клинико-социальная характеристика больных с различным уровнем дезорганизации личности

Во время исследования саморегуляционного потенциала мы стремились получить не только представление о субъективных переживаниях психического неблагополучия больных, но и предпринимали попытки объективизации данных о жизненной позиции и обстановке пациентов, их личностных качествах, мыслях, волевом выборе, качестве социально-психологической поддержки, в том числе, изучая медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты) с последующим заполнением «Индивидуальной карты клинического и социально-демографического анализа

истории болезни пациента с дисфункциональным уровнем личностной организации». На основании теоретико - методологического изучения саморегуляционного потенциала больных с различным уровнем дезорганизации личности мы работали со структурированным интервью О.Кернберга Structured Interview of Personality Organization – Revised (STIPO-R), где элементы методики оценивались по 3-балльной шкале: 0 = оцениваемое качество отсутствует или, если оно есть, не влияет на жизнедеятельность респондента; 1 = запрашиваемое качество присутствует, но приводит только к незначительному ухудшению качества функционирования; 2 = оцениваемое качество присутствует и отражает значительную или тяжелую патологию и нарушение функционирования.

Ранее отмечалось, что в исследование принимали участие только те пациенты, у которых достоверно, после применения диагностического инвентаря, отмечался саморегуляционный дефицит в виде низких показателей (в пределах 23 - 46 балла) общей саморегуляции.

В зависимости от уровня дезорганизации личности, исследуемые были разделены на 3 группы с помощью структурного интервью по О. Кернбергу (рис. 3.1):

- группа 1 (основная) - больные с психотическим уровнем дезорганизации личности – 120 чел. (55,5 %);
- группа 2 – пациенты с пограничным уровнем дезорганизации личности – 36 чел. (16,7 %);
- группа 3 – больные с невротическим уровнем дезорганизации личности – 60 чел. (27,8 %).

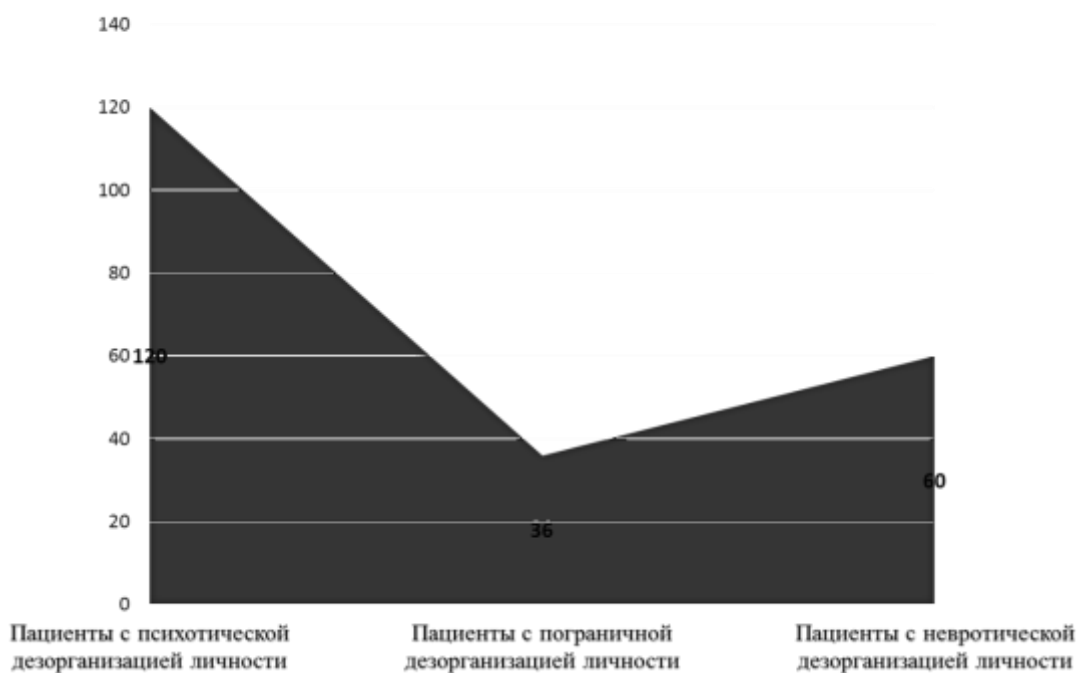


Рисунок 3.1 – Распределение больных по уровням дезорганизации личности

Для основной группы обследованных пациентов (с психотической дезорганизацией личности) были характерны плохо интегрированные самостоятельные переживания (95 чел. – 79,1%) – определялась их бессвязность, поверхностность и противоречивость, со значительными искажениями (например, больные придерживались как несколько идеализированных, так и обесцененных представлений о себе). Инвестирование собственных усилий в работу или досуг (14 чел. – 11,7%), раскрытие своих амбиций и целей (15 чел. – 12,5%) – были также минимальны, часто не удовлетворены. Представления о других плохо интегрировались в личность (97 чел. – 80,8%) – были бессвязные, поверхностные, прерывистые, нестабильные, с грубыми искажениями; описание объективной реальности в значительной степени референциально.

Суммируя представленные данные, качественно психотическая дезорганизация личности представляет тяжелую патологию идентичности – неинтегрированное чувство себя и других. При исследовании межличностных (объектных по О.Кернбергу) отношений пациенты с психотической

дезорганизацией личности имели небольшое количество знакомых, мало друзей, их отношения были обеднены, крайне поверхностны с конфликтным содержанием (85 чел. – 70,8%). Отсутствие способности к взаимозависимым отношениям (71 чел. – 59,1%); видимость отношений преимущественно с точки зрения удовлетворения потребностей (51 чел. – 42,5%); слабая способность к сочувствию и отсутствие способности ценить потребности другого независимо от потребностей самого себя (82 чел. – 68,3%) характеризовали низкое качество объектных отношений в этой группе. Касательно механизмов психологической защиты – были выявлены примитивные (101 чел. – 84,2%) защиты, а также серьезные, радикальные сдвиги в восприятии себя и других до такой степени, что это серьезно мешало саморегуляционному функционированию больных.

Пациенты с пограничной дезорганизацией личности в общем имели более благоприятные личностные, объектные характеристики в сравнение с основной группой. Так они считали себя оптимально эффективными (11 чел. – 30,6%); но работали/учились на уровне, который несколько ниже потенциального (9 чел. – 25,0%). Присутствовало некоторое неудовольствие от работы/учебы (22 чел. – 61,1%); чувство безразличия, цинизма по отношению к работе/учебе, восприятие их как средство для достижения цели или удовлетворения ожиданий значимых персон (25 чел. – 69,4%). Оценивая общую саморегуляцию, «пограничный» пациент не идентифицировал свою деятельность, особенно требующую регулярных измеримых затрат времени или усилий (20 чел. – 55,6%), присутствовало четкое ощущение непредсказуемости и / или неустойчивости поведения, которое могло доходить до крайне хаотичных решений (14 чел. – 38,9%).

Наиболее выраженной чертой больного с пограничным уровнем дезорганизации личности являлась расколота диффузная саморепрезентация с крайне полярным представлением о себе (31 чел. – 86,1%). Количество зрелых механизмов психологической защиты - подавляющее во всей группе (30 чел. – 86,1%), что свидетельствовало об адаптивных стратегиях выживания, однако эти стратегии использовались непоследовательно или мало эффективно. Еще

одной яркой характеристикой «пограничника» можно считать неадаптивные проявления агрессии (18 чел. – 50,0%), что включало в себя: 1) значительное саморазрушительное поведение (10 чел. – 27,8%); 2) частые истерические состояния со вспышками вербальной агрессии (11 чел. – 30,6%); 3) получение садистского удовольствия от причинения вреда другим (7 чел. – 19,4%).

Отличительными характеристиками больных с невротической дезорганизацией личности являлись: интегрированный опыт произвольных действий (44 чел. – 73,3%), консолидированная идентичность с некоторыми областями небольшого дефицита в самоощущении (36 чел. – 60,0%) или легкая патология идентичности - чувство себя и / или других в некоторой степени поверхностно объединенными за счет работы / учебы / отдыха (22 чел. – 36,7%). «Невротик» проявлял способность поддерживать межличностные отношения: обычно не думая о них с точки зрения удовлетворения своих потребностей (29 чел. – 48,3%), отмечалась полностью развитой способностью к сочувствию и поддержанию устойчивого интереса к другим (32 чел. – 53,3%). У пациентов присутствовал гибкий, адаптивный копинг; стрессоустойчивость в большинстве областей; зрелые механизмы психологической защиты (33 чел. – 55,0%); последовательное использование разнообразных адаптивных стратегий выживания. Отметим, что пациенты с невротической дезорганизацией личности (21 чел. – 35,0%) постоянно ощущали себя «в тесках» внутренних и внешних моральных стандартов, которые зачастую были чрезмерно жестоки (эксплуататорские) и / или слабы (неэтичные / аморальные действия, например, плагиат, обман, ложь) и не имели надлежащего опыта вины, угрызений совести.

Таким образом, двигаясь по оси от невротической к психотической дезорганизации личности, мы выделили нарастание разрушительных процессов в отношении интеграции личности больных, смещение саморегуляции произвольным поведением от зрелых механизмов психологической защиты и копинга в сторону примитивизма и поверхностности, снижение объектных отношений, сексуальной и поведенческой активности.

С целью определения актуальных для обследованного контингента факторов, способствующих нарушению саморегуляционного потенциала нами была проведена сравнительная клинико-социальная характеристика больных с различными уровнями дезорганизации личности, которая представлена в таблице 3.1.

Таблица 3.1 - Социально-демографические и клинические характеристики больных с различными уровнями дезорганизации личности

№	Показатель	Количество больных			
		Основная группа	Группы сравнения		
			Группа 1 абс. (%)	Группа 2 абс. (%)	Группа 3 абс. (%)
1	2	3	4	5	6
1	Пол:				
	- мужской	66 (55,0)	12 (33,3)	42 (70,0)	54 (56,2)
	- женский	54 (45,0)	24 (66,7)	25 (41,6)	49 (51,0)
2	Возраст:				
	- до 20 лет	16 (13,3)	5 (13,9)	2 (3,3)	7 (7,3)
	- 21-30 лет	40 (33,3)	25 (69,4)	15 (25,0)	40 (41,7)
	- 31-40 лет	35 (29,2)	6 (16,7)	32 (53,3)	38 (40,0)
	- 41-50 лет	26 (21,2)	0 (0,0)	11 (18,3)	11 (11,5)
	- старше 50 лет	3 (0,25)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
3	Социальный статус:				
	- работающие	16 (13,3)	6 (16,7)	10 (16,7)	16 (16,7)
	- служащий	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- частный предприниматель	0 (0,0)	0 (0,0)	0(0,0)	0(0,0)
	- учащийся	10 (8,3)	6 (16,7)	0 (0,0)	6 (16,7)
	- студент	12 (10,0)	10 (27,8)	13 (21,7)	23 (24,0)
	- не работает	82 (68,4)	14 (38,9)	37 (61,7)	51 (53,1)
4	Семейный статус:				
	- холост (не замужем)	97 (80,8)	22 (61,1)	30 (50,0)	52 (54,2)
	- женат (замужем)	15 (12,5)	12 (33,3)	27 (45,0)	39 (40,6)
	- разведен (а)	8 (6,7)	2 (5,0)	3 (5,0)	5 (5,0)
	- вдовец (вдова)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

5	Наследственная отягощенность:				
	- не отягощена	85 (70,8)	33 (91,7)	59 (98,3)	92 (95,8)
	- отягощена	35 (29,2)	3 (7,3)	1 (1,7)	4 (4,2)
6	Уровень образования:				
	- среднее	47 (39,2)	6 (16,7)	10 (16,7)	16 (16,7)
	- специальное	44 (36,7)	15 (41,2)	3 (5,0)	18 (18,8)
	- высшее	29 (24,2)	15 (41,2)	47 (78,3)	62 (64,6)
7	Характерологические особенности личности:				
	- гармоничная личность	7 (5,8)	13 (36,1)	46 (76,7)	59 (61,5)
	- замкнутость	23 (19,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- вспыльчивость, гневливость	28 (23,3)	15 (41,2)	0 (0,0)	15 (15,6)
	- тревожность, мнительность, беспокойство	30 (25,0)	6 (16,7)	14 (23,3)	20 (20,8)
	- ригидность	3 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- эмоциональная отстраненность	21 (17,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- замкнутость и тревожность	8 (6,7)	2 (5,6)	0 (0,0)	2 (5,6)
8	Вредные привычки:				
	- нет	66 (55,0)	13 (36,1)	34 (56,6)	47 (50,0)
	- эпизодическое употребление алкоголя	22 (18,3)	11 (30,6)	21 (35,0)	32 (33,3)
	- злоупотребление алкоголем	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- употребление ПАВ	19 (15,8)	6 (6,7)	5 (8,3)	11 (11,5)
	- алкогольная, наркотическая зависимость	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- эпизодическое сочетанное употребление алкоголя и ПАВ	13 (10,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
9	Длительность заболевания:				
	- несколько месяцев	24 (20,0)	25 (69,4)	41 (68,3)	66 (68,8)
	- до 1 года	29 (24,2)	7 (19,4)	17 (28,3)	24 (25,0)
	- до 5 лет	30 (25,0)	4 (11,1)	2 (3,3)	6 (6,3)
	- свыше 5 лет	37 (30,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
10	Количество перенесенных психотических (аффективных) эпизодов (или других психических нарушений, которые привели к госпитализации в психиатрический стационар), исключая данный:				
	- нет	60 (50,0)	2 (5,0)	26 (43,3)	28 (29,2)
	- 1	16 (13,3)	28 (77,8)	26 (43,3)	54 (56,2)

	- 2	26 (21,2)	6 (16,7)	8 (13,4)	14 (15,6)
	- 3 и больше	18 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
11	Количество госпитализаций (исключая данную):				
	- нет	60 (50,0)	2 (5,0)	26 (43,3)	28 (29,2)
	- 1	34 (28,3)	28 (77,8)	26 (43,3)	44 (45,8)
	- 2 - 3	14 (11,7)	6 (16,7)	8 (13,4)	14 (15,6)
	- 4 и больше	12 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
12	Неблагоприятные факторы, предшествовавшие данной госпитализации:				
	- не было	52 (43,3)	25 (69,4)	14 (23,3)	39 (40,6)
	- эмоционально- стрессовые	18 (15,0)	6 (16,7)	41 (68,3)	47 (49,0)
	- соматическое заболевание	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,3)	2 (3,3)
	- чрезмерная алкоголизация, употребление наркотиков	11 (9,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- переутомление	0 (0,0)	3 (8,3)	0 (0,0)	3 (8,3)
	- прекращение приема поддерживающей терапии	39 (32,5)	2 (5,6)	3 (5,0)	5 (5,2)
13	Инвалидность:				
	- нет	115 (95,8)	36 (100,0)	60 (100,0)	96 (100,0)
	- III группа	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- II группа	4 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	- I группа	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
14	Клинический диагноз по МКБ-10:				
	- шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства (F20, F21, F23)	120 (100,0)	20 (55,6)	0 (0,0)	20 (55,6)
	- расстройства настроения (F31, F32, F33)	0 (0,0)	4 (11,1)	5 (8,3)	9 (9,3)
	- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F41)	0 (0,0)	12 (33,3)	55 (91,7)	67 (69,8)

В основной группе статистически достоверно ($p \leq 0,05$) отмечалось преобладание лиц молодого возраста (до 20 лет), чем в группе сравнения, а в более зрелом возрасте наблюдалась обратная картина (13,3% - 16 чел. в сравнении с 7 (7,3%) в группе пограничных и невротических больных.

Неработающие больные в первой группе статистически достоверно ($p \leq 0,05$) доминировали над суммарным значением в двух остальных группах (82 чел. - 68,4%), в группе сравнения – 51 чел. (53,1%), что отражает наше

предположение о нарушениях произвольной саморегуляции деятельности в целом и в частности для психотического контингента обследуемых.

Несмотря на то, что пациенты обеих групп в нашем исследовании в подавляющем большинстве были холостыми/не замужем – 80,8% и 54,2% (соответственно), больные с невротической дезорганизацией личности статистически достоверно ($p \leq 0,05$) чаще имели собственные семьи, нежели пациенты основной и пограничной групп (45,0% (27 чел.) в сравнении с 12,5% (15 чел.) и 33,4% (12 чел.).

Наследственная отягощенность в основном встречалась в основной психотической группе (35 чел. – 29,2) в сравнении с остальными (92 чел. – 95,8% - не отягощен), что свидетельствует о существенном вкладе генетической предрасположенности к психотическим расстройствам в изменения саморегуляционного и личностного потенциалов.

Высшее образование получили больные группы сравнения – 62 человека (64,6%), что достоверно ($p \leq 0,05$) выше чем в основной, для которой характерно наличие у пациентов либо среднего (47 чел. (39,2%)), либо только специального (44 чел. (36,7%)) образования. Предварительно можно сделать вывод о том, что снижение произвольной учебной деятельности способствует нарушениям саморегуляции у больных с психотической дезорганизацией личности и определяет их общий интеллектуальный уровень.

Преморбидная личность невротических и пограничных больных статистически достоверно ($p \leq 0,05$) чаще, чем у психотических, характеризовалась как гармоничная 61,5% (59 чел.) в сравнении с 5,8% (7 чел.). Помимо этого, в основной группе наблюдались такие преморбидные личностные характеристики как замкнутость (19,2%), тревожность и мнительность (25,0%), эмоциональная отстраненность (17,5%) (различия с аналогичными показателями группы сравнения статистически достоверны, $p \leq 0,05$). В группе невротически дезорганизованных больных статистически достоверно чаще ($p \leq 0,05$), чем в основной группе, пациенты в преморбиде описывались как тревожные (20 чел. (20,8%). С нашей точки зрения, черты

эмоциональной отстраненности и тревожности могли присутствовать в структуре личности большего количества невротических и пограничных больных, поскольку среди них, в сравнении с психотическими пациентами, статистически достоверно ($p \leq 0,05$) чаще отмечалось наличие вредных привычек в анамнезе (эпизодическое употребление алкоголя составило 33,3% в сравнении с основной – 18,3%). При обсуждении с пациентами проблемы употребления ими психоактивных веществ в подавляющем большинстве случаев они отмечали возможность, таким образом, ослабить тревожно-фобическую симптоматику.

Обследованные группы больных были сопоставимы по длительности заболевания. Статистически достоверно ($p \leq 0,05$) большее количество невротических и пограничных больных не имели ранее переживания психического расстройства 68,8% (66 чел.) в сравнении с 20,0% (24 чел.) в группе психотических пациентов, а также первичной госпитализации в психиатрический стационар. В психотической группе отмечалось равномерное распределение больных по длительности госпитализации, присутствовали те, которые переживали психотическое расстройство свыше 5 лет (37 чел. – 30,8%). Таким образом, длительное присутствие психотической психопатологической симптоматики устойчиво структурирует нездоровую реальность человека, стабилизирует и упрочивает дисгармонические личностные качества, снижает способность к интегрированной идентичности, а в клинической психиатрической практике позволяет с большей вероятностью и точностью диагностировать личностную дезорганизацию, чем в группе сравнения.

Распределение больных по нозологическим единицам также имело свои особенности. Абсолютное количество больных с психотической дезорганизацией личности представляли диагностические категории, относящиеся к шизофрении, шизотипическим состояниям и бредовым расстройствам, так как продуктивная психопатологическая симптоматика в данном случае создавала предпосылки для качественного искажения

тестирования объективной реальности. На основании этого признака была отграничена группа сравнения, так как «пограничные» и «невротические» пациенты оставались в рамках текущей реальности. Пациенты с невротической дезорганизацией личности распределились в континууме расстройств настроения (5 чел. – 8,3%) и невротических, связанных со стрессом, расстройств (66 чел. – 91,7%). Наиболее смешанной в диагностическом плане являлась группа «пограничных» пациентов: здесь были зарегистрированы больные всех предложенных нозологий, от шизофренического (55,6%) до невротического (44,4%) спектров. Хотя больные с пограничной дезорганизацией личности ощущали продуктивную психопатологическую симптоматику, она характеризовалась редуцированностью, непостоянностью, кратковременностью, хорошей курабельностью в сравнении с симптоматикой при шизофреническом процессе, в частности в основной группе исследования.

Таким образом, в качестве факторов, способствующих формированию психотической дезорганизации личности в рамках сниженного саморегуляционного потенциала, выступают: наследственная отягощенность, невысокий уровень образования и общей интеллектуальной способности, тревожность и эмоциональная отстраненность, а также сам факт наличия психотического диагноза. Для пациентов невротического и пограничного круга характерна тревожность, склонность к употреблению крепких алкогольных напитков и «свежая» история психического расстройства в анамнезе.

3.2. Особенности клинической симптоматики психических расстройств у дезорганизованной личности с нарушением системы саморегуляции

В основной группе исследования (психотическая дезорганизация личности) отмечалась клинико-психологическая гетерогенность, так как в эту

группу были распределены пациенты с параноидной шизофренией (длительностью заболевания менее 5 лет, 43 чел.) и острыми транзиторными психотическими расстройствами (57 чел.). Основанием для объединения в группу можно назвать присутствие в той или иной мере таких симптомов как: ослабление эмоциональных реакций, снижение интереса к окружающим, падение общей активности, сужение потребности в общении, погружение в мир собственных переживаний. У 20% пациентов от общего числа по группе в инициальном периоде психотического расстройства развивались дереализационно-деперсонализационные, сенесто-ипохондрические, обсессивно-компульсивные нарушения. У пациентов с параноидной шизофренией манифестная клиническая картина была представлена бредовыми расстройствами с развитием интерпретативных, систематизированных бредовых идей с различной фабулой: идей отношения (60%), реформаторства (10%), греховности (10%). У 69 пациентов (57,5%) были выявлены галлюцинаторно-параноидные нарушения с преобладанием вербальных галлюцинаций и несистематизированных бредовых идей персекуторного характера. У 14 пациентов (11,7%) встречались бредовые идеи воздействия, еще у 20 человек (16,7%) – экспансивный бред.

В классе пациентов с острыми транзиторными психотическими расстройствами отмечалась невыраженная дезорганизация процессов мышления, дефицит экспрессии эмоций, нарушения ролевого поведения с отсутствием чувства границ и дистанции, странности в поведении и облике, неопрятность, пренебрежение социальными нормами. У 18 пациентов (31,6%) были выявлены рудиментарные позитивные психические расстройства (аффективные, диссоциативно-конверсионные, астенические, неоформленные бредовые идеи отношения, транзиторные нарушения восприятия). Еще у 25 пациентов (43,8%) встречался галлюцинаторно-параноидный синдром с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций, бредовых идей преследования, отношения.

Отдельное место в основной группе исследования занимает синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо, который либо в полной (37,5%) или редуцированной (15,0%) форме выявлялся у большинства пациентов. Бредовые идеи отличались полиморфизмом, носили чувственный характер, сопровождалась аффектом раздражения, страха, тревоги. Также был характерен бред психического и физического воздействия: пациенты были убеждены в своей способности совершать гипнотические действия на других людей, вкладывать мысли на расстоянии, «контактировать» с источником воздействия.

Психическое состояние пациентов с невротической дезорганизацией личности в 40% случаев от общего количества представителей группы характеризовалось невыраженными субдепрессивными нарушениями в сочетании с сомато-вегетативными и астеническими расстройствами. Еще в 40% эпизодов психический дискомфорт проявлялся неврозоподобной симптоматикой в виде астено-ипохондрических, дереализационно-деперсонализационных симптомах. В 10% случаев встречались выраженные эпизоды необъяснимой тревоги, беспокойства, присутствие чувства надвигающейся беды. Также у остальных 10% респондентов были выявлены симптомы в виде ограничения контактов с близкими, спонтанные неадекватные эмоциональные реакции.

Клинико-психологические особенности в группе с пограничной дезорганизации личности отличались значительным полиморфизмом. У 15 пациентов (44%) были развернутые аффективный и галлюцинаторный синдромы, навязчивые состояния. Субдепрессивный аффект по структуре преимущественно состоял из преобладания: 1. тревоги; 2. ипохондрических идей; 3. астено-апатического компонента. Среди галлюцинаторных переживаний преобладали вербальные, а у 2 пациентов – кратковременные зрительные галлюцинации. Также часто изменение психического состояния сопровождалось вегетативными нарушениями (53,3%), которые выражались в жалобах на головные боли, снижение аппетита, нарушение сна, повышенную утомляемость.

Отметим, что отчетливой бредовой фабулы и/или активного бредообразования в этой группе обнаружено не было.

На рисунке 3.2 представлен общий вид распределения больных с различным уровнем дезорганизации личности в соответствии с выраженностью общей психопатологической, позитивной и негативной симптоматикой.

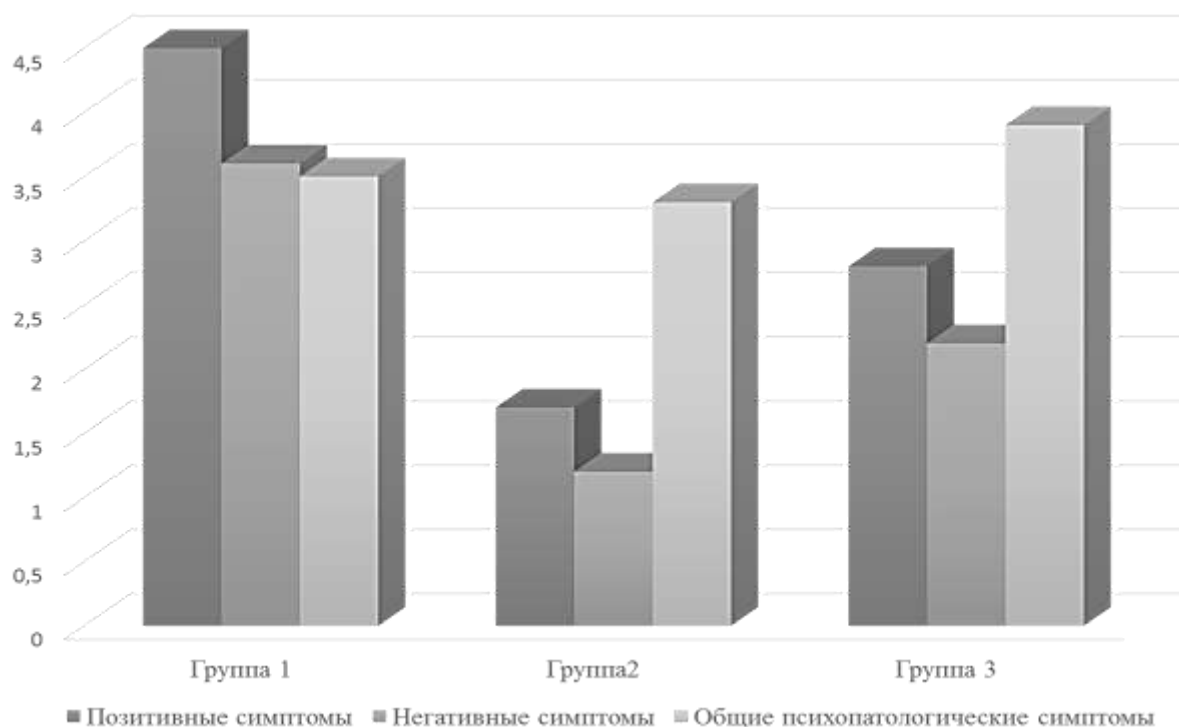


Рисунок 3.2 - Распределения больных с различным уровнем дезорганизации личности в зависимости от выраженности общей психопатологической, позитивной и негативной симптоматикой

Анализ средних значений выраженности продуктивных симптомов у больных позволил установить зависимость от уровня дезорганизации личности (табл. 3.2).

Таблица 3.2 - Средняя оценка выраженности продуктивной симптоматики по шкале PANSS у больных с различным уровнем дезорганизации личности

Симптомы	Основная группа	2 группа	3 группа
P1 – бредовые идеи	5,10±0,28 ^{#, \$}	1,00±0,30	1,10±0,01
P2 – дезорганизация мышления	5,00±0,85 [#]	2,60±1,20 [*]	1,40±0,90
P3 – галлюцинации	5,20±0,90 ^{#, \$}	3,40±1,02 [*]	1,80±0,30

P4 - возбуждение	3,60±0,12 [#]	2,40±0,91 [*]	1,70±0,19
P5 – идеи величия	4,00±0,13 [#]	2,80±0,18 ^{*, \$}	1,20±0,05
P6 - подозрительность	4,50±0,02	3,70±0,12 ^{*, \$}	2,40±0,02
P7 - враждебность	3,00±0,32	3,90±0,20	2,70±0,40
Средняя оценка	4,30±0,37 [#]	2,82±0,56 ^{*, \$}	1,26±0,27
Примечание к табл. 3.2 – 3.4: \$ - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 1 и 2 группами; # - достоверные различия между 1 и 3 группами; * - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 2 и 3 группами.			

Наиболее высокая средняя оценка выраженности продуктивных симптомов была у больных с психотической дезорганизацией личности (4,3±0,36 балла, $p \leq 0,05$). При этом более выраженными являлись бредовые идеи (5,1±0,28 балла, $p \leq 0,05$), галлюцинации (5,20±0,90 балла, $p \leq 0,05$), дезорганизация мышления (5,00±0,85 балла, $p \leq 0,05$), идеи величия (4,00±0,13 балла, $p \leq 0,05$), подозрительность (4,50±0,02 балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка тяжести позитивных симптомов у пациентов в этой группе находилась в пункте «возбуждение» (3,60±0,12 балла, $p \leq 0,05$).

У больных с пограничной дезорганизацией личности средняя оценка выраженности продуктивных соответствовала умеренным проявлениям (2,82±0,56 балла, $p \leq 0,05$). Уровень выраженности ассоциативных нарушений (2,60±1,20 балла, $p \leq 0,05$), галлюцинаций (3,40±1,02 балла, $p \leq 0,05$), возбуждения (2,40±0,91 балла, $p \leq 0,05$), идей величия (2,80±0,18 балла, $p \leq 0,05$) достоверно был ниже, чем в третьей группе сравнения.

Отсутствие продуктивной симптоматики отмечалось у пациентов с невротической дезорганизацией личности (1,26±0,27 балла, $p \leq 0,05$). Наиболее высокие результаты (минимальная степень выраженности по методике) были зарегистрированы в клинических признаках «подозрительность» (2,40±0,02 балла, $p \leq 0,05$), «враждебность» (2,70±0,40 балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка была обнаружена в пунктах «бредовые идеи» (1,10±0,01 балла, $p \leq 0,05$), «идеи величия» (1,20±0,05 балла, $p \leq 0,05$).

Анализ средних значений выраженности негативных симптомов по шкале PANSS у больных позволил установить зависимость от уровня дезорганизации личности (табл.3.3).

Таблица 3.3 - Средняя оценка выраженности негативной симптоматики по шкале PANSS у больных с различным уровнем дезорганизации личности

Симптомы	Основная группа	2 группа	3 группа
N1- эмоциональное уплощение	3,40±0,12 [#]	2,20±0,25 ^{*,§}	1,30±0,02
N2 – эмоциональная отстраненность	3,50±0,26 [#]	2,30±0,36 [§]	1,80±0,42
N3 – недостаточный раппорт	3,60±0,61	2,10±0,40 ^{*,§}	1,70±0,01
N4 – пассивно-апатическая социальная отстраненность	4,40±0,52 [#]	2,50±0,12 ^{*,§}	1,20±0,10
N5 – трудности в абстрактном мышлении	3,70±0,05 [#]	1,80±0,14 ^{*,§}	1,20±0,11
N6 – недостаток спонтанности и плавности беседы	3,40±0,13	2,10±0,21 [*]	1,30±0,07
N7 – стереотипность мышления	3,10±0,17	2,10±0,23 [§]	1,10±0,03
Средняя оценка	3,59±0,27	2,16±0,24	1,37±0,12

Наиболее высокий показатель выраженности негативных симптомов был у больных с психотической дезорганизацией личности. Средняя оценка соответствовала умеренной степени тяжести (3,59±0,27 балла, $p \leq 0,05$). Среди дефицитарных расстройств у данных пациентов наиболее глубокими были: пассивно-апатическая социальная отстраненность (4,40±0,52 балла, $p \leq 0,05$), трудности в абстрактном мышлении (3,70±0,05 балла, $p \leq 0,05$), недостаточный раппорт (3,60±0,61 балла, $p \leq 0,05$), эмоциональная отстраненность (3,50±0,26 балла, $p \leq 0,05$). Самая низкая оценка негативных нарушений была в пункте «стереотипность мышления» (3,10±0,17 балла, $p \leq 0,05$).

У больных с пограничной дезорганизацией личности показатель тяжести дефицитарных расстройств соответствовал минимальным проявлениям (2,16±0,24 балла, $p \leq 0,05$). Наиболее выраженными оказались следующие негативные симптомы: «пассивно-апатическая социальная отстраненность» (2,50±0,12 балла, $p \leq 0,05$), «эмоциональная отстраненность» (2,30±0,36 балла,

$p \leq 0,05$), «эмоциональное уплощение» ($2,20 \pm 0,25$ балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка или отсутствие сформированного симптома была в пунктах «трудности в абстрактном мышлении» ($1,80 \pm 0,14$ балла, $p \leq 0,05$), «недостаточный раппорт» ($2,10 \pm 0,40$ балла, $p \leq 0,05$), «недостаток спонтанности и плавности беседы» ($2,10 \pm 0,21$ балла, $p \leq 0,05$), «стереотипность мышления» ($2,10 \pm 0,23$ балла, $p \leq 0,05$).

Отсутствие показателей выраженности нарушений (включая отсутствие симптома) среди всех обследуемых пациентов был у больных с невротической дезорганизацией личности ($1,37 \pm 0,12$ балла, $p \leq 0,05$). Обратим внимание, что в пунктах «эмоциональная отстраненность» ($1,80 \pm 0,42$ балла, $p \leq 0,05$) и «недостаточный раппорт» ($1,70 \pm 0,01$ балла, $p \leq 0,05$) наблюдалась тенденция к минимальной выраженности негативного симптома, что отчетливо проявлялось в серии клинических бесед и личностного интервьюирования. В этой группе респондентов ожидалась вовлеченность, интерес к процессу обследования и его результатам. Но чем дольше пациенты участвовали в клинико-диагностическом эксперименте, тем четче обнаруживались: скованность при общении с исследователем, снижение эмоционального реагирования, открытости и честности в беседе.

Анализ средних значений выраженности общих психопатологических симптомов по шкале PANSS у больных позволил установить зависимость от уровня дезорганизации личности (табл.3.4).

Таблица 3.4 - Средняя оценка выраженности общих психопатологических симптомов по шкале PANSS у больных с различным уровнем дезорганизации личности

Симптомы	Основная группа	2 группа	3 группа
G1 – соматическая озабоченность	$1,65 \pm 0,13^{\#}$	$2,30 \pm 0,11$	$4,40 \pm 0,32$
G2- тревога	$3,60 \pm 0,27^{\#}$	$5,10 \pm 0,71^{*,\$}$	$5,60 \pm 0,36$
G3 – ощущение вины	$2,60 \pm 0,34$	$4,80 \pm 0,46^*$	$4,60 \pm 0,44$
G4 - напряжение	$3,10 \pm 0,17^{\#}$	$5,05 \pm 0,37^{\$}$	$5,80 \pm 0,17$
G5 – манерность	$4,00 \pm 0,37$	$4,20 \pm 0,61^*$	$3,10 \pm 0,24$
G6 - депрессия	$3,10 \pm 0,63^{\#}$	$4,80 \pm 0,54^{*,\$}$	$6,30 \pm 0,65$

G7- двигательная заторможенность	4,30±0,16 [#]	2,40±0,17	2,60±0,47
G8- отсутствие сотрудничества	4,80±0,23 [#]	2,40±0,15	1,30±0,12
G9 – необычное содержание мыслей	4,20±0,19	3,40±0,22 ^{\$}	2,30±0,43
G10 – дезориентации	3,30±1,04 [#]	1,80±0,09	1,10±0,02
G11 – ухудшение внимания	4,10±0,26	3,40±0,21 [*]	5,60±0,53
G12 – утрата критики	3,20±0,15 [#]	2,80±0,14 ^{\$}	1,30±0,11
G13 – волевые нарушения	4,80±0,25 [#]	3,12±0,18 ^{*, \$}	1,80±0,15
G14 - импульсивность	2,20±0,05	2,70±0,21 [*]	3,30±0,21
G15 – отрешенность от реальности	3,00±0,10 [#]	2,26±0,20 ^{*, \$}	1,50±0,05
G16 – активный социальный уход	4,80±0,13	3,70±0,19 ^{*, \$}	2,81±0,14
Средняя оценка	3,55±0,22	3,38±0,29	3,39±0,27

Наиболее выраженные общие психопатологические симптомы встречались у больных с психотической дезорганизацией личности (3,55±0,22 балла, $p \leq 0,05$) с равномерным распределением тяжести от легкой к умеренной. Наиболее значимыми являлись такие клинические признаки, как активный социальный уход (4,80±0,13 балла, $p \leq 0,05$), волевые нарушения (4,80±0,25 балла, $p \leq 0,05$), отсутствие сотрудничества (4,80±0,23 балла, $p \leq 0,05$), двигательная заторможенность (4,30±0,16 балла, $p \leq 0,05$), необычное содержание мыслей (4,20±0,19 балла, $p \leq 0,05$), ухудшение внимания (4,10±0,26 балла, $p \leq 0,05$), манерность (4,00±0,37 балла, $p \leq 0,05$).

У пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности средняя оценка выраженности общих психопатологических симптомов носила промежуточный характер (3,38±0,27 балла, $p \leq 0,05$) с резкими межпоказательными скачками. Но при этом наиболее значимыми являлись: депрессия (6,30±0,65 балла, $p \leq 0,05$), напряжение (5,80±0,17 балла, $p \leq 0,05$), тревога (5,60±0,36 балла, $p \leq 0,05$), недостаточная концентрация внимания (5,60±0,53 балла, $p \leq 0,05$), ощущение вины (4,60±0,44 балла, $p \leq 0,05$), соматическая озабоченность (4,40±0,32 балла, $p \leq 0,05$), манерность (3,10±0,24 балла, $p \leq 0,05$), импульсивность (3,30±0,21 балла, $p \leq 0,05$), которые при

внимательном рассмотрении оказались достоверно выше в сравнении с другими группами исследования.

Наименьшая выраженность общих психопатологических симптомов приходилась на пациентов с пограничной дезорганизацией личности ($3,38 \pm 0,29$ балла, $p \leq 0,05$). Особо выделялись тревога ($5,10 \pm 0,71$ балла, $p \leq 0,05$), депрессия ($4,80 \pm 0,54$ балла, $p \leq 0,05$), ощущение вины ($4,80 \pm 0,46$ балла, $p \leq 0,05$), манерность ($4,20 \pm 0,61$ балла, $p \leq 0,05$) и активный социальный уход ($3,70 \pm 0,19$ балла, $p \leq 0,05$).

Таким образом, результаты проведенного стандартизированного клинико-психопатологического исследования, позволили установить зависимость между уровнем дезорганизации личности и определенными клиническими особенностями психических расстройств, выраженностью продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов.

Так, у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности клиническая картина была представлена неврозоподобными и субдепрессивными расстройствами (непсихотические нарушения). Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствовала отсутствию либо минимальной тяжести проявлений ($1,26 \pm 0,27$) за счет раздражительности, враждебности и астении. Показатель выраженности негативных симптомов имел наименьшую тяжесть во всех клинических признаках шкалы PANSS ($1,37 \pm 0,12$). Оценка тяжести общих психопатологических симптомов имела большие межпоказательные разрывы от минимальных до умеренных цифр. Наиболее значимыми являлись депрессия, напряжение, тревога, недостаточная концентрация внимания, ощущение вины. Данные результаты полностью соответствуют нашему предположению о незначительном влиянии психопатологического процесса на качественные изменения личности. Следовательно, у «невротиков» остается целым ядро собственной идентичности и рациональности, но при этом отмечается снижение интенсивности эмоциональной энергии, которое зачастую сопровождается тревожной мнительностью, сензитивностью и разного рода зависимостями.

У пациентов с пограничным расстройством личности клинико-психологические особенности отличалась богатым полиморфизмом: от навязчивых и субдепрессивных состояний к редуцированным галлюцинаторным переживаниям. Последние в свою очередь характеризуются малой продолжительностью и низкой сенсорной напряженностью, что давало пациентам возможность достаточно точно выделить их в пространственно-временном континууме. Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствовала умеренным проявлениям ($2,82 \pm 0,56$). Среди позитивных расстройств наиболее значимыми являлись галлюцинаторные переживания подозрительность, враждебность. Показатель тяжести негативных симптомов соответствовал минимальным проявлениям ($2,16 \pm 0,24$) за счет пассивно-апатической социальной и эмоциональной отстраненности. Тяжесть общих психопатологических симптомов достоверно отвечала самым низким оценкам по всем группам сравнения ($3,38 \pm 0,29$). Полученные данные свидетельствуют о взаимопроникновении психопатологических симптомов в структуру данной личностной организации. Так, продуктивные расстройства в виде галлюцинаций вызывают временное искажение реальности, а негативная симптоматика (а именно отстраненность) закрепляет противоречия различных аспектов «Я», рождая на свет амбивалентную или антагонистическую идентичность пограничной личности.

Пациенты с психотической дезорганизацией личности характеризовались ослаблением эмоциональных реакций, снижением интереса к окружающим, падением общей активности, сужением потребности в общении, погружением в мир собственных переживаний. Клиническая картина развернутого психотического эпизода в большинстве случаев (65%) была представлена бредовыми расстройствами с развитием интерпретативных, систематизированных бредовых идей отношения. Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствовала умеренной степени ($4,3 \pm 0,36$). Наиболее тяжелыми являлись бредовые идеи, галлюцинации, дезорганизация мышления, идеи величия, подозрительность. Оценка выраженности негативных

симптомов свидетельствовала об умеренном уровне тяжести ($3,59 \pm 0,27$) за счет превалирующей роли пассивно-апатической социальной отстраненности, трудностей в абстрактном мышлении, недостаточности раппорта, эмоциональной отстраненности. Оценка тяжести общих психопатологических симптомов соответствовала в целом легкому уровню ($3,55 \pm 0,22$) с равномерным распределением тяжести. Наиболее выраженными являлись волевые нарушения, активный социальный уход, отсутствие сотрудничества, двигательная заторможенность, необычное содержание мыслей, ухудшение внимания, манерность. Результаты исследования показывают, что психотические психические расстройства наносят существенный ущерб структурным компонентам личностной организации. Позитивные симптомы, особенно активное, систематизированное бредообразование, вызывает потерю способности тестировать реальность пациентом. А негативные расстройства, удвоенные общей психопатологической симптоматикой, изменяют «Я» и «объект» - репрезентации идентичности до полной диссоциации (расщепления) личности психотического больного.

Полученные данные свидетельствуют о правомочности выделения уровней дезорганизации личности человека, страдающего психическим расстройством и необходимости поиска дифференцированных подходов к оказанию квалифицированной психиатрической помощи с учетом не только динамики продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов, но и структурных личностных изменений (дезорганизации), вызванных патологической психической средой.

3.3. Феноменологическая взаимосвязь личностных структур дезорганизованной личности и клинических проявлений психических расстройств

Личностная дезорганизация (ЛД) являются распространенным психическим состоянием, которое нарушает повседневное функционирование пациентов психиатрического профиля. Поскольку ЛД часто диагностируется и интерпретируется неправильно или полностью не учитывается практикующим врачом-психиатром, необходимы надежные и достоверные клинические диагностические инструменты для верификации ЛД. В настоящем исследовании мы попытались представить и объективизировать характеристики, присущие дезорганизованной личности, через эмпирическую модель измерения системы личностных качеств, которые составляют Международный методический психометрический инвентарь (PID-5-A) - достоверно установивший взаимосвязи с критериальными показателями личности и патологией личности [145].

Описание личности по PID-5-A представляет собой измерение самоотчета из 220 пунктов, которое было разработано специально для оценки иерархически организованных черт личности. Надежность и валидность PID-5-A были подтверждены в многочисленных исследованиях, которые дали значения внутренней согласованности выше 0,8 для большинства доменов [146-149]. Пять интегративных областей (Негативная аффективность, Отстраненность, Антагонизм, Расторможенность и Психотизм) были описаны как сопоставимые с неадаптивными вариантами модели Большой пятерки (Нейротизм, Экстраверсия, Приятность, Добросовестность, Открытость) [150], так как структура модели PID-5-A дезорганизованной личности была основана на таксономии нормальной личности [151].

Для исследования феноменологической структуры общей, позитивной и негативной симптоматики использовался клинко-психопатологический метод определения качественных клинических особенностей больных с различным уровнем дезорганизации личности, а также использование клинической рейтинговой шкалы PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), которая количественно позволила провести сравнительный анализ выраженности клинической симптоматики у исследуемого контингента.

Сравнительная характеристика личностных качеств больных в

зависимости от уровня личностной дезорганизации представлена в таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Сравнительная характеристики личностных качеств больных с различным уровнем дезорганизации личности

№ п/п	Личностные качества	Уровень дезорганизации личности		
		Основная	Группа сравнения	
		1 группа	2 группа	3 группа
1	Ангедония	18,7±2,2 ^{1,2}	19,3± 3,2 ⁴	4,4± 0,5
2	Тревожность	12,3±2,3 ³	21,1± 4,6 ⁴	23,2± 5,3
3	Активное внимание	12,1± 1,7	20,8±4,1 ²	14,5± 2,8
4	Бессердечие	22,7± 5,7	30,4± 4,8	32,5± 5,8 ^{1,4}
5	Лживость	13,4± 2,7 ¹	16,7± 1,3 ^{2,4}	20,2± 3,4
6	Депрессивность	30,5± 5,6 ¹	13,3± 1,8	25,4± 3,7
7	Отвлекаемость	12,3± 0,8	11,1± 0,6	16,4± 1,6
8	Эксцентричность	27,6±6,4 ¹	31,2± 6,3 ^{2,4}	26,7± 5,8
9	Эмоциональная лабильность	16,6± 3,7 ^{1,2}	13,2±2,4 ³	14,8± 2,0 ⁴
10	Грандиозность	11,5± 0,7 ¹	9,7± 0,4	8,3± 1,1 ³
11	Враждебность	24,5± 2,8	22,3± 2,7 ^{2,4}	17,4± 1,8
12	Импульсивность	7,6± 0,7	14,3± 0,9 ⁴	12,7± 0,8
13	Избегание близости	8,3± 1,2	11,2±1,4	15,3± 2,1
14	Безответственность	14,5± 1,5	14,2±1,4	10,8±0,6
15	Манипулятивность	4,6±0,4	8,8±1,7 ^{1,2,4}	6,9± 1,0
16	Перцептивная дизрегуляция	32,6± 5,4	24,3± 4,7	18,5± 3,2
17	Настойчивость	13,2±0,7	13,6±2,1	16,7± 2,7 ^{1,3}
18	Жесткий перфекционизм	23,4±2,8	21,5±2,2	22,5±2,7 ^{1,3}
19	Принятие риска	18,5±1,6	20,6±2,6	17,4±2,3
20	Ограниченная аффективность	17,7±1,6	14,2±1,8	9,8±1,4
21	Отсутствие безопасности при расставании	8,9±0,9 ^{1,2}	6,6±0,3	12,6±2,5
22	Покорность	6,4±0,8	5,1±0,7	5,3± 0,2
23	Подозрительность	16,4± 1,6 ¹	10,8±1,4 ^{2,4}	12,6±1,8
24	Необычные убеждения и переживания	18,2±2,7	9,9±0,4	6,5±0,7
Примечания: 1 – достоверность статистических различий при сравнении 1 группы с контрольной группой 2 и 3 (группа сравнения); 2 - достоверность статистических				

различий при попарном сравнении группы 1 и 2; 3 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3; 4 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3, во всех случаях уровень значимости $p \leq 0,05$.

В основной группе больных наблюдались статистически достоверные следующие значения личностных качеств: ангедония ($18,7 \pm 2,2$); депрессивность ($30,5 \pm 5,6$); эксцентричность ($27,6 \pm 6,4$); грандиозность ($11,5 \pm 0,7$); эмоциональная лабильность ($16,6 \pm 3,7$); отсутствие безопасности при расставании ($8,9 \pm 0,9$); подозрительность ($16,4 \pm 1,6$).

Изменения структурных показателей эмоционального реагирования психотического пациента – депрессивность, эмоциональная лабильность – отмечались у 97 пациентов (80,8%) и на практике первыми свидетельствовали об трансформациях в психической деятельности, являясь частью аттенуированной психотической симптоматики (от англ. attenuated - ослабленный, смягченный, затухающий). Она включала ослабленные психотические (Attenuated Psychotic Symptoms - APS) и короткие интермиттирующие психотические симптомы (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms - BLIP) [152-155] и характеризовалась крайней кратковременностью (от нескольких секунд до нескольких минут, но не более часа), возникновением на фоне активного акта сознания и включала в себя бредовые идеи отношения, преследования, воздействия, особого значения, инсценировки; зрительные и слуховые иллюзии; истинные галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные переживания, идеаторные, сенестопатические и кинестетические автоматизмы; симптомы малой кататонии и формальные расстройства мышления.

Чрезмерная эксцентричность до степени грандиозности и мегаломаничности приводила 79 психотических пациентов (65,8%) к борьбе с экзистенциальным ужасом новой психопатологической реальности, неспособности отстраниться от своих психологических проблем и относиться к ним бесстрастно. Этот дефицит чаще всего был связан с когнитивными иррациональными убеждениями и оценками, трудностями в построении

абстракций.

Приобретенные в процессе «жизни в болезни» личностные качества психотически дезорганизованной личности – подозрительность и отсутствие безопасности при расставании (67 чел. - 55,8%) подтвердили теоретико-аналитические концепции Эго-психологии и психодинамики объектных отношений, которыми мы руководствовались при организации исследования: психотическая личность внутренне не различает состояния Ид, Эго и Супер – Эго, а также в ней отсутствуют различия между наблюдающим и переживающим аспектами Эго, что приводит к смешиванию границ между внутренним и внешним опытом. У каждого второго пациента основной группы отмечалась ангедония (потеря интереса или удовольствия) - распространенное явление для пациентов с психотическими психическими расстройствами, так как оно отражает внутренний конфликт между «да» и «нет» дезорганизованной личности, вызывает переживания неудачи или стыда, беспокойства о своей ненужности, зависимости, ощущение пустоты, социальной изоляции, апатии, равнодушия.

Для второй группы исследования (пациенты с пограничным уровнем дезорганизации личности) были характерны следующие статистически значимые результаты: ангедония ($19,3 \pm 3,24$); тревожность ($21,1 \pm 4,64$); активное внимание ($20,8 \pm 4,12$); лживость ($16,7 \pm 1,32$), эксцентричность ($31,2 \pm 6,32$); эмоциональная лабильность ($13,2 \pm 2,43$); враждебность ($22,3 \pm 2,72$); импульсивность ($14,3 \pm 0,94$); манипулятивность ($8,8 \pm 1,71$); отсутствие безопасности при расставании ($6,6 \pm 0,3$); подозрительность ($10,8 \pm 1,42$).

Частично представленные личностные качества перекликались с ранее выявленными свойствами у психотической и невротической части пациентов, так как в терапевтической практике пограничная личностная дезорганизация неоднородна в клиническом смысле. Она занимает промежуточное место между «психотиками» и «невротиками», включая весьма выраженный психотический аспект, а также определенный, хотя и более хрупкий, невротический компонент. Эти две части личности вовлечены в довольно сложные взаимодействия,

поскольку преследуемые ими цели, как правило, антагонистичны [156]. Психотическая часть стремится к реставрации (средствами проективной идентификации и образования бредового объекта) разрушенного внутреннего мира и к сохранению иллюзорного могущественного контроля над объектом в попытке восстановить поврежденное Эго и избежать боли актуальной или потенциальной утраты объекта. Невротическая часть пытается расширить контакт с внешней и внутренней реальностью (что предполагает признание и переживание факта независимого существования и возможности утраты объекта привязанности) и справиться с сопровождающими такой контакт чувствами душевной боли, горя и вины [157]. Так у 30 человек (83,3%) во второй группе были выявлены высокие показатели ангедонии, подозрительности, отсутствия безопасности при расставании в сравнение с психотической дезорганизацией личности, а также тревожность, эмоциональная лабильность в сравнение с невротической группой. Опираясь на результаты исследования, привлекают внимание личностные качества присущи сугубо пограничной дезорганизации личности, а именно импульсивность, лживость, манипулятивность. Данные качества способствовали изменениям, в первую очередь объектных (межличностных) отношений – развитию зависимого и созависимого поведения с партнерами по коммуникации, а во вторую – диффузии личностной идентичности. Дезинтеграция идентичности вызывала у больных проявления импульсивности, эмоциональные «срывы», постоянный фоновый высокий уровень тревоги, который был зафиксирован у 28 больных (77,8%).

Данные сравнительной характеристики третьей группы (невротическая дезорганизация личности) показали статистически выраженные личностные девиации в виде: бессердечности ($32,5 \pm 5,8$); тревожности ($23,2 \pm 5,3$); настойчивости ($16,7 \pm 2,7$); жесткого перфекционизма ($22,5 \pm 2,7$); подозрительности ($12,6 \pm 1,8$); эмоциональной лабильности ($14,8 \pm 2,0$); грандиозности ($8,3 \pm 1,1$).

При невротической дезорганизации личности в целом наблюдались нарушение приспособления к новым внешним и внутренним обстоятельствам.

При этом в первую очередь страдали тонкие и высокоспециализированные особенности личностной индивидуальной приспособляемости (самоконтроль, самооценка, самореализация и др.). Однако эта дезадаптация не вызывала психотических нарушений, в первую очередь - продуктивных психопатологических расстройств (бреда, галлюцинаций, автоматизмов и др.) и не приводила к развитию дементных состояний у этих больных.

Жизнь с психическим расстройством пациента невротического регистра имеет определенное психогенное содержание, которое достигает психотравмирующей силы, вызывая нарушение упорядоченных коммуникационных отношений. Так 42 человека (70%) отметили развитыми у себя личностные качества настойчивости, жесткого перфекционизма, подозрительности и бессердечия в сравнении с основной и пограничной группой испытуемых. Данные качества свидетельствовали о нарушениях в понимании морально-этического долга и ценностных установок «невротического» пациента, они искажали представления о близких взаимоотношениях, чем девальвировали содержательные характеристики Супер-Эго. 38 человек (63,3%) предпочли ответы по опроснику PID-5-A, связанные с эмоциональной лабильностью. Эти пациенты не прибывали в семейных или других отношениях длительное время, предпочитая развод или свободные связи в виде конкубината. Во время клинической беседы они проявляли неусидчивость, тревожность, реактивность, чем сбывали ритм и продолжительность терапевтического воздействия.

Таким образом, все три уровня дезорганизации личности имели как сходный, так и достоверно противоположный набор личностных качеств. Для пациентов с психотической дезорганизацией личности были характерны депрессивность, ангедония, эксцентричность, что сочеталось с яркими симптоматическими проявлениями психических расстройств, нарушениями реального и смыслового образов действительности, размыванием границ между своим и чужим. Пограничные дезорганизованные личности занимали промежуточное место между психотическими и невротическими аспектами. Для

них в большей мере имело место изменение личностных проявлений в поведенческой сфере в виде импульсивности, враждебности, манипулятивности, что откладывало глубокий отпечаток на построение долгосрочных объектных отношений. Больные с невротической дезорганизацией личности, стремясь к эгоцентрической позиции за счет своего жесткого перфекционизма, бессердечия, подавляли импульсы морально-ценностных структур. Итак, заполнив субъективно-личностное психологическое пространство каждого уровня дезорганизованной личности определенными личностными качествами, необходимо продолжить поиск взаимосвязей между актуальной клинической психопатологической симптоматикой и внутренними личностными структурами.

В таблице 3.6 проведена оценка взаимосвязи средних значений выраженности позитивных, негативных, общих психопатологических симптомов и структурных личностных качеств больных с различным уровнем дезорганизации личности.

Таблица 3.6 - Взаимосвязь общих, позитивных, негативных психопатологических симптомов и особенностей иерархически организованных черт личности с различным уровнем дезорганизации

Домены личностных качеств	Группы	Среднее значение позитивных симптомов	Среднее значение негативных симптомов	Среднее значение общих психопатологических симптомов
Негативная аффективность	1	0.22	0.45*	0.53*
	2	0.21	0.41	0.50
	3	0.42	0.57	-0.43
Отстраненность	1	-0.44	0.61*	0.48*
	2	-0.24	0.46	0.14
	3	-0.12	0.32	0.57*
Антагонизм	1	0.71	-0.24	-0.17
	2	0.54	0.43*	0.14
	3	0.13	0.41	-0.26

Расторможен- ность	1	0.47*	0.27	0.22
	2	0.38*	-0.21	0.18
	3	-0.32	0.25	0.25
Психотизм	1	-0.28	0.42	0.21
	2	0.34	0.42*	0.36*
	3	0.30	0.36	-0.37
Примечание: * - достоверно на уровне значимости $p \leq 0,05$				

Расторможенность (в частности импульсивность) как черта личности больного с психотической дезорганизацией статистически достоверно способствовала усилению позитивных проявлений психотических расстройств в виде идей величия и других бреподобных суждений ($r=0.47$, $p \leq 0,05$). Такие личностные качества как «ангедония-отстраненность» ($r=0.61$, $p \leq 0,05$) и негативная аффективность ($r=0.45$, $p \leq 0,05$) нашли свое отражение в негативных симптомах, а качества депрессивности ($r=0.48$, $p \leq 0,05$) и тревожности ($r=0.53$, $p \leq 0,05$) – в двигательной заторможенности и волевых нарушениях.

Личностные особенности больного с пограничной дезорганизацией личности – импульсивная расторможенность ($r=0.38$, $p \leq 0,05$) и враждебность ($r=0.43$, $p \leq 0,05$) отражались в продуктивной симптоматике; а эксцентричность психотического свойства ($r=0.42$, $p \leq 0,05$) усиливала пассивно-апатическую отстраненность и тревожность ($r=0.36$, $p \leq 0,05$) пациентов.

В свою очередь жесткий перфекционизм и эмоциональная лабильность ($r=0.57$, $p \leq 0,05$), которые достоверно были характерны для больных с невротической дезорганизацией личности способствовали возникновению общих психопатологических симптомов в виде сниженного аффекта, напряженности и чувства вины.

Таким образом, была зафиксирована связь между структурирующими качествами дезорганизованной личности и психопатологической клинической картиной. Первичная диагностика и раннее выявление высоких показателей в специфических доменах личностных качеств у больных психиатрического

профиля способствует корректному и своевременному их распределению по уровням дезорганизации личности (отстраненность, негативная аффективность характерны для психотической дезорганизации, антагонизм и психотизм – для пограничной) и на стартовом этапе содействует более точному прогнозированию пути развития психического недуга – либо в психотическую, либо невротическую сторону.

РАЗДЕЛ 4

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ САМОРЕГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И СТРУКТУРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

4.1. Разрушение целостности («деиндивидуализация») личности как высшее проявление саморегуляционной дезорганизации

В основе личностной целостности лежит восприятие человеком своей идентичности. Сам термин «идентичность» имеет довольно широкое значение, которое затрагивает смысловую и рефлексивную сферы, а также социально-экономические условия жизни человека. Термин «идентичность» происходит от понятия «идентификация», которое было впервые введено в научный обиход З. Фрейдом для описания динамики развития личности ребенка. Идентификация – это процесс и результат неосознанного отождествления себя с другим человеком или определенной группой на основании установившейся эмоциональной связи, а также включения их в свой внутренний мир и принятие их норм, ценностей и образцов, как собственных [158].

В самом процессе идентификации заложены механизмы проекции и интроекции, которые борются с развитием рефлексии и самосознания, лежащих в процессе обособления. В.И. Слободчиков в своей работе [159] приходит к выводу, что именно диалектическое противостояние этих механизмов – есть основа развития личности как таковой. В процессе развития личности происходит поочерёдное верховенство одного из процессов, т.е. происходит смена двух этапов: накопления информации о себе из внешнего мира и интериоризация этой информации.

На протяжении становления личностной идентичности встречаются специфические кризисы, выделенные Дж. Марсией в 1966 году [160]. По его

словам, кризисы идентичности протекают в двух измерениях: Исследования - процесса, ведущего к выбору целей, ценностей, ролей и убеждений, а также Приверженности - участия в определенном типе профессиональной, межличностной, религиозной и социальной деятельности, возникающей в результате решения проблем идентичности [161]. Благодаря этим двум процессам можно выделить четыре статуса идентичности: Диффузный, Утраченный, Достигнутый и Мораторий. Идентичность проявляет диффузию, когда индивид не исследует и не занимается деятельностью, направленной на достижение целей/ценностей в своей жизни. Утраченный статус характеризуется наличием обязательств без изучения альтернативных стратегий совладания с переживаниями, в отличие от моратория, который предполагает изучение действительности без приобретения ответственности. Наконец, достигнутая идентичность - это статус типичный для индивида, который пережил кризис, изучил свою идентичность и принял решение о своих обязательствах и ответственности. По словам Дж. Марсии [162], индивиды с достигнутой идентичностью являются более зрелыми, с внутренним локусом самоопределения.

Современные эмпирические исследования с конкретной ссылкой на статусы идентичности касаются связи между ними и психосоциальными установками, личностными чертами, в том числе дезорганизационного свойства, и поведенческими качествами. Согласно результатам, диффузия идентичности связана с эмоционально-ориентированным преодолением, нейротизмом, депрессией, плохой адаптацией и, в негативном смысле, с самосознанием, когнитивной настойчивостью, добросовестностью и благополучием [163]. Утраченная идентичность сочетается с добросовестностью, приятностью, благополучием, а также с ограниченной терпимостью к информационной угрозе, личным убеждениям или ценностям. Достигнутая идентичность связана с когнитивными потребностями, саморефлексией, способностью справляться с проблемами, открытостью, дружелюбием и добросовестностью [164;165]. Для лиц, находящихся в моратории, характерен более высокий уровень тревожности,

конфликты со значимыми персонами и более низкий уровень благополучия [166].

Проблема настоящего исследования заключена в следующем вопросе: каким образом компонент саморегуляционного потенциала - психологическое благополучие зависит от статуса идентичности больных с дезорганизованной личностью? Для ответа были сформулированы три гипотезы: 1. Существуют взаимосвязи между аспектами идентичности и психологическим благополучием дезорганизованной личности; 2. Высокий уровень воспринимаемого благополучия свидетельствует о достигнутой идентичности, а низкий уровень характерен для диффузной; 3. Существуют различия в показателях субъективного благополучия между группами испытуемых, характеризующиеся различным характером процессов идентичности в отношении благополучия в целом. Ожидаемая закономерность такова: пациенты, преимущественно невротического уровня дезорганизации личности, с достигнутым статусом идентичности будут иметь высокий уровень психологического благополучия, а пациенты (психотического и пограничного уровней дезорганизации) с диффузным статусом идентичности - наоборот.

В основной группе был зафиксирован диффузный (81 чел., 67,5%), утраченный (22 чел., 18,3%) статус идентичности и мораторий личности (17 чел., 14,2%). В группах сравнения наблюдалась также достаточная гетерогенность измеряемых статусов: группа с невротической дезорганизацией личности включала – статус достигнутой идентичности (42 чел., 70,0%) и мораторий (18 чел., 30,0%), а пограничные пациенты имели диффузную идентичность (30 чел., 83,3%) и мораторий (6 чел., 16,7%).

Далее были изучены корреляционные связи между исследуемыми измерениями идентичности (достигнутая, диффузная, утраченная, мораторий) и психологическим благополучием больных в целом (табл. 4.1).

Таблица 4.1 - Корреляционный анализ между статусами идентичности и субъективным благополучием больных

№ п/п	Группа статуса идентификации /шкала ПБ	Диффузный (n=111) M±SD	Утраченный (n=22) M±SD	Мораторий (n=41) M±SD	Достигнутый (n=42) M±SD	Различия F(3,205), p
1	Позитивные отношения	65.4±14.3	73.3±15.6	68.4±16.8	67.3±16.3	2.57, p≤0.05
2	Автономия	67.3±13.5	71.8±13.9	67.5±16.4	66.1±14.9	1.43, p≤0.07
3	Управление средой	73.5±11.8	78.7±11.6	76.1±14.3	76.9±12.0	1.50, p≤0.1
4	Личностный рост	51.2±9.1	55.4±10.4	64.4±11.8	78.6±8.7	1.47, p≤0.06
5	Цели в жизни	68.5±14.2	76.4±12.8	71.6±16.1	71.0±13.7	2.72, p≤0.05
6	Самопринятие	67.9±26.2	81.7±19.2	75.2±23.6	73.7±22.7	3.05, p≤0.03
7	Психологическое благополучие	271.1±26.4	315.5±30.9	288.6±21.3	356.3±27.7	2.10, p≤0.05

Все четыре статуса идентичности достоверно различались в общем ощущении психологического благополучия, которое представляло собой сумму результатов во всех областях (ANOVA: $F(3,205) = 2,72, p \leq 0,05$). Участники с достигнутым статусом идентичности показывали самый высокий уровень общего благополучия, в то время как испытуемые с диффузным статусом — самый низкий. Тем не менее, выделенные группы статусов существенно не различались по конкретным структурным областям психологического благополучия (MANOVA: $F(4,202) = 1,43, 0,08$).

Приведенные выше результаты показали статистически значимые различия только в отношении групп с достигнутым и диффузным статусами идентичности. Пациенты, переживающие мораторий или утраченную идентичность, характеризовались значительно более высоким благополучием в

областях удовлетворенности жизнью и социальными отношениями, чем лица с диффузным статусом.

В дополнение к различиям между группами важно подчеркнуть, что внутри самих групп возникали дополнительные различия: в областях качества жизни по всем шести аспектам можно найти более высокие результаты в области окружающей среды и более низкие результаты в таких областях, как автономия и удовлетворенность личностным ростом, в группах диффузного и достигнутого статусов. Независимо от определенного статуса идентичности и уровня дезорганизации личности, больные в целом характеризовались более низким чувством собственного достоинства, уверенностью в себе и самооценкой, а также более низким уровнем удовлетворенности своим физическим и психическим здоровьем.

Разделение, основанное на статусах идентичности, однако, не проводило четкого различия между больными в отношении их уровня дезорганизации и ощущения собственного психологического благополучия. Для того, чтобы найти более однородные группы по двум процессам идентификации (исследования и приверженности), характерных для каждого статуса идентичности, и глобального показателя психологического благополучия, был проведен кластерный анализ с использованием алгоритма кластеризации k-средних. Для интерпретации было выбрано решение с пятью кластерами; результаты представлены в таблице 4.2.

Таблица 4.2 - Сравнение между кластерными группами по статусам идентичности, процессами идентичности и общим показателем психологического благополучия

Кластер/Процесс идентичности	1 (C+E-) (N = 39)		2 (C-E-) (N = 36)		3 (C+E+) (N = 42)		4 (C-E-) (N = 81)		5 (C-E+) (N = 18)		Различия F (4,228) p	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Приверженность	71.8	6.4	57.8	6.2	57.7	8.7	60.3	6.1	57.1	5.4	42.9	0.001

Исследование	51.5	7.5	52.7	6.0	64.8	4.8	51.0	5.5	58.9	7.0	31.8	0.001
Общей показатель психологического благополучия	69.9	5.7	43.5	8.2	62.8	7.7	64.4	4.9	71.3	5.9	225.4	0.001

Выделенные группы кластеризации демонстрировали сходство как с четырьмя измерениями статусов идентичности, так и специфичность по уровням дезорганизации личности. Соответственно, изолированные группы кластеров описываются в терминах измерений идентичности. Кластер 1 (39 чел.) представлял собой группу пациентов с психотическим уровнем дезорганизации личности с высоким уровнем приверженности и низким уровнем исследования, что указывало на утраченную идентичность (C+, E-). Кластер 2 (36 пациентов с пограничным уровнем дезорганизации) и кластер 4 (81 пациент с психотической дезорганизацией личности) представляли больных со сниженным уровнем как приверженности, так и исследования, что предполагало диффузную идентичность (C-, E-). Более высокий уровень приверженности и исследований среди испытуемых кластера 3 указывал на достигнутую идентичность (C+, E+) личности с невротической дезорганизацией, в то время как идентичность моратория (C-, E+), проявляющаяся в кластере 5 (также невротическая группа) ассоциировалась с более низкой приверженностью и более высоким уровнем исследований. Эти группы существенно различались ($p \leq 0,001$) как в измерениях идентичности, так и в глобальном показателе воспринимаемого психологического благополучия (ANOVA: $F(4,228) = 225,46$, $p \leq 0,001$).

Самый высокий показатель субъективного благополучия наблюдался в кластере 1 (C+E, утраченная идентичность) и кластере 5 (мораторий). Самый низкий показатель наблюдался в кластере 2 (диффузная идентичность), в то время как кластер 3 (достигнутая) характеризовался значительно более низким благополучием, чем в кластерах 5 (мораторий) и 4 (диффузная).

Больные из группы 1 (психотическая дезорганизация личности) демонстрировали приверженность, не задавая себе вопросов об идентичности, и проявляли пассивное зависимое поведение. Они были удовлетворены текущим

положением дел и имели относительно высокое чувство психологического благополучия. С другой стороны, респонденты из группы 5 (невротическая дезорганизация) имели нерешенные проблемы с идентичностью, они находились на стадии тестирования различных возможностей. Более того, несмотря на отсутствие у них приверженности в реализации целей и ценностей, они имели относительно высокое чувство психологического благополучия. Личности с невротиической дезорганизацией предпочитали изменчивость и относились к жизни как к эксперименту, что сочеталось с относительно высоким общим комфортом. Удивительно низкое чувство психологического благополучия характерно для больных с достигнутой идентичностью — кластер 3 (невротическая группа). Поиск ответов на вопросы об идентичности и стремление следовать выбранным ценностям и морали не обеспечивали надлежащего уровня психологического комфорта. Однажды сформировавшаяся идентичность могла привести к необходимости отказа от многих привлекательных форм деятельности.

Далее были определены различия между кластерными группами идентичности дезорганизованных пациентов и другими областями психологического благополучия (табл. 4.3).

Таблица 4.3 - Сравнение между кластерными группами в различных областях психологического благополучия

Кластер / Область психологического благополучия	1 (C+E-) (N = 39)		2 (C-E-) (N = 36)		3 (C+E+) (N = 42)		4 (C-E-) (N = 81)		5 (C-E+) (N = 18)		Различия	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F (4,228)	p
Позитивные отношения	78.0	9.8	40.7	11.6	54.4	14.1	61.9	9.3	77.3	8.6	87.1	0.001
Автономия	57.2	8.2	44.1	7.6	46.8	7.7	52.7	11.6	68.5	9.3	62.4	0.001

Управление средой	82.7	7.8	56.5	12.5	68.4	10.9	69.7	9.9	81.9	8.9	47.9	0.001
Личностный рост	75.5	12.4	47.3	7.8	66.5	8.1	51.7	7.3	63.6	9.0	75.9	0.007
Цели в жизни	81.2	10.3	30.7	14.9	57.7	20.8	66.5	14.9	89.2	8.8	126.8	0.001
Самопринятие	76.7	8.7	46.3	10.6	54.2	11.0	60.7	8.6	76.8	9.8	78.8	0.001

Пациенты кластера 1 (статус утраченной идентичности) и кластера 5 (мораторий) демонстрировали одинаковый уровень психологического благополучия во всех областях. Следовательно, можно утверждать, что пациенты невротического и психотического уровней дезорганизации с противоположными процессами исследования и приверженности идентичности — то есть те, кто не проходил период исследования, но стремился реализовать априорно принятые стандарты, и люди, которые интенсивно выбирали возможные пути самореализации — характеризовались общей удовлетворенностью жизнью, своими социальными отношениями и возможностями, предлагаемыми окружающей средой. Более низкая удовлетворенность жизнью, собой и своими межличностными отношениями была характерна для больных с достигнутой идентичностью (невротическая группа). Больные кластеров 2 и 4 (диффузный статус идентичности) демонстрировали различную интенсивность психологического благополучия в областях: кластер 2 — очень низкий уровень психического благополучия, включая разочарование в отношении жизни, ощущении себя, удовлетворенности окружающей средой; кластер 4 — большую удовлетворенность своей автономией и возможностями окружающей среды, хотя и ниже по сравнению с лицами из кластеров 1 и 5. Описанные характеристики показывают сложность оценки феноменов идентичности у больных, а также неоднозначную связь

между процессами идентичности, дезорганизацией личности и психологическим благополучием.

С учетом результатов исследования, представленных выше, первая из гипотез о существующей взаимосвязи между статусами идентичности и психологическим благополучием дезорганизованной личности, а также отрицательном соответствии между исследованием и психологическим благополучием, и положительном с приверженностью, была частично подтверждена. Приверженность процессов идентичности положительно соответствовала психологическому благополучию. Первая гипотеза не была подтверждена в том, что касалось Исследования идентичности. Тестирование новых задач, ролей, целей и ценностей не было связано с благополучием, хотя способность исследовать окружающую среду в быстро меняющейся и совершенно непредсказуемой социальной среде является базовой способностью и важным условием здоровья.

Вторая гипотеза, постулирующая, что больные с достигнутой идентичностью характеризуются самым высоким уровнем психологического благополучия, в то время как респонденты с диффузной идентичностью - самым низким чувством психологического комфорта, также была частично подтверждена. Анализ результатов, полученных в четырех группах с различными статусами идентичности, показал, что больные с диффузным паттерном идентичности, представленные психотической и пограничной дезорганизациями личности, имели самый низкий уровень благополучия, в то время как самый высокий уровень был характерен для лиц с утраченной идентичностью, а не с достигнутым статусом идентичности, как предполагалось ранее. Похоже, что у больных с диффузной идентичностью нет определенных предпочтений или стабильного самоопределения, в то время как немедленное удовольствие, получаемое от различных видов деятельности, не приносило им долгосрочного удовлетворения и не давало оснований для высокой оценки психологического благополучия. Тем не менее, относительно высокий уровень психологического благополучия у лиц с утраченной идентичностью может

означать, что для пациентов с психотической дезорганизацией личности утраченная идентичность является высокоадаптивной. Согласно Мееус и др. [167] люди на стадии утраченной идентичности перенимали стандарты из окружающей среды, не прилагая усилий для решения проблем, выбора целей, ценностей, ролей или убеждений, касающихся окружающего мира. Поскольку на них не влияли дилеммы идентичности, они поддерживали благополучие.

Самый низкий уровень благосостояния был выявлен у больных с невротической дезорганизацией личности, находящихся в моратории, из-за «издержек» кризиса идентичности, связанных с интенсивным изучением целей/ценностей и низкой ответственностью.

Гипотеза, постулирующая более высокое благополучие у больных с достигнутой идентичностью, не подтвердилась. В рамках кластерного анализа был выявлен неожиданный результат: пациенты с утраченной и диффузной идентичностью характеризовались более высоким психологическим благополучием, чем респонденты с достигнутой идентичностью. Возможное объяснение этого явления заключается в том, что в культуре сосуществуют два историкообусловленных стиля организации общества. Первый, благоприятствующий множественности и разнообразию опыта - «постмодернистский стиль функционирования» предоставляет возможность для относительно высокого психологического благополучия сформированной идентичности, но только в том случае, если индивид прилагает когнитивные усилия для самоопределения и выбора своих ценностей, не испытывает сомнений, дилемм, неуверенности или тревоги. Другой - «традиционный стиль» предлагает человеку утраченную идентичность, которая утверждает строго следовать принятым общественным ценностям, глубоко укореняет индивида в определенных убеждениях, ценностях или моделях поведения, что способствует относительно высокому благополучию. Достигнутая идентичность связана с выбором определенного образа жизни и предпочтений, выбором, который - ввиду такого широкого культурного предложения - требует избирательного подхода, прежде всего отказа от ряда других привлекательных возможностей.

Более высокое психологическое благополучие в группе с диффузной идентичностью по сравнению с группой с достигнутой идентичностью может указывать на то, что некоторые больные функционируют адаптивно, не делая постоянных выборов и решений, и принимают идентичность только на временной, пробной основе, без исследования. Они не прилагают усилий для поиска идентичности, а вместо этого выбирают адаптивное поведение для разных случаев жизни.

Третья гипотеза, постулирующая различия в показателях субъективного благополучия между группами испытуемых, характеризующиеся различным характером процессов идентичности в отношении благополучия в целом, была в значительной степени подтверждена. Процессы идентификации динамичны и развиваются многогранно, они затрагивают все показатели психологического благополучия, вне зависимости от уровня дезорганизации личности.

Результаты исследования приводят нас к выводу, что формирование идентичности следует понимать в гораздо более широкой перспективе. Глобализация усложняет феномен идентичности не только в культурном, личностном и ресурсном аспектах. Область вопросов идентичности значительно расширилась - от более традиционных, таких как профессия, политика и религия, до более прогрессивных, включая дружбу, личную сферу или гендерные предпочтения. Культурные трансформации и новые вызовы, с которыми сталкиваются больные при переживании структурного изменения личности, создают более широкое пространство для тестирования различных ролей и систем ценностей без необходимости принятия обязательных решений.

Формирование идентичности - это длительный процесс, который не приводит к окончательному решению в виде достигнутой стабильной идентичности. По этой причине предлагается процессуальный подход к идентичности, чтобы заменить ограниченный, жесткий и устаревший подход, основанный на стабильных статусах. Следует подчеркнуть, что даже достигнутая идентичность пациента с невротической дезорганизацией личности может меняться в сторону моратория. Таким образом, психологическое

благополучие пациентов с различными уровнями дезорганизации личности также подвергается значительной изменчивости в зависимости от текущего статуса идентичности.

4.2. Дисфункциональное мышление (иррациональные установки) в сочетании с комплексными нарушениями саморегуляции в системе личностной дезорганизации

Личность как социальный феномен является продуктом исторического развития общества, носителем социальных свойств человека. Личность может пониматься как конкретный индивид, достигший определенного уровня развития, и как научная абстракция, используемая для понимания и объяснения социальных свойств человека. Сбалансированность, стабильность личностной структуры конкретного человека определяется многими факторами, среди которых важное место занимают образ жизни и внешние ориентиры поведения человека, поэтому изучение процесса становления его личности – это всегда исторический анализ, предполагающий целостное биографическое исследование жизненного пути человека, его творчества и того влияния, которое он оказывал на ход событий и судьбы других людей [168].

Понятие «личность» включает в себя и степень волевой регуляции поведения, и использование нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе системы поступков. Из данного определения следует, что для оптимального, стабильного функционирования личность должна обладать социально-психологическими образованиями, включающие оценку и отношение человека к своей жизни и самому себе. Таким образованием является психологическое (субъективное) благополучие. Оно включает когнитивный, эмоциональный, поведенческий компоненты и характеризуется субъективностью, позитивностью и

глобальностью измерения. В исследованиях психологов, социологов, философов рассматриваются различные аспекты субъективного благополучия. При этом в центре внимания исследователей оказываются потребности и ценности, осознание их, своего поведения и результата деятельности по их удовлетворению, вызывающее определенное состояние (удовлетворенность, счастье, позитивные эмоции) [169; 170].

На основании данных состояний формируется самооффективность личности - убежденность человека в успешность либо тщетность его попыток овладеть трудовой и межличностной ситуациями, способность решать задачи любой сложности [171].

Противопоставлением «сбалансированности» личностной структуры представляется другое независимое понятие «дезорганизация» личности. О ней мы начинаем говорить, когда «отклонения самого разного рода принимают гротескный характер, например, возникает резкий диссонанс между образом жизни, поведением, деятельностью индивида с его ближайшим окружением, с обычным заурядным в исторически конкретном обществе уровнем конфликтности, несогласованности, нонконформизма, постоянно неизменным категорическим отказом или неспособностью к компромиссам» [172].

Так, А.О. Бухановский под термином «дезорганизация» понимает «патологический процесс разрушения сложившейся к моменту начала болезни структуры личности в целом или отдельных ее компонентов. Дезорганизация приводит к разнообразным по выраженности и структуре дефектам личности» [173]. Иррациональные установки представляют неотъемлемую часть существования дезорганизованной личности, их активное бессознательное использование препятствуют росту и развитию личности, а также затрудняют адаптацию человека в новых, изменившихся жизненных ситуациях.

Возвращаясь к самооффективности – как к противоположной ипостаси дезорганизованной личности отметим, что высокая самооффективность меняет мышление, способствует увеличению позитивных суждений о себе самом, определяет силу и устойчивость мотивации к действию на пути к достижению

цели. Люди с высокой самооэффективностью считают себя хозяевами своей жизни, они берут ответственность за все, что делают и понимают, что многое в жизни зависит от их решений и действий. Люди с низкой самооэффективностью объясняют свои неудачи влиянием судьбы, предопределенности [174 - 176].

В психологической литературе наряду с понятием самооэффективность широко используются такие термины, как «самоуважение», «самоотношение», «чувство собственного достоинства», «самопринятие», «самооценка», «Я-концепция», «образ-Я», «удовлетворенность собой», «чувство собственной компетентности» и т.п. [177 - 181], которые одними авторами рассматриваются как синонимы, а другими употребляются в разных значениях. Общим в понимании самооэффективности разными авторами является ее отождествление с уверенностью в собственных возможностях и имеющимся потенциале; с убежденностью в своих способностях что-то изменить; с представлением и суждением о собственной продуктивности в предстоящей деятельности или общении; с позитивным настроем. Эти толкования объединяет ярко выраженная когнитивная направленность [182].

Впервые понятие «самооэффективность» было представлено в работах американского психолога А.Бандуры в 70-х годах XX века в рамках социально-когнитивной теории личности, основанной на принципе взаимного детерминизма поведения, личностных факторов и окружения, и означает уверенность человека в собственной конкретно обозначенной компетентности, в своих способностях организовать и исполнить действия, необходимые для определенных достижений в той или иной деятельности [183]. Люди, осознающие свою самооэффективность, ожидают от себя значимых результатов, прилагают больше усилий для выполнения сложных задач в отличие от людей, сомневающих в своих возможностях. Именно сила убежденности в самооэффективности позволяет человеку регулировать степень своей активности, осуществлять самоконтроль. Таким образом, уровень самооэффективности влияет на цель, стремления человека и прилагаемые им усилия по их достижению.

Были сформулированы основные факторы, способствующие положительной самооффективности [184]:

1. Опыт проживания собственного успеха. Этот фактор является самым мощным инструментом формирования самооффективности, так как укрепляет веру человека в себя, в свои знания, способности. Человек убеждается в том, что «я могу». Это ведет к более уверенному, активному поведению. Особенно важно, если человек смог добиться успеха самостоятельно, только своими усилиями и трудом.

2. Пример успеха других людей. Самооффективность человека особенно возрастает в том случае, если он видит сходство свое с другими успешными людьми.

3. Социальное одобрение и поощрение имеет кратковременный эффект на развитие самооффективности. Каждый разумный человек осознает, что его социальный статус и авторитет в глазах других – это недолгое явление.

4. Переживание определенного волнения или положительных эмоций в результате осуществления каких-либо действий, что приводит к усилению веры в себя и в результат своей деятельности.

Обращают на себя внимание выделяемые в исследованиях разновидности самооффективности: общая (Р. Шварцер и М. Ерусалем), самооффективность в сфере деятельности и в сфере общения (М. Шеер и Дж. Маддукс), академическая и социальная самооффективность (Е.А. Шепелева) и др. [185-187]

М.И. Гайдар [188] ввел понятие личностной самооффективности, которую рассматривает (в широком смысле) как восприятие, оценку и веру человека в эффективность своих личных качеств. Его умозаключения взяли свое начало из опубликованных около четверти века назад работ С. Кови [189] и Дж. Уитмора [190]. Стивен Кови, рассуждая на тему личной эффективности в своей книге «Семь навыков высокоэффективных людей», предложил так называемую концепцию двойного создания. Он утверждает, что любое целенаправленное действие человек всегда выполняет дважды: первый раз в своем воображении, собственном сознании, а второй раз уже в материальной реальности, выполняя

это действие. В данном случае, речь идет не только об эффективном мышлении, но и об эффективных действиях, которые отличаются организованностью, основанной на четком планировании. Личная эффективность - это в том числе и баланс между желаемым результатом и ресурсами, позволяющими его получить.

В текущем исследовании мы рассматриваем компоненты саморегуляционного потенциала - самооффективность и психологическое благополучие - больных неразрывно в контексте дисфункциональных когнитивных убеждений, возникающих при различных уровнях дезорганизации личности.

Анализируя полученные данные, было установлено, что у 45 (75,0 %) пациентов с невротической дезорганизацией личности определяется средний уровень дисфункциональности когнитивных искажений, у 15 (25,0 %) испытуемых – низкий. В пограничной группе у 10 (27,8 %) пациентов выявлен средний уровень дисфункциональности искажений, и у 26 (72,2 %) – высокий уровень. В группе респондентов с психотической личностной деструкцией обнаружен высокий уровень дисфункциональности иррациональных установок у 100% обследуемых. Средние границы показателя выраженности дисфункциональных отношений находятся в интервале от 103 до 138 баллов.

Пациенты с невротической дезорганизацией личности обладали интегрированным чувством идентичности, что позволяет им успешно трактовать пережитый опыт, строить цельные образы, достаточно адаптивно справляться со своими переживаниями. Их поведение зачастую строится на иррациональных установках максимализма, нередко доходящих до уровня перфекционизма, что формирует в пациентах чувство сомнения в реальность силы своих убеждений и притязаний, порождает болезненный конфликт между желанием и тех препятствий, которые преграждают путь к их осуществлению. Следует отметить, что у «невротиков», переживающих психическое расстройство, ярко актуализирована потребность в негативной катастрофизации событий, связанных с лечебно-диагностическим процессом.

У пациентов психотического уровня общее жизненное пространство было ограничено, они имели серьезные трудности с идентификацией собственной личности. Границы между внешним и внутренним содержанием переживаний у пациентов были смазаны. В силу полного отсутствия тестирования реальности, у «психотиков» наблюдался определенный абсентеизм управления средой и личной автономией, мышление и поведение приобретает поляризованный характер крайними категориями: адекватный – сумасшедший, безупречный – порочный, хороший - плохой.

Пограничные пациенты находились в промежуточном положении невротически-психотического континуума, поэтому их поведение было полно противоречий, а способность принимать себя и других резко ослаблена. Мысли у представителей данной категории дезорганизации личности были наполнены сверхобобщениями, преувеличением или полным отрицанием интенсивности и глубины любой проблемы.

С помощью корреляционного анализа Спирмена на основе данных методик «Шкалы дисфункциональных отношений» и «Шкалы психологического благополучия К. Рифф» в исследуемых группах больных были выявлены статистически значимые ($p \leq 0,05$) взаимосвязи показателей психологического благополучия и степени выраженности дисфункциональных отношений (когнитивных искажений), что отражено в таблице 4.4.

Таблица 4.4. - Взаимосвязь степени выраженности дисфункциональных отношений и показателей психологического благополучия в группах больных с различным уровнем дезорганизации личности

Показатель	Основная группа			2 группа			3 группа		
	Степень выраженности дисфункциональных отношений								
	высокая	средняя	низкая	высокая	средняя	низкая	высокая	средняя	низкая

Позитивные отношения с другими	-0,29*	-0,4	0,2	-0,31	-0,35	0,02	-0,34*	- 0,25	0,14
Автономия	0,13*	0,16	0,41	0,036	0,32	0,24	0,05	0,12	0,12
Управление средой	-0,44	0,43	0,12	0,136	0,02	0,03	0,26	0,2	0,12
Личностный рост	-0,24*	-0,07	0,01	-0,128	-0,17	0,13	0,24*	- 0,12 *	0,25
Цели в жизни	0,37	0,3	- 0,14	0,11	0,01	0,03	0,18	0,23	0,21
Самопринятие	-0,64*	-0,44*	0,14	-0,49*	-0,36*	0,43	-0,6*	- 0,32 *	0,35
Психологическое благополучие	0,39	0,3	0,12	0,23	0,24	0,15	0,15	0,3	0,26
Примечание: * - показатель корреляции (по Спирмену) статистически значимо отличается от 0, $p \leq 0,05$									

Как видно из представленной таблицы, отрицательная корреляционная связь прослеживается между показателями: позитивные отношения с другими, личностный рост, самопринятия со степенью выраженности дисфункциональных отношений. У респондентов всех представленных групп с различным уровнем дезорганизации личности наблюдались выраженные ограничения в близких доверительных отношениях с окружающими, преобладание чувства социальной изоляции, что пациенты связывают с их убежденностью в тщетность прилагаемых усилий для поддержания межличностных контактов, активным отрицанием, в том числе, позитивного опыта общения со значимыми для себя людьми.

На основании данных методик «Тест определения уровня самооффективности Дж. Маддукса и М. Шеера» и «Шкалы дисфункциональных отношений» в первой и третьей исследуемых группах были обнаружены

статистически значимые ($p \leq 0,05$) взаимосвязи между показателями предметной и межличностной самооффективности и степенью актуализации когнитивных искажений. По результатам анализа (табл. 4.5) видно, что пациенты с невротической дезорганизацией личности достоверно испытывали трудности с верой в успешность своих навыков, умений и опыта в текущей профессиональной деятельности. В свою очередь, пациенты психотического уровня считали себя бесполезными и менее авторитетными в сфере межличностных коммуникаций. У них обнаруживалась низкая самооценка, преобладание чувства беспомощности и социальной изоляции.

Таблица 4.5 - Взаимосвязь степени выраженности дисфункциональных отношений и показателей самооффективности в группах больных с различным уровнем дезорганизации личности

Показатель	Основная группа			2 группа			3 группа		
	Степень выраженности дисфункциональных отношений								
	высокая	средняя	низкая	высокая	средняя	низкая	высокая	средняя	низкая
Предметная самоэффективности	-0,26*	0,4	0,2	0,01	0,15	0,02	-0,37*	- 0,25 *	0,24
Межличностная самоэффективность	-0,23*	-0,26	0,4	0,03	0,32	0,24	0,15	- 0,22	0,02
Примечание: * - показатель корреляции (по Спирмену) статистически значимо отличается от 0, $p \leq 0,05$									

В ходе сравнительного анализа показателей психического благополучия и степени выраженности дисфункциональных искажений в выделенных группах с различным уровнем дезорганизации личности были выявлены следующие статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) по шкалам: автономия, цели в жизни, общий уровень психологического благополучия (табл. 4.6). Характер полученных данных позволяет отметить, что с увеличением общей степени

выраженности когнитивных искажений поведение невротических и психотических больных приобретает черты зависимого с преобладанием сензитивности и конформности.

Таблица 4.6 - Сравнительные результаты показателей психологического благополучия больных с различным уровнем дезорганизации личности и степени выраженности дисфункциональных отношений

Показатель психодиагностической методики	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$			Уровень значимости различия между группами, p
	Основная группа	Группа 2	Группа 3	
Степень выраженности дисфункциональных отношений (общий средний балл по группе)	84,4±16,4	98,5±18,1	103,4±17,8	0,06
Позитивные отношения с другими	56,4±7,6	61,2±5,9	63,2±4,05	0,38
Автономия	51,6±8,5*	46,8±5,5*	53,2±7,11*	0,01
Управление средой	44,4±3,44	56,5±2,9	57,4±8,2	0,50
Личностный рост	47,4±6,6	67,3±6,4	71,6±4,4	0,43
Цели в жизни	52,5±6,7*	53,3±7,7	74,1±5,7*	0,046
Самопринятие	54,9±7,8	60,5±7,5	42,7±6,4	0,65
Психологическое благополучие	292,2±31,6*	375,2±31,4*	384,4±29,5*	0,02
Примечание: * - отличие статистически значимо, $p \leq 0,05$ (критерий множественных сравнений)				

В ходе сравнительного анализа показателя самооффективности в выделенных группах с разным уровнем личностных дисфункций были выявлены достоверные различия ($p \leq 0,05$). Пациенты с пограничной структурой личности более уверены в своих способностях и успехе собственных действий. Остальные группы респондентов пессимистичны в мыслях о своих достижениях,

целях, мотивах, им трудно сконцентрироваться на предметной деятельности, принять окончательное решение.

Психологическое благополучие и ощущение себя эффективным в любой сфере деятельности неразрывно связаны между собой. Обобщая данные исследования, следует отметить, что каждый уровень дезорганизации личности находится в симбиозе с той или иной иррациональной установкой, которая имеет безусловный характер и выступает непреложным указанием выбора определенного стиля поведения. Ввиду этого, пациенты всех групп исследования обнаруживали дефицит базового доверия, снижение инициативности и автономности, непостоянство формально-динамических психических свойств, нестабильность потребностей и мотивов. Респонденты скептически относились к социальному одобрению и поощрению, что закрепило их неверие в себя, в свои знания, способности, психическую и моральную состоятельность.

Подводя итог приведенным данным можно сделать выводы, что:

- у пациентов всех представленных групп общий уровень психологического благополучия значительно снижен. Особенно критический уровень наблюдается у пациентов с психотическим уровнем дезорганизации личности, что объясняется недостаточным осознанием с их стороны своей жизни (целей, смыслов, достигнутых результатов - когнитивный компонент) и переживаний за реализацию целей, самопринятие (эмоциональный компонент);
- пациенты с невротической деструкцией личности испытывают проблему с профессиональной идентификацией, а больные с психотической, в свою очередь, - с интерпсихическими взаимодействиями;
- иррациональные установки пациентов приводит их к трудностям верить в успешность текущей профессиональной деятельности. Со временем данная тенденция направляется пациентами в будущую временную перспективу относительно работы, семьи, среды.

Таким образом, показано, что иррациональные установки отрицательно влияют на многие показатели психологического благополучия, а именно на

самопринятие, личностный рост, автономию, управление средой, что, сказываясь на самоэффективности пациентов, приводит их к социальной депривации, духовному расщеплению, напряженности в значимых межличностных связях.

4.3. Механизмы психологической защиты и их взаимосвязь с личностными качествами у больных с различным уровнем дезорганизации личности

4.3.1. Анализ механизмов психологической защиты и личностных качеств у больных с психотической дезорганизацией личности (основная группа)

В конце 19 века в обиход психиатрической службы вошло понятие «механизм психологической защиты» (МПЗ), под которым понимали психическую операцию, чаще бессознательного характера, направленную на сокрытие истинных (желаемых) влечений и внутренних импульсов. Первоначальная идея состояла в том, что МПЗ служат для контроля, ранжирования или преобразования неприемлемых для психики импульсов, чтобы защитить человека от довлеющей силы тревоги, которая может возникнуть в результате сознательного признания этих импульсов. Эта концепция впоследствии была расширена и стала включать в себя использование защитных средств как реакций на внешние источники стресса, так и на внутренние переживания. Современные психоаналитические авторы [191;192] подчеркивают, что МПЗ имеют конкретную функцию защиты индивида от тревоги, конфликта, стыда, потери самооценки, личностной интеграции или других неприемлемых чувств и негативных мыслей.

Существуют различные мнения о количестве МПЗ, при этом теоретики психоанализа смогли достигнуть некоторое согласие относительно того, что защитные механизмы упорядочены в соответствии со степенью их зрелости. Как правило, механизмы психологической защиты, которые считаются более

зрелыми, подразумевают большую способность человека адаптироваться к реальности, чтобы он имел возможность более эффективно дистанцироваться от угрожающих чувств, не искажая реальность. Примерами таких защит являются сублимация, рационализация, компенсация. Иначе говоря, МПЗ, которые считаются незрелыми или даже примитивными, характеризуются резким изменением болезненного психического содержания и/или радикальным искажением внешней реальности. Примерами таких защит являются проекция, расщепление, отрицание и аутистическая фантазия.

П. Крамер [193] отмечал, что психологическое здоровье связано не только со зрелыми МПЗ, но особенно со способностью надлежащим образом использовать различные МПЗ в различных контекстах. Ряд исследований показал [192-194], что принципиальное или почти исключительное использование незрелой защиты является фактором риска развития разнообразных форм психопатологии. Такие концепции, как «ригидность», «дезорганизованность» личности или «броня характера» ясно выражают идею о том, что психическое здоровье строго связано с эмоциональной гибкостью, т.е. с определенными МПЗ.

Область оценки организации и функционирования личности широко освещается в исследованиях по МПЗ. С психоаналитической точки зрения стили и организации личности тесно связаны со специфическими защитными паттернами. Например, О. Кернберг [191] выделяет три типа личностных организаций, которые отражают преобладающие психологические характеристики индивида и основываются на интеграции личности индивида, механизмах психологической защиты и тестировании реальности. Невротическая организация личности характеризуется интеграцией идентичности (постоянством объекта), сохраненной способностью к проверке реальности и преобладающим использованием зрелых и невротических МПЗ. Пограничная организация личности характеризуется неудачей в интеграции идентичности (диффузии идентичности), испытанием сохраненной реальности, когда она не находится в состоянии дистресса, и использованием незрелых МПЗ.

Психотическая организация личности характеризуется отсутствием границ эго, потерей проверки реальности, использованием незрелых и примитивных МПЗ.

Существует общее мнение, что такие зрелые защитные механизмы, как юмор, альтруизм и сублимация, связаны с адаптивным функционированием и наличием благоприятных аспектов личности. В этом контексте Р. Маккрей и его коллеги [195] изучили взаимосвязь между МПЗ и пятифакторной моделью личности Л. Голдберга (The Big-Five factor structure) и обнаружили, что более зрелые и адаптивные МПЗ положительно коррелируют с областью большой пятерки экстраверсии, открытости и приятности, тогда как невротические и незрелые МПЗ положительно коррелируют с более высоким нейротизмом и, в меньшей степени, с более низкой сознательностью. Кроме того, некоторые исследования [196; 197] различных измерений личности и всевозможных методов оценки МЗП показали, что чрезмерное употребление незрелых защит, таких как расщепление, проекция и отрицание связаны с аффективными расстройствами (например, депрессией и тревогой) и менее благоприятными личностными характеристиками (например, зависимостью, замкнутостью, нарциссическими и антисоциальными чертами).

Можно высказать предположение, что использование и обсуждение суммарных результатов научных исследований в рамках общей диагностической модели взаимосвязи МПЗ и личностных особенностей, может помочь практикующим клиницистам выйти за рамки только статистических различий в структурных элементах личности, предлагаемых современными классификаторами болезней (МКБ-10; DSM-5). В этом контексте для описания личностных качеств удобно использовать методический личностный инвентарь (PID-5) [198], который оценивает пять областей личности, согласно альтернативной модели DSM-5: негативную эмоциональную лабильность (которая включает в себя такие черты личности, как эмоциональная лабильность и враждебность), отстраненность (содержит такие черты личности, как избегание близости и подозрительность), антагонизм (включает в себя грандиозность и манипулятивность), расторможенность (охватывает черты личности такие, как

импульсивность и принятие риска) и психотизм (выделяется когнитивная перцептивная дисрегуляция, необычные убеждения и переживания). Эти пять областей представляют собой дезадаптивные крайности пятифакторной модели личности, которая эффективно сформировала обширные исследования в области личности и психопатологии.

Была проведена серия из пяти ступенчатых регрессионных анализов. Они включали в себя восемь механизмов психологической защиты и баллы доменов PID-5-A в качестве зависимых переменных.

В частности, был проведен первый пошаговый регрессионный анализ для изучения того, какой домен отрицательной аффективности PID-5-A предсказывает те или иные стили защитных механизмов. Было найдено значимое уравнение регрессии [$F_{(10,327)} = 13,58$, $p < 0,001$], причем R^2 составил 0,32. Прогнозируемая негативная аффективность респондентов равна $+ 0,30$ (отрицание) $+ 0,22$ (вытеснение) $- 0,23$ (рационализация) $+ 0,25$ (проекция) $+ 0,25$ (гиперкомпенсация).

Таким образом, область отрицательной аффективности PID-5 участника увеличилась на 0,30 балла для большего использования отрицания, 0,22 балла для большего использования вытеснения, -0,23 балла для меньшего использования рационализации, 0,25 балла для большего использования проекции, 0,25 балла для большего использования гиперкомпенсации; кроме того, женщины показали повышенный балл 1,17 для отрицательной аффективности. Отрицание, вытеснение, рационализация, проекция, гиперкомпенсация, женский пол были значимыми предикторами области негативной аффективности PID-5 (табл. 4.7).

При проведении второй шага регрессионного анализа было найдено значимое уравнение регрессии [$F_{(7,321)} = 15,88$, $p < 0,001$], с R^2 из 0,21. Прогнозируемый домен отстраненности по PID-5-A участников равен $- 0,20$ (рационализация) $+ 0,35$ (регрессия) $+ 0,29$ (проекция) $- 0,16$ (гиперкомпенсация). Область личностных качеств респондента уменьшилась на -0,20 балла при использовании рационализации, 0,35 балла для большего

применения регрессии, 0,29 балла для большего использования проекции, -0,16 балла для меньшего употребления реактивного образования (гиперкомпенсации). Рационализация, регрессия, проекция, реактивное образование были значимыми предикторами домена отстраненности PID-5-A (табл. 4.7).

Таблица 4.7 - Пошаговый регрессионный анализ, предсказывающий область отрицательной аффективности и отстраненности по PID-5-A

Предиктор	Коэффициент корреляции	T	p
Отрицательной аффективность			
Пол	1,17	3.56	0.000
Вытеснение	+ 0,22	2.40	0.017
Отрицание	+ 0,30	4.08	0.000
Рационализация	- 0,23	-2.77	0.006
Гиперкомпенсация	+ 0,25	2.25	0.025
Проекция	+ 0,25	2.73	0.007
Отстраненность			
Рационализация	- 0,20	-2.71	0.007
Регрессия	+ 0,35	5.43	0.000
Проекция	+ 0,29	2.93	0.004
Гиперкомпенсация	- 0,16	-2.2	0.027

Затем был проведен третий пошаговый регрессионный анализ для оценки того, какой домен антагонизма PID-5-A лучше всего предсказывается МПЗ. Было найдено значимое уравнение регрессии [$F_{(7,319)} = 12.72$, $p < 0.001$], с R^2 из 0.23. Прогнозируемый антагонизм PID-5-A пациентов равен +0.19 (регрессия) +0.32 (отрицание) -0.17 (компенсация) - 0.09 (формирование реакции). Личностная область антагонизма PID-5-A участника увеличилась на 0,19 балла для большего использования регрессии, 0,32 балла для большего применения отрицания, - 0,17 балла для меньшей эксплуатации компенсации, - 0,09 балла для меньшего использования реактивного образования; кроме того, мужчины показали повышенный балл 1,2 для антагонизмов. Регрессия, отрицание, компенсация,

формирование реакции и пол были значимыми предикторами домена антагонизма PID-5-A (табл. 4.8).

На следующей ступени был рассчитан домен PID-5-A растормаживание, выведено значимое уравнение регрессии [$F_{(8, 321)} = 13.88, p < 0.001$], с R^2 из 0.28. Прогнозируемая участниками расторможенность равна $+0.47$ (отрицание) -0.44 (замещение) $+0.20$ (вытеснение). Личностная область PID-5-A растормаживание испытуемого увеличилась на 0,47 балла для большего использования отрицания $-0,44$ балла для меньшего потребления замещения, 0,20 балла для большего использования вытеснения; кроме того, увеличение возраста соответствовало снижению на 0,12 баллов по шкале растормаживания (табл. 4.8).

Наконец, был проведен пошаговый регрессионный анализ для оценки того, какая область психотизма PID-5-A лучше всего предсказывается МПЗ. Было найдено значимое уравнение регрессии [$F_{(2,405)} = 44.32, p < 0.001$], причем R^2 равняется 0.21. Прогнозируемый участниками психотизм PID-5-A равен $+0,44$ (проекция) $+0,35$ (регрессия). Область личности психотизм PID-5-A у пациента увеличилась на 0,44 балла для большего использования проекции и на 0,35 балла для большего применения регрессии. Как проекция, так и регрессия были значимыми предикторами области психотизма PID-5-A (табл. 4.8).

Таблица 4.8 - Пошаговый регрессионный анализ, предсказывающий области антагонизма, расторможенности и психотизма по PID-5-A

Предиктор	Коэффициент корреляции	T	p
Антагонизм			
Пол	1,2	2.05	0.041
Регрессия	+0.19	2.71	0.007
Отрицание	+0.32	4.43	0.000
Компенсация	-0.17	-2.35	0.020
Гиперкомпенсация	- 0.09	-1.10	0.037
Расторможенность			
Возраст	- 0,12	-2.60	0.010
Отрицание	+ 0.47	3.80	0.000

Замещение	– 0.44	–5.03	0.000
Вытеснение	+ 0.20	2.96	0.003
Психотизм			
Проекция	+ 0,44	6.73	0.000
Регрессия	+ 0,35	5.13	0.001

Большинство респондентов исследования показали общую напряженность механизмов психологических защит ниже нормативных данных (менее 40%), что в целом соответствует дезадаптивному защитному функционированию, как и ожидалось для клинической выборки пациентов с психотической дезорганизацией личности. Наиболее распространенными способами защиты в выборке были проекция, отрицание, регрессия, компенсация, реактивное формирование и рационализация, что отражает тенденцию участников исследования полагаться на смешанный стиль защитных механизмов с преобладающим влиянием их незрелых форм. Этот общий паттерн дисфункциональности характеризуется в целом попытками пациентов: 1) устранить чувство дискомфорта или неприятные аффекты, путем их отрицания или явного искажения действительности; 2) переместить собственные негативные эмоции, импульсы и желания на окружающих (как в случае проекции); 3) использовать простые, стереотипные поведенческие реакции для упрощения планов и управленческих решений при возможности достижения многокомпонентных целей (как в случае регрессии); 4) контролировать, обезвреживать или трансформировать тревожные, компульсивные эмоциональные или когнитивные компоненты, даже в случаях их облигатного существования для нормального функционирования (рационализация и гиперкомпенсация).

Что касается негативной аффективности, то наше исследование показало, что эта дезадаптивная область личности была связана с женским полом, что предсказывалось повышенным использованием отрицания, вытеснения, проекции, наряду со сниженным использованием рационализации и гиперкомпенсации. Согласно альтернативной модели DSM-5, негативная

аффективность характеризуется личностными аспектами, такими как тревожность, эмоциональная лабильность, враждебность, настойчивость, отсутствие ограниченной аффективности, незащищенность от разделения и подчиненность. Несколько исследований показали положительные ассоциации между негативной аффективностью и шизотипическими, пограничными и обсессивно-компульсивными расстройствами личности [199]. В этом смысле неудивительно, что гиперкомпенсация, вытеснение и проекция были значимыми предикторами этой дезадаптивной области личности у психотических пациентов. Реактивное формирование здесь выступает как защита пациента от негативных и неприемлемых эмоций, чувств, мыслей (таких как гнев, чувство зависимости), но в тоже время, позволяет преобразовать позитивные эмоциональные компоненты в противоположную полярность. Таким образом, можно выдвинуть гипотезу о том, что повышенное использование реактивного образования было связано со склонностью респондентов с повышенной негативной аффективностью охотнее соглашаться с чувством зависимости; более того, они могут стремиться обрести полный контроль над гневом и раздражением, проявляя послушание и подобострастие. Кроме того, вытеснение и проецирование импульсов, эмоций, беспокойств, поведения и внутренних аспектов самости может помочь дезорганизованным пациентам с высокой негативной аффективностью защитить себя от подавляющих чувств, которые подсознательно воспринимаются как потенциально дезинтегрирующими.

Регрессионный анализ также показал, что более высокие уровни регрессии, проекции и более низкие уровни реактивного формирования и рационализации предсказывали баллы отстраненности. Личностная сфера отчуждения, по-видимому, выражает личностные аспекты, такие как ангедония, депрессивность, избегание близости, подозрительность, отстраненность. В этом смысле неудивительно, что регрессия была существенным предиктором этой дезадаптивной области личности. Психоаналитическая литература предполагает, что регрессия психотического больного представляет собой защиту шизоидной личностной организации от конфликта между желанием

вступить в контакт с другими и страхом быть поглощенным и подавленным другими, что часто приводит этих людей к социальному отчуждению. В тоже время, регрессия может помочь людям с высоким уровнем отстраненности защитить себя от других людей, которые могут восприниматься как чрезмерно контролирующие и вторгающиеся. В этом контексте меньшее использование реактивного образования может свидетельствовать о более низкой склонности этих лиц отрицать амбивалентность. Кроме того, проекция появилась как значимый предиктор отторжения. Проекция относится к неправильному приписыванию своих собственных непризнанных импульсов, чувств и мыслей другим людям, так что индивид может избегать иметь дело с внутренними переживаниями, которые могли бы заставить его или ее слишком чувствовать себя чрезмерно уязвимым. С психодинамической точки зрения можно предположить, что повышенные баллы в проекции могут помочь людям с высоким уровнем отстраненности защитить себя от бессознательных чувств стыда и неадекватности.

Вместе с мужским полом, сочетание более высоких уровней регрессии, отрицание, а также более низких уровней компенсация и реактивного формирования предсказывали баллы антагонизма. Антагонизм включает в себя личностные аспекты, такие как поиск внимания, черствость, лживость, грандиозность, манипулятивность. По словам О. Кернберга (1975), в личностях-антагонистах присутствует грандиозное Я, которое можно концептуализировать как защиту от инвестиций в других и зависимости от других. «Псевдо-самодостаточность» может позволить людям с повышенными антагонистическими чертами отрицать любую потребность в заботе и любви и оборонительно исключать из сознания тревожные чувства, такие как гнев, негодование по отношению к необходимой, но разочаровывающей или отвергающей фигуре, что может объяснить роль отрицания в предсказании баллов области антагонизма. Кроме того, в регрессионной модели в качестве значимого предиктора выступали действия, свидетельствующие о склонности людей с высоким уровнем антагонизма действовать потенциально агрессивно и

деструктивно по отношению к другим и даже к самим себе. Меньшее использование реактивного образования может свидетельствовать о более низкой склонности этих людей испытывать чувство вины и восстанавливать потенциальный ущерб, который они причинили другим.

Регрессионный анализ проявил, что более молодой возраст предсказывают баллы дезадаптации. Эта область включает в себя специфические личностные аспекты, такие как отвлекаемость, импульсивность, безответственность, отсутствие жесткого перфекционизма и принятие риска. Выводы о роли социально-демографических переменных в расторможенности согласуются с эмпирическими исследованиями и клиническими интерпретациями предполагая, что тенденция действовать импульсивно относится к младшему возрасту, когда поведенческие и психические состояния не полностью интегрированы в согласованное чувство стабильной самооценки. В качестве значимых предикторов показателей дезадаптации в выборке были выявлены более высокие уровни отрицания и вытеснения, а также более низкие уровни замещения. В частности, вытеснение считается одним из наиболее репрезентативных способов пограничного функционирования. Таким образом, вполне вероятно, что люди с высоким уровнем расторможенности могут действовать импульсивно из-за того, что им трудно интегрировать внутренние представления, размышлять об опыте и вербализировать чувства, когда они сталкиваются со стрессом и тревожными эмоциями. Кроме того, вытеснение проявилась как значимый предиктор, предполагающий возможное отсутствие чувства непрерывности в областях идентичности, памяти, совести или восприятия у респондентов с высокой степенью расторможенности. Этот защитный механизм может позволить сохранить иллюзию психологического контроля, когда перед ним стоят подавляющие психические состояния, такие как безнадежность, чувство ненависти и потеря контроля. Аналогичным образом, отрицание оказалось значимым предиктором в нашей выборке, что согласуется с тенденцией людей с высокой степенью расторможенности исключать болезненные чувства (такие как тревога, стыд, вина), связанные с конкретными событиями или

воспоминаниями из сознания. Замещение может служить следствием склонности людей с высокой степенью расторможенности не вступать в эмоциональную связь с другими, предпочитая сосредоточиться на своих личных желаниях и потребностях и действовать на основе внутренних сиюминутных переживаний.

Более высокие уровни проекции и регрессии предсказывали баллы психотизма. Эта область включает такие личностные аспекты, как эксцентричность, когнитивная перцептивная дизрегуляция, необычные убеждения и переживания. Эта схема механизмов защиты может отражать трудности людей с высоким психотизмом эффективно справляться с эмоциональными конфликтами, что может привести их к разделению (диссоциации) эмоциональных аспектов переживания. Это состояние может подразумевать тенденцию к проецированию болезненных чувств из соответствующих когнитивных репрезентаций и к поглощению чрезмерными фантазиями как бессознательной стратегией, чтобы избежать таких болезненных чувств (что выражается усиленной регрессией).

Таким образом, наше исследование подтверждает общую гипотезу о том, что дезадаптивные черты личности модулируются доминирующими защитными паттернами. Для пациентов с психотической дезорганизацией личности такими МПЗ оказался смешанный стиль защит с преобладанием незрелых форм. Существование зрелых защитных механизмов у психотических пациентов является прогностически благоприятным субстратом для использования методик личностно-субъективного восстановления. Кроме того, как и ожидалось в клинической выборке, средние баллы доменов и аспектов PID-5-A находились в диапазоне ниже среднего, что в целом указывает на относительно приемлемое общее функционирование личности. Правильная идентификация защитных паттернов имеет решающее значение для оценки личности и может быть особенно информативной для психотерапевтической работы с индивидами, которые демонстрируют высокий уровень в одной или нескольких дезадаптивных областях личности.

4.3.2. Анализ механизмов психологической защиты и личностных качеств у больных с невротической и пограничной дезорганизацией личности

Для сравнения с основной группой исследования в группах с невротической и пограничной дезорганизацией личности также была проведена серия пошаговых регрессионных анализов.

В результате ни один домен личностных качеств в группе «невротиков» не был достоверно предсказан рядом заданных механизмов психологической защиты. Можно предположить, что для данной категории больных, в силу использования ими зрелых защитных механизмов (рационализация, компенсация), - сложно предсказать движение развития характера, динамических свойств и эмоционально-волевых особенностей личности, в отличие от психотической и пограничной групп. В целом по группе наблюдался низкий уровень напряженности механизмов защиты от 20 до 35 %, что соответствует нормативным значениям по методике.

В группе больных с пограничной дезорганизацией личности было найдено значимое уравнение регрессии [$F_{(7,429)} = 12.83, p < 0.001$], с R^2 из 0.25. Прогнозируемый антагонизм PID-5-A пациентов равен +0.12 (регрессия) +0.22. Личностная область антагонизма PID-5-A участника увеличилась на 0,12 балла для большего использования регрессии, 0,22 балла для большего применения отрицания, кроме того, мужчины показали повышенный балл 1,0 для антагонизмов. Регрессия, отрицание, и пол были значимыми предикторами домена антагонизма PID-5-A (табл. 4.9).

На следующей ступени был рассчитан домен PID-5-A растормаживание, выведено значимое уравнение регрессии [$F_{(8,112)} = 13.58, p < 0.001$], с R^2 из 0.26. Прогнозируемая участниками расторможенность равна + 0.67 (отрицание) + 0.31 (вытеснение). Личностная область PID-5-A растормаживание испытуемого больного увеличилась на 0,67 балла для большего использования отрицания -

0,31 балла для большего использования вытеснения; кроме того, увеличение возраста соответствовало снижению на 0,21 баллов по шкале растормаживания (табл.4).

Наконец, был проведен пошаговый регрессионный анализ для оценки того, какая область психотизма PID-5-A лучше всего предсказывается МПЗ для группы с пограничной дезорганизацией личности. Было найдено значимое уравнение регрессии [$F_{(3,503)} = 34.75$ $p < 0.001$], причем R^2 равняется 0.23. Прогнозируемый участниками психотизм PID-5-а равен + 0,45 (проекция) + 0,25 (регрессия). Область личности психотизм PID-5 у пациента увеличилась на 0,45 балла для большего использования проекции и на 0,25 балла для большего применения регрессии. Как проекция, так и регрессия были значимыми предикторами области психотизма PID-5-A по группе (табл. 4.9).

Таблица 4.9 - Пошаговый регрессионный анализ, предсказывающий области антагонизма, расторможенности и психотизма по PID-5-A

Предиктор	Коэффициент корреляции	T	p
Антагонизм			
Пол	1,0	2.0	0.051
Регрессия	+0.12	2.56	0.007
Отрицание	+0.22	4.14	0.001
Компенсация	-0.32	-2.71	0.072
Гиперкомпенсация	- 0.01	-0.9	0.061
Расторможенность			
Возраст	- 0,21	-2.3	0.020
Отрицание	+ 0.67	3.7	0.000
Вытеснение	+ 0.31	3.2	0.002
Психотизм			
Проекция	+ 0,45	6.31	0.000
Регрессия	+ 0,25	4.63	0.000

Наиболее распространенными способами защиты в выборке были проекция, отрицание, регрессия, вытеснение. Этот общий паттерн

дисфункциональности за счет незрелых форм психологических защит в группе с пограничной дезорганизацией личности сближает ее с психотической и дает возможность заключить, что «пограничники», занимая промежуточное место между психотическим и невротическим перерождением и трансформацией личности, больше сходна с первой как в количественной (психодиагностические показатели) так и в качественном содержании.

РАЗДЕЛ 5

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТОВ САМОРЕГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

5.1. Оценка параметров общей саморегуляции в зависимости от уровня личностной дезорганизации

Последние десятилетия в клинической медицине нередко наблюдается сознательное «сужение» психиатрами всего разнообразия болезненного психического опыта пациента в рамки отдельной психопатологической симптоматики. Это, в свою очередь, привело к игнорированию факта существования субъективных переживаний, связанных с психическим расстройством, они на текущий момент считаются несущественными в этиопатогенезе и лечении. Отметим жесткую унификацию мышления психиатров под влиянием применения методов диагностического поиска, рейтинговых шкал и стандартизованных опросников, которые несомненно обеспечивают ясность и быстроту квалификации диагностической информации, но приводят к потере конкретных переживаний, к «сверхупрощенным» обезличенным представлениям о пациенте.

Следуя данному тезису, дальнейшее познание и движение психиатрии возможно в свете неклассического подхода, при котором психику рассматривают как совокупность уникальных и неповторимых переживаний субъекта, не доступных внешнему наблюдению и клиническому анализу, переживаний своего Я, своей идентичности – в данный момент – актуальное психическое состояние. А психическое расстройство идентифицируется в качестве болезненного переживания – переживания невозможности исполнить свою экзистенцию, реализовать свое Я (идентичность), потенциал своей

личности, переживания смыслоутраты, стигмы, потери идентичности, отчуждения, утраты способности к самореализации, решения проблем и т.д.

Анализ научной литературы по исследуемой проблеме показал, что саморегуляция представляет собой процесс сознательного воздействия человека на собственную сферу психических явлений с целью осуществления деятельности, которой личность овладевает и направляет для решения поставленных задач [200]. Методы исследования ресурсов саморегуляции – используются для диагностики устойчивых индивидуальных характеристик саморегуляции (базовой составляющей личностного потенциала), относящихся к трем группам мишеней неклассической психодиагностики: атрибутивным схемам – ориентировочной основе целенаправленной деятельности, стратегиям – устойчивой направленности, способам поведения и возможности выбора, межуровневым регуляторам – механизмам вариативных связей между разноуровневыми элементами личности как структурами индивидуальности, рефлексивности. Эти переменные относятся к онтологическим аспектам внутреннего мира человека и его экзистенциальным переживаниям.

На основании разработанного психодиагностического метода эмпирического исследования мы попытались определить особенности саморегуляции и ее нарушения у больных с различным уровнем дезорганизации личности.

В результате исследования были выявлены статистически значимые различия диагностических показателей саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности, которые представлены в таблице 5.1. Низкий уровень показателя общей саморегуляции определялся во всех группах исследования, что свидетельствовало о наличии тотальной проблемы с организацией жизнедеятельности и внутреннего пространства пациентов, вследствие неразрывного сплетения результатов произвольной активности и психопатологических проявлений психических расстройств.

Таблица 5.1. - Статистические различия показателей саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности

Показатели саморегуляции	Среднее значение, (X) $\pm$ m			Уровень значимости различия между группами, p
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	
Планирование	5,2 $\pm$ 1,2*	4,2 $\pm$ 1,4	5,1 $\pm$ 1,6*	0,03*
Моделирование	5,7 $\pm$ 1,3*	6,4 $\pm$ 1,3	6,3 $\pm$ 2,0*	0,05*
Программирование	6,4 $\pm$ 1,6	6,6 $\pm$ 1,5	7,3 $\pm$ 1,5	0,47
Оценивание результатов	3,5 $\pm$ 1,2	3,7 $\pm$ 1,2	4,7 $\pm$ 1,6	0,07
Гибкость	2,7 $\pm$ 1,2*	3,8 $\pm$ 1,4	2,8 $\pm$ 1,1*	0,032*
Самостоятельность	4,4 $\pm$ 2,1	3,2 $\pm$ 1,2	5,5 $\pm$ 0,9	0,314
Общий уровень саморегуляции	20,4 $\pm$ 5,3*	30,6 $\pm$ 5,7*	24,5 $\pm$ 4,4*	0,05*
Примечание: * - отличие статистически значимо, $p \leq 0,05$ (непараметрический критерий множественных сравнений Краскела-Уоллиса).				

В ходе сравнительного анализа показателей саморегуляции в выделенных группах были выявлены следующие достоверные различия по шкалам: «Планирование», «Моделирование», «Гибкость», «Общий уровень саморегуляции» на уровне $p \leq 0,05$.

Типичный профиль пациентов с психотической дезорганизацией личности характеризовался относительной сформированностью регуляторных процессов моделирования (5,7 $\pm$ 1,3) и программирования (6,4 $\pm$ 1,6), низкой развитостью процессов планирования и оценки результатов (3,5 $\pm$ 1,2). Данный профиль отличался дисгармоничностью за счет низкого показателя регуляторно-личностного свойства – гибкости (2,7 $\pm$ 1,2), что свидетельствует о неуверенности, переоценке значимости частных случаев, трудностях адаптации к переменам обстановки и образа жизни, зависимости от оценочных суждений, не развитости внутренних критериев успешности.

У пациентов с пограничной дезорганизацией личности общий стиль саморегуляции находился ниже нормативных показателей (24,5 $\pm$ 4,4). По основным шкалам методики значимых различий не было выявлено, но результаты в целом также уступали нормативным величинам, особенно в процессе оценивания результатов деятельности (3,7 $\pm$ 1,2).

Профиль общего стиля саморегуляции больных с невротической дезорганизацией личности соответствовал умеренному уровню ($30,6 \pm 5,7$) за счет показателей шкалы «Гибкость» ($2,8 \pm 1,1$). Анализ параметра «Самостоятельность» в этой группе не только имел достаточный уровень, но и был повышен, что свидетельствует о независимости больных при принятии решений, переоценке их значимости, сверхконтроле за промежуточными и конечными результатами деятельности.

У пациентов всех представленных групп общий уровень саморегуляции психическими процессами и свойствами личности был не сформирован. У них регуляторные личностные свойства приобретают черты конформности с повышенной чувствительностью и ранимостью, фиксацией на своих переживаниях. Пациенты с выраженной личностной дезорганизацией теряют способность планировать свою деятельность, достигать исходных целей вне зависимости от уровня. В целом отрицательные переживания, связанные с психическим расстройством, неопределенность мотивации прежней трудовой деятельности, недостаточная психологическая устойчивость в рабочей группе, неверие в успех самостоятельного управления процессами саморегуляции приводят пациентов с различным уровнем дезорганизации личности к затруднению процессов саморегуляции.

Также были обнаружены связи между компонентами саморегуляционного потенциала и качественными характеристиками, которые непосредственно структурируют личностную дезорганизацию.

Таким образом, общий показатель саморегуляции в группе с психотической дезорганизацией личности коррелировал с эмоциональной отстраненностью пациента ($r=0.72$, $p \leq 0,05$), а способность к планированию ($r=0.41$, $p \leq 0,05$) и моделированию ($r=0.39$, $p \leq 0,05$) произвольной активности – с психотизмом. Перцептивная дизрегуляция как свойство личности пациента с пограничной дезорганизацией влияла ($r=0.66$, $p \leq 0,05$) на ослабление саморегуляционного потенциала в целом, а преимущественно негативная аффективность ($r=0.54$, $p \leq 0,05$) способствовала снижению гибкости актуальной

деятельности. Отрицательная аффективность у части больных с невротической дезорганизацией ($r=0.32$, $p\leq 0,05$) снижала общий показатель саморегуляции.

Внедрение в клиническую практику методов диагностики саморегуляционного потенциала, в частности общей саморегуляции, может позволить проспективно судить о заданном пути развития личностной дезорганизации, о ее уровне и других структурных компонентах, что заранее предлагает специалисту точечные мишени для психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.

5.2. Особенности субъективного контроля и толерантности к неопределенности на разных уровнях дезорганизованной личности

Обращение к понятию «неопределенность» в современной социальной психологии определяется высокой социальной нестабильностью и неопределенностью, которая предъявляет повышенные требования к субъекту в плане активности [201]. В своем стремлении к гомеостазу, человек, испытывая страх перед неизведанным, неясным, новым, пытается уйти от неопределенных ситуаций.

Неопределенность как отсутствие определенности, однозначности может быть обнаружена во множестве ситуаций: в повседневности, в межличностной коммуникации, в межгрупповом взаимодействии, при решении задач профессиональной и учебной деятельности, ситуации принятия решений. В межличностной коммуникации неопределенность связана с полисемантичностью используемых понятий, несоответствием их информации, поступающей по вербальному и невербальному каналам. Неясность, неоднозначность ролевых моделей участников в силу имеющихся противоречий становится в их взаимодействии – фактором возникновения неопределенности.

При решении задач профессиональной деятельности, а также в трудных жизненных обстоятельствах отсутствие необходимой результативности и вероятностный характер развития ситуации порождают неопределенность и как следствие снижение саморегуляционного потенциала. R. Norton [202] в результате проведенного им контент- анализа связанных статей, выделил 8 различных категорий, через которые раскрывается содержание понятия «неопределенность»:

- множественность суждений;
- неточность, неполнота и фрагментированность;
- вероятность;
- неструктурированность;
- дефицит информации;
- изменчивость;
- несовместимость и противоречивость;
- непонятность.

В семантическом отношении можно выделить несколько основных значений толерантности к неопределенности:

1. Психологическая устойчивость, неблагоприятным факторам природной среды: холод, жара, шум, изменение светового катаклизмам, т. е. резким переменам: землетрясение).
2. Терпимость.
3. Допуск, допустимое отклонение. Спектр перевода английского слова *tolerance* (в контексте психологических состояний человека) очень широк: приобретенная устойчивость, устойчивость к неопределенности, этническая устойчивость, предел устойчивости (выносливости) человека, устойчивость к стрессу, устойчивость отклонениям [203].

Обращаясь к понятию толерантности к неопределенности в значении психологической устойчивости - способности справляться с невзгодами и адаптироваться к стрессовым жизненным событиям, широко варьируется от человека к человеку и зависит от экологических, а также личных факторов [204].

Это относится к положительной адаптации, или способности поддерживать психическое и физическое здоровье, несмотря на участие в стрессовых ситуациях [205]. Однако психическое здоровье-это нечто большее, чем просто отсутствие психических расстройств [206]. Хотя устойчивость считается “чертой характера” в психологии, она может проявляться в разной степени в разных жизненных областях, в разное время и в разных условиях. Поэтому было высказано предположение, что психологическую устойчивость необходимо изучать в конкретных группах населения и в аналогичных условиях.

Модели ТН подчеркивают сочетание физиологических, нейроповеденческих и психологических факторов, которые вносят значительный вклад в защиту устойчивости. Психологические факторы, такие как оптимизм, самооффективность, высокий интеллект и использование стратегий адаптивной эмоциональной регуляции положительно влияют на устойчивость. Кроме того, также были задокументированы гендерные различия в устойчивости и психологическом стрессе, когда участники мужского пола, как правило, демонстрируют большую психологическую устойчивость, чем женщины, а женщины более уязвимы к психологическому стрессу, чем мужчины. Однако эти результаты неоднозначны; не во всех исследованиях сообщалось о последовательных гендерных различиях к толерантности к неопределенности.

Обновленные модели дополнительно подчеркивают роль более широких исполнительных функций и возможностей для саморегулирования в качестве факторов, способствующих повышению устойчивости [207]. В частности, в качестве ключевого компонента, лежащего в основе ТН, был предложен ингибиторный контроль субъективации (ИК), компонент исполнительной функции, который лежит в основе способности человека поддерживать целенаправленное поведение, игнорируя при этом не относящуюся к делу информацию. Трудности в способности подавлять действия могут препятствовать достижению двигательных, когнитивных или социально-эмоциональных целей. Таким образом, ИК связан с поведенческим паттерном

человека и имеет решающее значение для эффективного функционирования в различных ситуациях повседневной жизни.

Если толерантность к неопределенности недостаточно эффективна перед лицом невзгод, это может способствовать прогрессированию некоторых психических расстройств, в частности, невротического спектра [208]. В текущем исследовании мы стремились лучше понять связь между адаптивными способностями индивида и толерантности к неопределенности больных, находящихся в стрессовой для себя ситуации – жизни с психическим расстройством.

В таблице 5.2 представлена общая характеристика показателей толерантности к неопределенности и социальной адаптации пациентов с различным уровнем дезорганизации личности.

Таблица 5.2 - Общая характеристика показателей толерантности к неопределенности и социальной адаптации пациентов с различным уровнем дезорганизации личности

№ п/п	Показатели	Уровень дезорганизации личности		
		Основная	Группа сравнения	
		1 группа	2 группа	3 группа
Толерантность к неопределенности				
1	Положительная ТН	- 12	- 8	+37*
2	Отрицательная ТН	- 43*	- 11*	+20
Социально-психологическая адаптация				
3	Адаптивность	65,4±6,5	94,2±5,2	112,8±6,7
4	Деадаптивность	101,1±7,3	8,4±4,7	103,4±5,9
5	Приятие себя	34,4±2,6	30,7±4,5	31,2±3,1*
6	Неприятие себя	33,2±5,2*	36,3±3,5*	15,7±2,0
7	Приятие других	21,7±3,5	15,5±2,8	25,0±2,4
8	Неприятие других	30,7±4,4*	14,7±1,7	26,8±2,5
9	Эмоциональный комфорт	18,2±2,7	14,2±1,6	25,7±1,8
10	Эмоциональный дискомфорт	20,9±2,0	35,1±3,7*	23,5±1,8
11	Внутренний контроль	22,6±2,7	33,0±2,5	60,7±4,2*

12	Внешний контроль	41,4±5,0*	34,3±2,3	22,2±2,5
13	Доминирование	10,1±2,1	8,3±0,6	15,7±3,2
14	Ведомость	27,1±2,3*	18,5±1,1	23,4±1,6
Примечание: * - значимость статистически достоверна на уровне $p \leq 0,05$				

Для основной группы исследования (психотическая дезорганизация личности) характерны высокие показатели отрицательной толерантности к неопределенности (-43), что свидетельствует о низкой гибкости системы саморегуляционного потенциала, стремлении жить по строгим предписаниям и стереотипным планам. Что касается социально-психологической адаптации, в данной группе у 98 человек были обнаружены статистически достоверные значения показателей неприятия себя ($33,2 \pm 5,2$) и других ($30,7 \pm 4,4$), внешнего контроля ($41,4 \pm 5,0$), ведомости ($27,1 \pm 2,3$). Эти результаты полностью согласуются с теоретическими представлениями о психотической дезорганизации личности, где стратегия тотального неприятия говорит о серьезных нарушениях идентичности личности, а ведомость и низкая способность к внутреннему субъективному контролю о доминировании психопатологической психотической реальности над объективной.

Больные с пограничной дезорганизацией личности показали умеренную способность к толерантности к неопределенности (-11). Интерес вызывает способность данной группы гибко и своевременно выбирать комфортный уровень психологической устойчивости для каждой конкретной ситуации, что находит отражение в специфических личностных качествах – манипулирование и лживости, подробно изложенных в разделе 4. Социально-психологическая адаптация для пограничной дезорганизации проходит с некоторым эмоциональным дискомфортом ($14,2 \pm 1,6$), что свидетельствует о нарушениях эмоционального компонента саморегуляционного потенциала, а также неприятием себя ($36,3 \pm 3,5$) – отражает размывание (диффузию) собственной идентичности в сторону преимущественно «детского» Эго-состояния.

Третья группа исследования (невротическая дезорганизация личности) показала высокие баллы положительной толерантности к неопределенности (+37), что явилось несколько неожиданным свидетельством, так как известно,

что невротические расстройства преимущественно манифестируют благодаря срывам антистрессовой устойчивости и компетентности человека. Анализируя полученные результаты, весомый вклад в формирование положительной толерантности к неопределенности у невротической личности вносят: принятие себя и других ($31,2 \pm 3,1$), стремление к интернальности ($60,7 \pm 4,2$). У 15 больных (25,0%) был диагностирован эмоциональный комфорт ($25,7 \pm 1,8$) при переживании стрессовой ситуации, в первую очередь наличия психического расстройства. При детальном клиническом интервьюировании были получены сведения о получении вторичной выгоды от психического расстройства в виде доминирования ($15,7 \pm 3,2$) над родственниками, материальной и моральной «компенсации» в профессиональной деятельности и сфере объектных отношений. Последнее наиболее часто прослеживалось у испытуемых женского пола, страдающих расстройством адаптации со смешанными расстройствами эмоций и поведения, чем для мужчин в целом по группе.

Таблица 5.3 - Корреляционный анализ показателей толерантности к неопределенности и социально-психологической адаптации у больных с различным уровнем дезорганизации личности

№ п/п	Социально- психологическая адаптация	Уровень дезорганизации личности					
		Основная		Группа сравнения			
		1 группа		2 группа		3 группа	
		ПТН	ОТН	ПТН	ОТН	ПТН	ОТН
1	Адаптивность	0.15	-0.26	0.14	-0.35	-0.27	-0.33
2	Дезадаптивность	-0.43	0.27	-0.16	0.41	0.25	0.32
3	Принятие себя	0.22	0.31	0.51*	0.24	0.42*	0.16
4	Непринятие себя	0.25	0.11	-0.34	0.24	0.26	0.18
5	Принятие других	-0.21	0.13	-0.43	0.31	0.17	-0.25
6	Непринятие других	0.18	0.18	0.41	0.37	0.51	0.34
7	Эмоциональный комфорт	0.32	-0.27	-0.15	0.17	0.53	0.46
8	Эмоциональный дискомфорт	- 0.78*	0.46*	0.11	0.26	0.24	-0.62
9	Внутренний контроль	0.17	-0.24	0.54*	-0.24	0.37*	0.45
10	Внешний контроль	0.06	-0.25	0.19	0.16	0.24	-0.22
11	Доминирование	0.11	0.14	-0.21	0.16	0.19	-0.19

12	Ведомость	0.26	-0.12	0.22	0.11	0.18	0.14
Примечание:* - значимость статистически достоверна на уровне $p \leq 0,05$							

В таблице 5.3 представлен корреляционный анализ показателей толерантности к неопределенности и социально-психологической адаптации у больных с различным уровнем дезорганизации личности. Были достоверно обнаружены положительные связи между положительной толерантностью к неопределенности (ПТН), принятием себя и внутреннем контролем во второй и третьей группе сравнения. Чем выше потенциал психологической устойчивости (ТН), тем более выражена способность невротических и пограничных пациентов чувствовать себя комфортно в неопределенных жизненных ситуациях, спокойно воспринимать информацию о физическом и ментальном неблагополучии и наоборот.

Сильная отрицательная связь отмечалась между показателем положительной толерантности к неопределенности и эмоциональным дискомфортом в группе с психотической дезорганизацией личности, что говорит о влиянии дезадаптивного эмоционального реагирования на степень адекватного восприятия субъектом собственной произвольной деятельности и контроля над жизненным пространством, психотические больные нейтрально оценивают свои успехи / неудачи в настоящем и будущем, что утяжеляет бремя психопатологической, особенно негативной, симптоматики у данного контингента.

Таким образом, переменные саморегуляционного потенциала в виде толерантности к неопределенности и социально-психологической адаптации в основной группе исследования выражены отрицательными изменениями. Психотическая дезорганизация личности способствует низкой психологической и психической устойчивости, снижает уровень общей адаптивности, принятия себя и других. Группа пограничных пациентов имеет перемежающиеся значения толерантности к неопределенности и зависит от конкретного запроса действительности. Психологическая дезадаптация пограничной дезорганизации

проявляется, в первую очередь, в эмоциональном дискомфорте в силу специфических личностных качеств и интеллектуальной переработки информации. Больные с невротической дезорганизацией личности лучше предыдущих групп адаптируются к неопределенным новым жизненным ситуациям за счет внутреннего контроля за действием, стремления к интернальности и эмоциональной стабильности.

5.3. Характеристика субъективного контроля с учетом социально-психологической адаптации к среде больных на различных уровнях дезорганизации личности

Уровень субъективного контроля (УСК) - способность субъекта контролировать себя и свое поведение, управлять им, брать на себя ответственность за происходящее с ним и вокруг. Личности, ориентированные на внешние факторы влияния на свою жизнь имеет экстернальный локус контроля. Они полагают, что их успехи и неудачи регулируются внешними факторами, такими как судьба, удача, счастливый случай, влиятельные люди и непредсказуемые силы окружения. «Экстерналы» верят в то, что они заложники судьбы. Личности, ориентированные на внутренние причины, имеет интернальный локус контроля. Они верят в то, что удачи и неудачи определяются их собственными действиями и способностями (внутренние, или личностные факторы).

Понятие субъективного контроля является составной частью теории Джорджа Роттера о локусе контроля [209]. Локус контроля – понятие, характеризующее локализацию причин, исходя из которых человек объясняет свое собственное поведение и наблюдаемое им поведение других людей. Внутренний локус контроля – это поиск причин поведения в самом человеке, а внешний локус контроля – их локализация вне человека, в окружающей его среде

[210]. Основная задача теории Роттера – прогноз поведения в ситуации выбора из четко определенных альтернатив. В соответствии с первым концептом теории в ситуации выбора будет реализовываться то действие, «поведенческий потенциал» которого выше. Сам «поведенческий потенциал» предстает как интеграция двух составляющих: субъективной вероятности подкрепления после действия, или «ожидания», и субъективной «ценности» этого подкрепления.

В концепции Дж. Роттера контроль означает «ожидание, связанное с инструментальностью собственных действий». Роттеровская теория самовосприятия человека послужила, по мнению Х. Хекхаузена, толчком как к оформлению психологических теорий атрибуции, так и к детализации в эмпирических исследованиях когнитивных и мотивационных факторов регуляции действий, нацеленных на достижения [211].

Субъективный контроль является центральной переменной саморегуляционного потенциала, который в полной мере невозможно изучить изолированно, а только в связи с личностной и социальной адаптацией. В таблице 5.4 дана общая характеристика показателей интернальности у больных с различными уровнями дезорганизации личности.

Таблица 5.4 - Общая характеристика показателей субъективного контроля у больных с различными уровнями дезорганизации личности

Показатель субъективного контроля	Среднее значение, $X \pm m$		
	Основная группа	Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Общая интернальность(Ио)	4,3±0,3*	7,1±1,5	7,2±1,7
Интернальность в области достижений (Ид)	6,0±1,1	6,8±1,3	8,3±2,0*
Интернальность в области неудач(Ин)	5,7±0,2	2,4±1,0*	6,0±1,1
Интернальность в семейных отношениях (Ис)	3,3±1,2*	4,7±0,9	7,2±1,3
Интернальность в области производственных отношении (Ип)	3,2±1,1*	6,2±0,3	8,2±2,2*

Интернальность в области межличностных отношений (Им)	6,8±1,2	3,1±1,1*	6,8±1,2
Интернальность в отношении здоровья и болезни (Из)	4,0±0,8	5,5±0,9	5,9±1,1
Примечание:* - значимость статистически достоверна на уровне $p \leq 0,05$			

Статистически достоверно низкий уровень общей интернальности ($4,3 \pm 0,3$) был зафиксирован в основной группе исследования (психотическая дезорганизация) наряду с малой интернальностью в областях: производственных ($3,2 \pm 1,1$) и семейных отношений ($3,3 \pm 1,2$), что отражало социально-демографическую картину, так как 70 % больных не работало и еще 12 человек были разведены или не вступали в брачные отношения вообще. Статистически достоверные ($p \leq 0,05$) различия между первой и группами сравнения обследованных больных прослеживались в тенденции смещения интернальности в сторону экстернальности от психотического до невротического уровней дезорганизации личности, что позволяет утвердить локус контроля базовой переменной саморегуляционного потенциала больных, страдающих психическими расстройствами.

У 30 больных с пограничной дезорганизацией личности отмечалась склонность к экстернальности в областях неудач ($2,4 \pm 1,0$) и межличностных отношений ($3,1 \pm 1,1$). Пограничные больные обнаруживали склонность приписывать собственные неудачи или другим людям, или считать их результатом невезения. Данная жизненная позиция, сформированная под воздействием личностных качеств, таких как высокая чувствительность к отвержению, эмоциональной лабильности и импульсивности, а также психопатологической среды в виде субдепрессивного аффекта, способствовала закреплению выученной беспомощности, зависимого поведения, не требующих особой решительности и ответственности.

Больные с невротической дезорганизацией личности продемонстрировали высокую интернальность в области достижений и произвольной деятельности

(8,2±2,2). Так как испытуемые данной группы были активно задействованы в трудовом процессе, они обладали амбициозными натурами, которые стремились достигнуть высоких ступеней по карьерной лестнице, построить равнозначные коллегиальные отношения в рабочем коллективе, повышая тем самым производительность и эффективность труда.

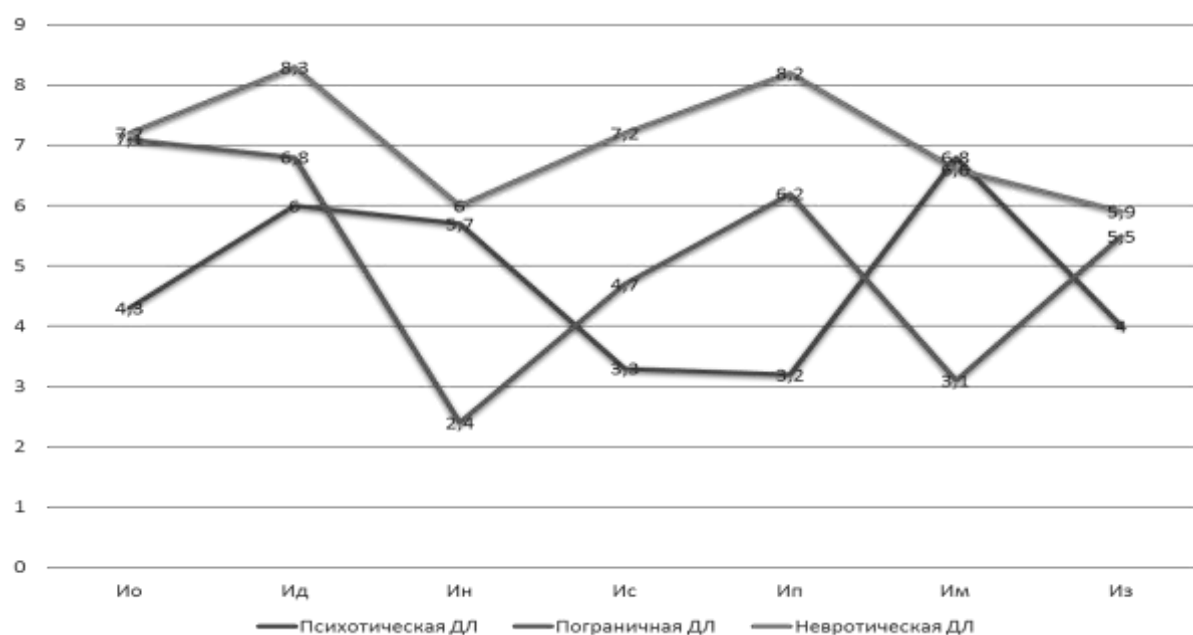


Рисунок 5.1 - График интернальности больных в зависимости от уровня дезорганизации личности

На рисунке 5.1 представлен общий вид интернальности для каждого уровня дезорганизации личности. Особое внимание заслуживает показатель интернальности отношения к собственному здоровью и болезни, который во всех группах больных был статистически недостоверен ($p \geq 0,05$). Рассмотрев данный феномен более подробно, мы выяснили, что больные с невротической дезорганизацией личности, преимущественно страдающие тревожными расстройствами и расстройствами адаптации, склонны оценивать свое отношение к болезни по интернальному типу – берут ответственность за свое самочувствие (благодаря высокой критичности) и выздоровление. Психотические пациенты, особенно с давностью заболевания более 5 лет, показали тенденцию к снижению интернальности по мере утяжеления

психопатологического бремени и саморегуляционной дезадаптации за счет негативной симптоматики. Они пассивны, склонны перекладывать ответственности за свое здоровье на окружающих.

В таблице 5.5 дан корреляционный анализ показателей интернальности и социально-психологической адаптации больных с различным уровнем дезорганизации личности.

Таблица 5.5 – Корреляционный анализ показателей интернальности и социально-психологической адаптации больных с различным уровнем дезорганизации личности

Показатель субъективного контроля	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$				
	Группы	Адаптация	Принятие себя	Принятие других	Эмоциональная комфортность
Ио	1	0.56*	0.37	-0.56	-0.20
	2	-0.43	0.32	0.46	0.29
	3	0.41	0.09	0.18	0.32
Ид	1	-0.23	0.10	0.10	0.34
	2	0.21	0.23	-0.17	-0.47
Ин	1	-0.17	0.24	0.32	0.46
	2	-0.18	0.47	-0.34	0.26
	3	0.20	0.36	0.41	0.28
Ис	1	-0.05	0.62*	-0.20	0.19
	2	0.18	0.16	0.21	0.10
	3	0.10	-0.21	-0.15	0.32
Ип	1	-0.43	0.20	-0.11	0.27
	2	0.37	-0.27	0.17	0.38

	3	0.28	0.53*	0.46	0.46*
Им	1	-0.18	-0.11	-0.43	0.18
	2	0.44*	0.14	0.37*	-0.26
	3	0.33	0.23	0.31	-0.28
Из	1	-0.15	0.27	-0.24	-0.20
	2	-0.17	-0.58	0.20	0.15
	3	0.04	-0.57	0.16	0.15
Примечание:* - значимость статистически достоверна на уровне $p \leq 0,05$					

У больных с психотической дезорганизацией личности обнаружены статистически достоверные положительные связи между показателями: адаптация - общая интернальность; принятие себя – интернальность в семейных отношениях; принятие других – интернальность в области достижения. Следовательно, изучение саморегуляционного и адаптационного потенциалов может непосредственно рассказать о степени принятия ответственности за свою жизнь и здоровье для психотического контингента больных. Наличие семьи и других близких доверительных отношений способствует в данной группе испытуемых к лучшей интеграции дезорганизованной личности, положительной идентификации себя со значимыми другими, а сплоченность, стремление к партнерству – повышает самооффективность, субъективный контроль над эмоционально положительными событиями и ситуациями.

В группе сравнения (пограничная часть) статистически достоверно общий уровень социально-психологической адаптации был связан с интернальностью в межличностных отношениях. Другими словами, каждому больному с пограничной дезорганизацией личности не хватает упорства, преемственности, поддержания ролевых позиций в пространстве объектных отношений для достижения приемлемого качества саморегуляционной адаптации.

При невротической дезорганизации личности интернальность в области достижений отрицательно коррелирует со значением эмоциональной

комфортности. «Невротики» часто стремятся успеть «все и сразу», взвалить выполнение и контроль за активными действиями на свои плечи, не прибегая к помощи товарищей и посредников, преследуя цель – получить результат в короткие сроки с наименьшими личностными потерями. Такая позиция по итогу приносит дезорганизованной личности только эмоционально-волевое истощение, чувство неудовлетворенности и обесценивание как собственных заслуг и затраченных усилий, так и командных.

Таким образом, были обнаружены весомые связи между показателями интернальности и социально-психологической адаптацией у больных с различным уровнем дезорганизации личности. Для психотических больных характерен низкий показатель саморегуляционной адаптации за счет не обустроенности семейной и производственной жизни, а также неадекватности самооценки. Дезорганизация личности пограничного типа характеризуется смещением локуса контроля в сторону экстернальности межличностных отношений, что проявляется в неуверенности в себе, частой несогласованности образов реального и идеального «Я», недостаточно развитой саморегуляции, эмоциональной неустойчивости. Невротические больные способны положительно оценивать результаты своей деятельности и достигать поставленных задач, но из-за нерационального использования эмоциональной энергии не всегда получается раскрыть творческий потенциал, а приобретенное психическое расстройство углубляется в своей феноменологической структуре, хронифицируется.

РАЗДЕЛ 6

СИСТЕМА СУБЪЕКТИВНО-ЛИЧНОСТНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

6.1. Клинико-психологическое обоснование и содержание программы субъективно-личностной восстановления процессов саморегуляции у больных с личностной дезорганизацией

Серьезная проблема точного определения и описания личностной дезорганизации отражена в многочисленных исследованиях за последние несколько десятилетий [212]. В.Мишель и Ю.Шода [213] независимо от А.Бека и А.Фримена [214] разработали теоретические основы нормальной и дисфункциональной личности, которые фундаментально интегрируют четыре основных компонента личности (познание, эмоции, мотивацию и поведение) для объяснения развития, поддержания и течения личности и личностных нарушений.

В. Мишель и Ю. Шода разработали когнитивно-аффективную системную теорию личности, чтобы примирить концепцию личности, подразумевающую, что поведение устойчиво во времени, с эмпирическими данными, показывающими, что на поведение сильно влияют ситуационные факторы. В этой системе личность представляет собой относительно устойчивую структуру познания, аффекта и мотивации, которая обуславливает отбор, интерпретацию и проявление поведенческих и эмоциональных реакций на индивидуально обусловленные особенности окружающей среды.

Когнитивная теория расстройств личности А.Бека и А.Фримена включает те же четыре психологических процесса. Она конкретизирует, что генетическая предрасположенность и опыт окружающей среды объединяются, образуя схемы,

когнитивные структуры, которые интерпретируют информацию и придают смысл событиям в мире. Сочетание предвзятой обработки информации и негативных представлений о себе, других и межличностных отношениях порождает аффект, влияет на мотивацию и в конечном итоге сужает ответные тенденции индивида до небольшого набора чрезмерно используемых эмоциональных и поведенческих диспозиций, которые формируют основные клинические признаки дисфункции личности.

Чтобы объяснить связи между различными и разнородными элементами— симптомами, дисфункциональными формами поведения и плохим социальным функционированием - составляющими личностной дезорганизации, необходимо смоделировать самогенез структурных изменений, который изображает дисфункции, связи между ними и то, как их взаимодействие поддерживает психические расстройства с течением времени. На наш взгляд, наиболее вероятными элементами такого самогенеза, учитывая ранее предложенные компоненты личности, являются: а) проблемное содержания (мысли и эмоции), субъективно переживаемые как состояния сознания и организованные в виде нарративов; б) недостатки метакогниции - способности рефлексировать над собственными и чужими психическими состояниями; в) патогенные межличностные схемы; и г) дезадаптивные процессы принятия решений (саморегуляция). Эти элементы изменяются и взаимодействуют у пациентов в условиях их жизни с психической «болезнью», образуя типичные патологические организации.

Структура или организация личности - это теоретические понятия, характеризующие фундаментальную «операционную систему» или лежащую в ее основе устойчивую конфигурацию личности, которая, в свою очередь, проявляется в конкретных способах функционирования личности, которые могут быть феноменологически наблюдаемы и оценены. Дезорганизация личности представляет собой реструктуризацию свойств, особенностей и ресурсных возможностей личности в процессе существования субъекта в актуальной психопатологической реальности [138]. По отношению к пациенту

дезорганизация личности выступает специфическим образованием, онтологическим основанием которого является нарушение целостности, идентичности и экзистенциальной исполненности человека.

Психотерапевтические вмешательства, направленные на восстановление личностной структуры, включают широкий спектр методов лечения из основных психотерапевтических школ, таких как психодинамическая психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) или клиент-центрированная терапия. Кроме того, в последние десятилетия было разработано несколько конкретных психотерапевтических подходов для решения анализируемых проблем, которые четко структурированы и последовательны. Наиболее часто используются: трансферентно-ориентированная терапия (ТФТ), диалектическая поведенческая терапия (ДБТ), ментализационная терапия (МБТ), схема-ориентированная терапия (СТ) и системный тренинг эмоциональной предсказуемости и решения проблем (СТЭПП). Большинство из этих методов лечения разработаны как амбулаторная психотерапия продолжительностью от шести до 12 месяцев с одним или двумя еженедельными индивидуальными сеансами. Некоторые также включают дополнительные сеансы групповой терапии.

Диалектическая поведенческая терапия (ДБТ) [215] - это комплексное психологическое вмешательство, разработанное с использованием некоторых принципов КПТ в сочетании с основанными на осознанности и системными стратегиями. Она направлена на изменение поведения и способности сдерживать трудные чувства, сосредоточившись на улучшении навыков, стрессоустойчивости, регуляции эмоций, межличностного поведения и осознанности.

Терапия, основанная на ментализации (МБТ) [216], представляет собой комплексное психоаналитически обоснованное психологическое вмешательство, которое направлено на повышение рефлексивной или ментализирующей способности индивида, помогая человеку понять и распознать чувства, которые он вызывает у других, и чувства, которые он испытывает сам.

Схема-ориентированная терапия (СТ) [217] опирается как на поведенческие, так и на психоаналитические теории и помогает людям идентифицировать свои саморазрушительные тематические основы, возникающие из неудовлетворенных эмоциональных потребностей в детстве и представляющие собой дезадаптивные стили совладания во взрослом возрасте.

Психотерапия, ориентированная на перенос (ТФТ) [218] стремится достичь интегрированных представлений о себе и других, модификации примитивных защитных операций и разрешения диффузии идентичности путем анализа переноса в терапевтических отношениях. Примитивные объектные отношения (например, расщепленные, поляризованные) могут трансформироваться в более продвинутые (например, дифференцированные, интегрированные).

Таким образом, современные психотерапевтические подходы предполагают несколько иные механизмы действия в соответствии с лежащими в их основе специфическими этиологическими моделями. Общим элементом является то, что они стремятся облегчить дезорганизацию личности с помощью вербальной коммуникации. Психоаналитическая терапия обычно подчеркивает и использует терапевтические отношения как модель для других отношений, в то время как когнитивно-поведенческая терапия в основном нацелена на приобретение нового опыта обучения и общих навыков управления собой.

Более предметно необходимо остановиться на таком компоненте личности как эмоциональная регуляция, которая доступна непосредственному объективному наблюдению во время вербальной коммуникации в течении психотерапевтической сессии. Эмоциональная регуляция-это многомерная конструкция, состоящая из следующих черт: осознание и принятие эмоций; навыки участия в поведении, направленном на цель; гибкое использование соответствующих стратегий для модуляции интенсивности контекста и продолжительности эмоциональной реакции [219]. Принятие эффективных стратегий эмоциональной регуляции считается одним из фундаментальных аспектов индивидуальной адаптации.

«Золотым» стандартом восстановления эмоциональной регуляции при состояниях личностной дезорганизации является - схемная терапии (СТ), согласно которой, стабильные и устойчивые ранние дезадаптивные схемы (СУРДС) лежат в основе хронизации психических расстройств на фоне структурных нарушений личности. Термин «схема» происходит из теории обработки информации, которая утверждает, что информация сортируется в человеческой памяти по темам [220]. Идея состоит в том, что переживания хранятся в нашей автобиографической памяти посредством диаграмм ранних лет жизни [221]. Паттерны состоят из чувственных восприятий, переживаний, эмоций и приписываемого им значения, так что ранние детские переживания сохраняются на невербальном уровне [222]. Схемы действуют как фильтры, через которые индивиды упорядочивают, интерпретируют и предсказывают мир. Поскольку СУРДС рассматриваются как эго-синтонные, терапевты считают, что у пациентов с хроническими психическими расстройствами отсутствует мотивация к их изменению.

В терапии работа с множеством схем одновременно может оказаться очень трудной. По этой причине Дж. Янг ввел понятие схемных режимов - модусов - относительно независимо организованных паттернов мышления, чувств и поведения, лежащих в основе различных состояний сознания; они могут быть непосредственно наблюдаемыми и измеримыми, потому что представляют собой мгновенные эмоциональные и когнитивные состояния и копинг-реакции, которые активны в данный момент времени. Модусы запускаются эмоциональными событиями, и индивид может очень быстро переходить из одного режима в другой (осциллирующие диады в психодинамических терминах). По сравнению со стандартным КПТ, СТ отводит центральную роль концепции репаративных терапевтических отношений (например, ограниченное перерождение) и эмоционально-ориентированным эмпирическим техникам (например, рескрипция образов и работа на стуле). Эти реляционные и эмпирические методы могут преодолеть некоторые ограничения стандартного подхода КПТ, такие как недостаточное внимание, уделяемое сложным и

проблемным эмоциональным состояниям. Улучшение когнитивных функций не обязательно означает улучшение регуляции эмоций [223]. Доказано, что рациональные когнитивные языковые системы независимы от систем, основанных на эмоциях. Для понимания этого была предложена модель взаимодействующих когнитивных подсистем [224], которая различает две системы: пропозициональную систему кодирования значений, основанную на языке, который может быть оценен и непосредственно подвержен влиянию сенсорной информации, и импликационную систему кодирования значений, которая разрабатывает опыт из широкого спектра источников, включая специфические паттерны косвенного сенсорного ввода. Отсюда следует - если терапевт хочет изменить дисфункциональные поведенческие паттерны, он должен работать на уровне импликационной системы кодирования и активировать целевые эмоциональные состояния.

Другим ключевым фактором в СТ является роль терапевтических отношений. СТ фокусируется на болезненных детских переживаниях, которые были центральными в развитии СУРДС пациента. Таким образом, СТ включает в себя попытку заново пережить и передать наиболее уязвимые состояния детства, те, в которых ребенок отчаянно нуждался в заботе взрослых, но не получал ее.

В СТ собственно эмоции и механизмы их регуляция строго связаны с понятием режима схемы - модусами. Обычно они активируются внешними стимулами или внутренними состояниями, являются преходящими по определению и могут включать как адаптивные, так и дезадаптивные реакции [225]. В частности, дисфункциональный режим характеризуется дезадаптивными схемами или копинг-реакциями, выливающимися в тревожные эмоции, реакции избегания или саморазрушительное поведение, которые влияют на поведение индивида и контролируют его эмоциональное функционирование. Основная концепция теории модусов состоит в том, что различные психические состояния имеют различные цели и связаны с различными базовыми

потребностями. Первая цель терапевта-понять и концептуализировать модель функционирования субъекта.

Существует четыре макро-категории режимов [226]. Первая макро-категория модусов-это дезадаптивные детские модусы, которые развиваются, когда определенные базовые эмоциональные потребности не были адекватно удовлетворены в детстве. С точки зрения науки о регуляции эмоций, детские модусы характеризуются специфическими дисрегулируемыми эмоциями (гнев, стыд, печаль и т. д.). Под дисрегулируемыми эмоциями мы подразумеваем преувеличенный аспект одного из компонентов эмоциональной реакции (начало, продолжительность, сила, тип или выражение). Вторая макро-категория режимов-дисфункциональные режимы совладания, которые отражают дисфункциональные регуляторные стратегии или стили совладания (сверхкомпенсация, избегание или капитуляция). С точки зрения науки о регуляции эмоций, способы совладания являются проблемными регуляторными стратегиями, которые могут вызвать мгновенное облегчение в краткосрочной перспективе, но вызывают и поддерживают дисрегулированные эмоциональные состояния в долгосрочной. Третья макро-категория режимов-это дисфункциональный родитель - модусы, отражающие интернализованные установки и мнения родителей (или других значимых лиц) по отношению к пациенту в детстве. Родительские режимы являются основным источником дисрегулируемых эмоций. Эти модусы являются дисрегуляторными механизмами, которые генерируют наиболее тяжелые дисрегуляторные эмоции. Последняя макро-категория — режимов-это интегративные адаптивные режимы, охватывающие режим здорового взрослого, который включает в себя функциональные когнитивные способности, мысли и поведение [227], и режим счастливого ребенка, который чувствует себя спокойно, потому что все основные эмоциональные потребности в настоящее время удовлетворены [228]. С точки зрения науки о регуляции эмоций, счастливый взрослый может рассматриваться как совокупность самоуспокоительных, позитивных, основанных

на переоценке и принятии регуляторных стратегий, которые регулируют эмоции и создают счастливое детское состояние ума.

Первая макро-категория, относящаяся к детским модусам, включает различные эмоциональные состояния. Она включает в себя три категории: уязвимая детская, гневливая детская, импульсивная детская.

Первая категория называется уязвимым детским режимом. Он охватывает большую часть СУРДС и большую часть страданий, испытываемых пациентами - преувеличение эмоций печали, тоски и стыда.

Дисрегулируемый гнев с различными уровнями экспрессии характеризует вторую категорию детских модусов, а третью - дисрегулированная импульсивность. Краткое описание представленных режимов описано в таблице 6.1.

Таблица 6.1 - Категории дисрегулированных эмоций по отношению к режимам и терапевтическим стратегиям: детские режимы

Категория режимов	Дисрегулируемая эмоция	Дисфункциональная стратегия регулирования	Эффекты	Терапевтическая стратегия
Уязвимый ребенок (Одиноким ребенок, Брошенный и подвергшийся насилию ребенок, Униженный и Неполющенный ребенок)	Преувеличенная печаль Тревога	Самообвинение	Уязвимость	Образное переписывание Репарентирование во время и вне сеанса Когнитивные или поведенческие методы ограниченного репарентирования
Злой Ребенок (Злой ребенок, Упрямый ребенок, Разъяренный ребенок)	Преувеличенный гнев	Винить других	Импульсивность Межличностные проблемы	Выход гнева Ограничение деструктивных проявлений гнева или ярости Повышение способности терпеть фрустрацию Ограниченные репаративные

				когнитивные техники Поведенческие техники
Импульсивный ребенок Недисциплинирован ный ребенок	Эмоции, отображае- мые без контроля	Атаковать Прерывать Обвинять других Игнорироват ь других	Импульсивност ь Фрустрация Испорченное поведение Нетерпение Отсутствие контроля	Повышение способности находить реалистичный способ удовлетворения гедонистических потребностей Повышение способности терпеть фрустрацию Терапевтические отношения

Вторая макро-категория фокусируется на неадаптивных способах совладания. Можно провести параллели с концепциями защитных механизмов в психодинамических терминах и с дисфункциональными регуляторными стратегиями. Сюда включается три категории: дисфункциональные способы совладания, связанные со стратегией избегания; сверхкомпенсация; стратегия капитуляции.

Третья макро-категория модусов включает в себя фигуры, относящиеся к дисфункциональному родителю: карательный родитель и требовательный родитель. Эти модусы обычно проистекают из родителей или других фигур привязанности. Они вторгаются как негативные автоматические мысли [229] и могут быть теоретизированы как токсичные родительские интроекты [230] которые пациенты слышат как «голоса внутри головы». Эти родительские модусы являются источником первичной дисрегуляции эмоций у пациента и могут рассматриваться как класс стратегий самонападения/самообвинения (в психодинамических терминах), которые создают невыносимые негативные аффекты внутри пациента.

Последняя макро-категория режима охватывает режимы здорового взрослого и счастливого ребенка. Когда пациент находится в этих модальностях, не наблюдается ни дисрегуляторных стратегий, ни дисрегуляционных эмоций.

Другой аспект, который следует учитывать при анализе модусов, - это степень диссоциации, которую они имеют между собой. Это понятие чрезвычайно важно при определении тяжести патологии пациента. Диссоциация между модусами в СТ может быть описана в терминах структурной организации личности и касается разделения и организации личности или сознания (т. е. структурной дезорганизации) [231]. Дисфункциональные схемы-это, по сути, "границы я", которые не интегрированы в целостную структуру личности и поэтому действуют диссоциированным образом. Постоянное чередование модусов непосредственно связано с их диссоциированной природой. Чем выше диссоциация между модусами, тем выше эмоциональная неустойчивость человека. Более того, чем выше диссоциация между одним модусом и другими, наряду с диссоциацией между модусами и более здоровыми аспектами самости, тем больше они становятся все более неадаптивными. Так если субъект осознает и способен получить доступ к последнему режиму, это признак низкого уровня диссоциации, то есть субъект понимает свои потребности и способы их удовлетворения.

Общая стратегия и шаги по регулированию эмоций в схемной терапии следующие: 1) Идентификация режима. Если пациент испытывает нарушение регуляции эмоционального состояния во время сеанса (также и вне сеанса), терапевт пытается выяснить модус, ответственный за это состояние. 2) Режим работы. Как только режим распознан, терапевт использует ряд специфических техник для разрешения этого режима. 3) Изменение режима. После того, как режим деактивирован, облегчается опыт более функциональной модальности (например, активация «Счастливого взрослого»). В результате 2-го шага пациент испытывает нисходящую регуляцию отрицательных эмоций, а в результате 3-го шага он испытывает нисходящую регуляцию положительных, успокаивающих себя эмоций. При вмешательстве клиницист должен следить за наличием преувеличенных или притупленных эмоций, или даже за их кажущимся отсутствием (скажем, за чрезмерной отстраненностью и холодным отношением

пациента). Это может помочь клиницисту понять, какой режим активен в данный момент.

Обозревая возможности и конкретные подходы в работе со схемами (модусами) в рамках СТ, можно заключить, что схемная терапия способствует когнитивно-эмоциональному восстановлению пациентов с личностной дезорганизацией. Мы считаем, что эффективность СТ обусловлена структурными изменениями в личности пациента, к которым стремится каждый терапевт СТ, а не только к симптоматическому улучшению. В результате структурных изменений первоначальная эмоциональная дисрегуляция, обусловленная дезадаптивными регуляторными стратегиями (патологическими модусами), уступает место (взрослой) эмоциональной регуляции. Мы полагаем, что особенности СТ и потребность в новых методах лечения, способных привести к полному выздоровлению пациентов, станут серьезным стимулом для изучения новых клинических применений этой модели и ее внедрения в широкую психолого-психиатрическую практику.

6.2. Общая характеристика психотерапевтических подходов

Схема-терапии (СТ) первоначально была концептуализирована для пациентов, не отвечающих на когнитивную терапию, и пациентов, страдающих расстройствами личности (РЛ). Бамелис и коллеги обнаружили, что назначение СТ в качестве лечения расстройств личности снижают депрессивные симптомы. Рассматривая дальнейшие доказательства эффективности СТ [232-233] мы считаем, что она является многообещающим подходом в лечении депрессии и преодолении недостатков подходов КПТ. Это особенно относится к более тяжелым и сложным проявлениям психических расстройств, в том числе, в частности, связанных с сопутствующими расстройствами личности. Теоретическая концепция и практическая клиническая реализация СТ

представляет собой развитие когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и основана на теориях психологического обучения и привязанности [234]. Центральное место в СТ занимает идея ранних дезадаптивных схем (ДС), которые определяются как модели межличностного опыта обучения с (раннего) детства, которые, как предполагается, фундаментально формируют человеческое восприятие и психологический опыт и играют ключевую роль в развитии и поддержании психических расстройств [235]. Между тем, и отличается от более ранних концептуализаций схем, под ДС понимаются не только когнитивные, но и эмоциональные и физиологические компоненты. СТ, в свою очередь, фокусируется на модификации ДС и на удовлетворении отрицаемых эмоциональных основных потребностей. Она использует ключевые методы, ориентированные на эмоции, например, переписывание изображений и диалогов в режиме «на стульях», а также методы для установления определенной формы терапевтического альянса между терапевтом и пациентами, так называемого “ограниченного переотражения”.

Помимо своей растущей популярности в клинической практике, СТ также привлек внимание своим эмпирическим основаниям [236]. За последние два десятилетия, Схема-концепция была расширена и применялась при различных расстройствах: настроения, тревожных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве, расстройствах пищевого поведения, таких как переедание, обсессивно-компульсивном расстройстве. Несмотря на растущее количество литературы и доказательств эффективности СТ, лишь немногие из испытаний и исследований дали надежные и переносимые результаты. Это связано в основном с 1) небольшой размер выборки, 2) неадекватной конструкцией условий рандомизации и/или контроля, 3) недостаточной группой контроля, или 4) отсутствием рейтингового ослепления.

Исследования в области психотерапии перешли от констатирования результатов к исследованиям, ориентированных на процесс, с целью выявления механизмов изменений (МОС), которые считаются активными элементами психотерапии.

МОС являются, основанными на теории, причинами прямых изменений в психотерапии - такими событиями или процессами, которые непосредственно выступают посредниками между лечением (например, СТ) и результатом (например, тяжестью симптомов). Когда речь заходит об исследовании медиаторов психотерапии при личностной дезорганизации, до сих пор в основном когнитивные факторы, такие как дисфункциональные установки, автоматические мысли или размышления, рассматривались в подходах к лечению преимущественно когнитивно-поведенческого характера.

Поэтому, помимо тестирования эффективности СТ, мы стремились в текущем исследовании изучить основные механизмы изменений при использовании технологий СТ и выяснить, отличаются ли они от тех, которые работают в КПТ и психодинамической терапии.

В прошлом параметры из разных предметных областей, таких как генетика и эпигенетика, нейровизуализация, самоотчеты, включающие клинические параметры, или социально-демографические переменные, использовались для определения предикторов ответа или результата лечения. Из-за неоднородности и сложности МОС одноплановые подходы, реализующие только один вид параметра, имели ограниченный успех. Поэтому часть персонализированной медицины и прецизионной психиатрии перешла к применению моделей искусственного интеллекта и машинного обучения, объединяющих многовариантные наборы данных и реализующих биологические и клинические профили пациентов для прогнозирования исхода лечения психиатрических расстройств в целом и личностной дезорганизации в частности.

На этапе запуска психотерапевтической работы, после предоставления письменного информированного согласия пациентами, участники проходили первичный осмотр, диагностику уровня личностной дезорганизации, а также степени активации саморегуляционного потенциала. После базовых оценок фактическая фаза лечения длилась 5 недель и включала комбинированное использование техник схема-терапии и когнитивно-поведенческой терапии.

1. Схема-терапия.

СТ представляет собой трансдиагностическое психологическое лечение, основанное на когнитивной терапии, которое объединяет элементы нескольких различных психотерапевтических подходов, включая гештальт-терапию, психодинамическую терапию и терапию эго-состояний [137]. Ключевыми аспектами, которые отличают СТ от традиционной КПТ, являются: а) центральное и основное внимание направлено на эмоциональные потребности и на роли ДС в развитии и поддержании психопатологии, б) дополнительное применение методов, ориентированных на опыт и эмоции, в) использование режимов схем, которые относятся к текущим эмоциональным, когнитивным, физиологическим состояниям и реакциям на преодоление, и г) сильный акцент на важности терапевтических отношений как средства терапевтических изменений.

Руководство по лечению СТ в исследовании включало три этапа в виде концепции комбинированной групповой и индивидуальной сессии: На первом этапе исследования пациенты знакомились с основными концепциями СТ. Исследовались и идентифицировались их преобладающие схемы и режимы. Устанавливались цели терапии, создавая условия для качественного терапевтического альянса. Вторая фаза фокусировалась на изменении ДС, дисфункциональных и неадаптивных режимов путем применения конкретных вмешательств, таких как диалоги в режиме «на стульях», повторное создание образов, валидация и эмпатическая конфронтация, а также ограниченное повторное обучение. Руководство СТ не включало когнитивную реструктуризацию в смысле КПТ. На третьем этапе рассматривались стратегии передачи и профилактики рецидивов психотических психических расстройств.

2. Когнитивно-поведенческая терапия

КПТ сочетает в себе аспекты поведенческой [238] и когнитивной терапии [239].

Сеансы КПТ в текущем исследовании проводились в соответствии с руководством по лечению, которое включало пять основных модулей для групповой работы, посвященных следующим темам: 1) психолого-просветительская работа относительно психотических расстройств и личностной дисфункции, 2) поведенческая активация, 3) модификация дисфункциональных установок и автоматических мыслей, 4) обучение социальной компетентности и 5) профилактика рецидивов психотических расстройств. Эти групповые модули переносились на отдельные сеансы [240].

Психотерапия, включавшая две группы (по 60 мин.) и два индивидуальных сеанса (50 мин. каждый) в неделю, применялась в течение 5 недель. Групповые занятия проводятся в “полуоткрытой” манере, чтобы сохранить стабильный максимальный размер группы (восемь участников).

В заключение, благодаря своему мультимодальному характеру, широким критериям включения и стандартизированному распределению методов психотерапевтического лечения, наше исследование способствует решению ключевых вопросов о том, как психотерапия при психотических психических расстройствах может быть оптимизирована в реалистичных клинических условиях, и помочь лучше узнать механизмы формирования личностной дисфункции.

6.3. Комплексная оценка эффективности программы субъективно-личностной восстановления больных с психотической личностной дезорганизацией

Для оценки эффективности программы субъективно - личностного восстановления больных с психотической дезорганизацией личности было выделено две группы. Основной группе (65 чел.) оказывалась медицинская помощь, которая включала в себя методы психофармакологической и психотерапевтической направленности. Группу сравнения (больные,

получавшие только медикаментозное лечение и не привлекавшиеся к участию в программе субъективно-личностного восстановления) составили 55 пациентов.

Методология и техническая процедура оценки эффективности программы субъективно-личностного восстановления дезорганизованного больного базировались не только на смягчении симптомов заболевания, но и на необходимости улучшения функционирования пациента. В качестве результата оценивались как особенности жизненного пространства больных в миропроекте «жизнь-болезнь», так и степень активации саморегуляционного потенциала, результатом чего являлись нормализация и развитие социального и личностного функционирования пациентов.

Интегративный подход к оценке эффективности программы субъективного восстановления больных включал следующие приоритетные направления:

1. Общую оценку изменений клинико-социальной картины пациентов с дезорганизованной личностью;
2. Стандартизованную оценку динамики тяжести клинико-психопатологических симптомов психотических расстройств;
3. Оценку структурных компонентов саморегуляционного потенциала личности с дезорганизацией, включая ресурсные возможности больных.

6.3.1. Общая оценка изменений клинико-социальной картины пациентов с дезорганизованной личностью

В качестве базисных клинических критериев эффективности программы субъективного личностного восстановления использовались показатели длительности текущего психотического эпизода и его исходов, сроков их

возникновения и продолжительности госпитализации больных в течение полугода катамнестического наблюдения. Согласно полученным данным, в основной группе длительность текущего психотического эпизода в течение полугода катамнестического наблюдения снизилась в среднем с $37,3 \pm 6,2$ дней до $30,8 \pm 3,2$ дней, при чем из них были госпитализированы повторно в психиатрическую больницу 5 чел. (7,7%).

В группе сравнения за тот же период катамнестического наблюдения длительность текущего психотического эпизода оставалась неизменной ($41,3 \pm 3,3$ дня), но 21 (38,2%) пациент были госпитализированы с продолжительностью стационарного лечения $43,0 \pm 2,1$ 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 2 (3,1%) пациента были признаны инвалидами, остальные сохранили прежний уровень трудоспособности, однако 71,4% из них имели статус безработного. В группе сравнения за этот же период в 36,4% случаев установлена группа инвалидности.

Рольевые функции в семье сохранились у 51 (78,5%) больных основной группы и у 24 (43,6%) пациентов в группе сравнения. Еще 10 (15,4%) человек из основной группы смогли создать постоянную пару, чего в группе сравнения зафиксировано не было.

Таким образом, клинические и социальные исходы по ряду изучавшихся показателей были достоверно ($p \leq 0,05$) более благоприятными у больных с психотической дезорганизацией личности, участвовавших в программе субъективно-личностного восстановления. В то же время пациенты, получавшие только медикаментозное лечение, по данным наблюдения отличались существенно менее качественной динамикой показателей клинικο-социального функционирования.

6.3.2. Стандартизованная оценка динамики тяжести клинико-психопатологических симптомов психотических расстройств

Клиническая эффективность программы субъективного личностного восстановления психотически дезорганизованного больного подтверждалась в нашем исследовании критериями симптоматического улучшения, к каковым было отнесено распределение больных по степени выраженности позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики в сравниваемых группах пациентов.

В таблице 6.2 представлена структура и выраженность психопатологической симптоматики больных после завершения психотерапевтической программы.

Таблица 6.2 - Структура и выраженность психопатологической симптоматики больных после завершения психотерапевтической программы (курса лечения)

Общий показатель	Основная группа	Группа сравнения
Позитивные симптомы	1,6±0,1*	2,7±0,5*
Негативные симптомы	1,4±0,1*	2,3±0,7*
Общие психопатологические симптомы	3,4±0,7	3,6±1,0
Примечание: * достоверно на уровне значимости $p \leq 0,05$		

У больных, прошедших курс схема-терапии, статистически достоверно ($p \leq 0,05$) снизилась выраженность позитивных и негативных, в то время как у больных, принимавших лишь медикаментозное лечение, выявлена тенденция к стагнации негативных и нарастанию тяжести позитивных симптомов.

У больных, прошедших курс программы субъективного восстановления, в отличие от пациентов группы сравнения, отмечалось статистически достоверное ($p \leq 0,05$) уменьшение выраженности позитивной (1,6±0,1) и

негативной симптоматики как по общей сумме баллов ($1,4 \pm 0,1$), так и отдельных симптомов (табл. 6.3). Так, уменьшение выраженности дезорганизации мышления ($3,70 \pm 1,6$ в основной группе и $5,00 \pm 0,85$ в группе сравнения), а также бредовых идей ($4,40 \pm 0,6$ в основной группе и $5,10 \pm 0,28$ в группе сравнения) проявлялось формальными и содержательными изменениями, когда пациенты начинали отвечать более структурировано, в плане заданных вопросов, точнее продумывали свои варианты ответов. Снижение уровня враждебности ($2,71 \pm 0,6$ в основной группе и $3,00 \pm 0,32$ в группе сравнения) автоматически способствовало и эмоционально-волевому включению, о чем свидетельствовали низкие баллы в пунктах эмоциональной отстраненности и апатической поведенческой позиции ($3,62 \pm 1,2$ в основной группе и $4,40 \pm 0,52$ в группе сравнения).

Улучшение общих психопатологических показателей у пациентов основной группы ($3,4 \pm 0,7$) сопровождалось восстановлением психического равновесия, способствовало сотрудничеству между близкими и родными ($3,5 \pm 0,8$ в основной группе и $4,80 \pm 0,23$ в группе сравнения), в то время как больные группы сравнения оставались обособлено, испытывая тревожные опасения по поводу социальной успешности и клинического благополучия.

Таблица 6.3 - Структура и выраженность клинической симптоматики у больных с психотической дезорганизацией личности после завершения психотерапевтической программы

Симптомы	Основная группа, $p \leq 0,05$	Группа сравнения, $p \leq 0,05$
Позитивные		
Дезорганизаций мышления	$3,70 \pm 1,6$	$5,00 \pm 0,85$
Враждебность	$2,71 \pm 0,6$	$3,00 \pm 0,32$
Бредовые идеи	$4,40 \pm 0,6$	$5,10 \pm 0,28$
Негативные		
Эмоциональная отстраненность	$3,00 \pm 0,3$	$3,50 \pm 0,26$

Пассивно-апатическая социальная отгороженность	3,62±1,2	4,40±0,52
Общие		
Тревога	3,12±1,1	3,60±0,27
Напряжение	2,81±0,3	3,10±0,17
Отсутствие сотрудничества	3,20±0,8	4,80±0,23
Примечание: p - достоверность статистических различий на уровне 0,05		

Таким образом, участие в программе субъективного восстановления приводило психотически дезорганизованную личность к отчетливому клиническому улучшению на уровне позитивной и негативной симптоматической стабильности. Это показало не только эффективность предлагаемых психотерапевтических мероприятий, но и существенную роль процессов личностной дезорганизации в образовании специфической психопатологической картины, которая конвертируется в психиатрический статус психического расстройства.

6.3.3. Оценка структурных компонентов саморегуляционного потенциала личности с дезорганизацией, включая ресурсные возможности больных

К основным критериям эффективности предлагаемой программы восстановления на личностном уровне нами были отнесены представления пациентов об их социальной и саморегуляционной идентичности. С этой целью была проведена сравнительная оценка уровня общей саморегуляции 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. 6.1). В результате схема-терапии статистически достоверно ($p \leq 0,05$) увеличилось количество больных с умеренным уровнем саморегуляции (от 21 (32,3%) до 42

(64,6%)) и уменьшился удельный вес пациентов с низким (с 76,9% до 23,1%) уровнем саморегуляции. В группе сравнения соотношение больных с легким, умеренным и тяжелым уровнем саморегуляции практически не изменилось. Некоторое увеличение пациентов с умеренным уровнем общей саморегуляции (11 (20,0%) и 15 (27,3%) соответственно) и незначительное уменьшение количества больных с низким уровнем саморегуляционного потенциала (на 4 чел. – 1,0 %), с нашей точки зрения, могло быть, с одной стороны, результатом их пребывания в условиях дисциплинарной терапевтической среды стационара, когда план и целеполагание составлены извне, с другой – из-за действия на организм больных психотропных медикаментозных препаратов, которые направлены на подавление психопатологического состояния, способствуя сглаживанию волевого дисбаланса личностной дезорганизации.

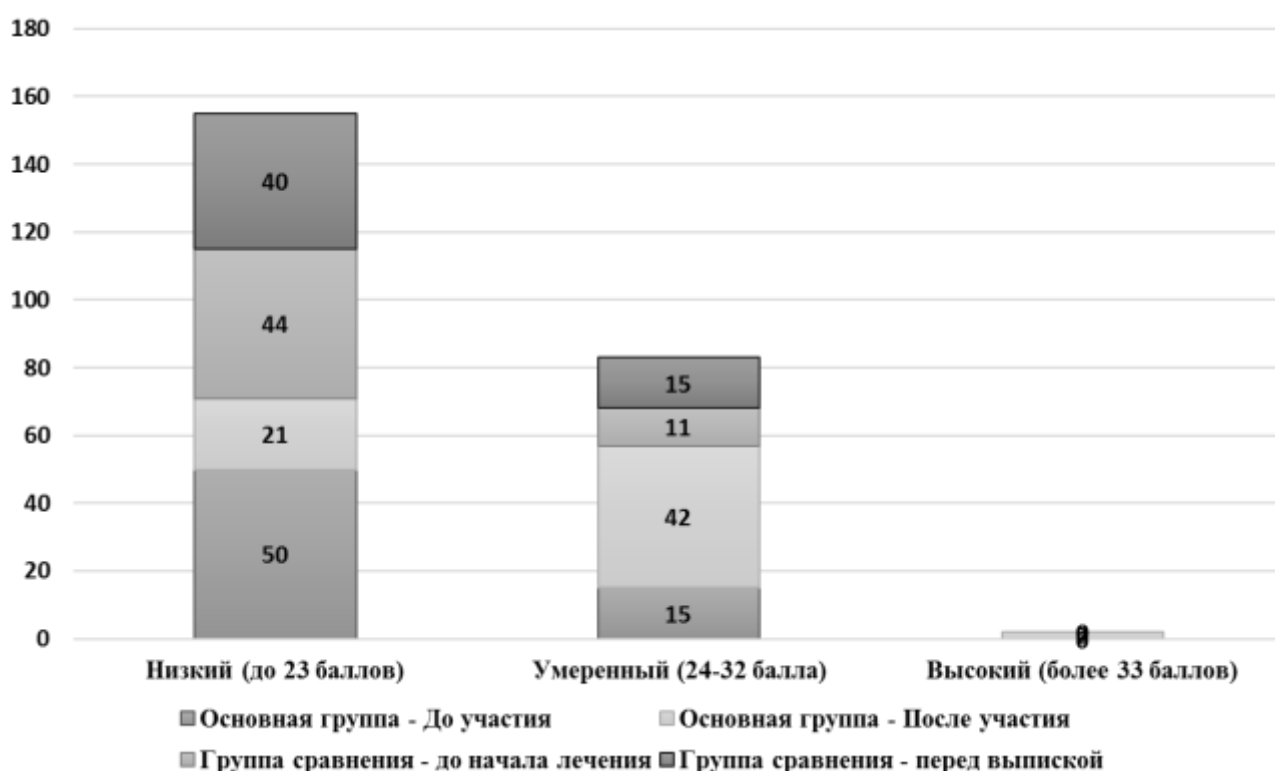


Рисунок 6.1 - Распределение больных по уровням саморегуляции в процессе терапии

В таблице 6.4 представлены особенности динамики компонентов саморегуляционного потенциала больных с психотической дезорганизацией

личности после завершения психотерапевтической программы, в сравнении с пациентами на стандартной медикаментозной терапии. В качестве оцениваемых параметров рассматривались динамика самооффективности, уровня субъективного контроля и психологического благополучия личности, а также оценку показателей социально-психологической адаптации в сравниваемых группах.

Если больные группы сравнения перед выпиской из стационара сохраняли низкий показатель самооффективности, что проявлялось в межличностной холодности ($3,6 \pm 2,1$), то пациенты основной группы в процессе психотерапии отмечали уверенность в свои возможностях, пытались наладить персональный контакт с родными и семьями, вернуть ощущение свободы в самореализации, что даже при эмоциональной отстраненности облегчало жизненные выборы и коммуникации ($11,1 \pm 6,6$, $p \leq 0,05$).

Таблица 6.4 - Динамика компонентов саморегуляционного потенциала больных с психотической дезорганизацией личности после завершения психотерапевтической программы

Компоненты саморегуляционного потенциала	Основная группа	Группа сравнения
Самооффективность		
Предметная самооффективность	$18,3 \pm 9,2$	$- 10,5 \pm 5,2$
Межличностная самооффективность	$11,1 \pm 6,6^*$	$3,6 \pm 2,1$
Психологическое благополучие		
Общий показатель ПБ	$6,8 \pm 1,2^*$	$5,2 \pm 0,7$
Уровень субъективного контроля		
Общая интернальность (Ио)	$5,7 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,1$
Примечание:* - достоверность статистических различий на уровне $p \leq 0,05$		

В процессе психотерапевтической работы у большинства 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 - $5,7 \pm 0,5$ –

превышал нормативные 5,5 стенов). Общая интернальность больных группы сравнения ($4,5 \pm 0,1$) была статистически достоверно ($p \leq 0,05$) ниже в сравнении как с нормой, так и с аналогичным показателем в основной группе. Отказ от психотерапевтической коррекции в виде декатастрофизации когнитивных стереотипов приводил к сохранению низкого уровня субъективного контроля по экстернальному типу с отсутствием ощущения связи между жизненными событиями и действиями этих пациентов, их беспомощности и склонности считать происходящее с ними результатом действия других людей.

Общий показатель психологического благополучия обследованных больных основной группы статистически достоверно ($p \leq 0,05$) превышал соответствующий показатель в группе сравнения ($6,8 \pm 1,2$ и $5,2 \pm 0,7$ соответственно). Несмотря на низкие значения показателя в обеих группах в сравнении с нормативными, в группе больных, включенных в программу, отмечалось качественное изменение структуры данного показателя. Так, для них более возрастало значение собственной автономии и личностного роста, больные пытались формировать позитивное принятие других, что неизбежно стимулировало самопринятие и самооценку. В то же время, у больных, проходящих только медикаментозное лечение, имела место статичность и некоторая заостренность взглядов как на здоровье, так и на болезненное состояние.

Как показано в таблице 6.5 отмечалась положительная динамика показателей социально-психологической адаптации в сравниваемых группах исследования, особенно в группе психотерапевтической поддержки.

Таблица 6.5 - Динамика показателей социально-психологической адаптации в сравниваемых группах исследования

Компоненты социально-психологической адаптации	Основная группа	Группа сравнения
Толерантность к неопределенности		
Положительная	$-7,1 \pm 0,8$	$-11,1 \pm 2,2$
Отрицательная	$-42,3 \pm 9,5^*$	$-54,2 \pm 11,7$
Социально-психологическая адаптация		

Адаптация	65,4%±21,1*	40,3%±18,7*
Приятие других	46,6%±11,5*	34,7%±15,4
Интернальность	33,6%±12,5*	26,2%±10,9
Самовосприятие	40,5%±15,7	35,5%±16,6
Эмоциональная комфортность	23,4%±13,7	22,2%±10,1
Стремление к доминированию	61,7%±20,7	54,7%±22,7
Примечание:* - достоверность статистических различий на уровне $p \leq 0,05$		

В результате субъективно-личностного восстановления уровень толерантности к неопределенности в основной группе с высоких отрицательных значений перешел в область умеренных (-42 для 26,7% случаев, $p \leq 0,05$), что свидетельствует о лучшей приспособляемости данного контингента больных к условиям переменчивой действительности. Данное утверждение нашло свое отражение в показателях социально-психологической адаптации больных с психотической дезорганизацией личности после проведения программы восстановления. Мощность общей адаптации в группе возросла на 20% от исходных за счет принятия других (46,6%±11,5 случаев) и высокой интернальности (33,6%±12,5 случаев) – пациенты не воспринимали как проблему сохранявшиеся психопатологические симптомы и ощущали удовлетворенность от собственной повседневной активности, чему, на наш взгляд, способствовало их участие в психотерапевтической программе. В группе сравнения также отмечалось некоторое улучшение социально-психологической адаптации (40,3%±18,7 случаев) больных, чаще – благодаря внешним источникам – медико-социальной экспертизы с последующей инвалидизацией, выплата страхового пособия и т.д.

Как показано на рисунке 6.2, участие больных в программе субъективного личностного восстановления, включавшей элементы тренинга, направленного на когнитивную переработку суждений, способствовала изменению структуры дисфункциональных установок пациентов. Так,

статистически достоверно ($p \leq 0,05$) большая часть больных (74,2% случаев) перешли из зоны тяжелых нарушений и когнитивных ошибок в зону умеренных за счет снижения выраженности когнитивной модели – обесценивания, что существенно способствовало общей эффективности психотерапевтической работы и увеличению доли пациентов с умеренным уровнем активации саморегуляционного потенциала. В группе больных, проходивших только медикаментозное лечение, закрепились дисфункциональные варианты когнитивных установок (более 139 баллов у 91,0% испытуемых) за счет тотального обобщения, патологической конкретизации и катастрофизации различных убеждений, особенно касающихся вопросов психического здоровья, клинического диагноза и социальной стигмы.



Рисунок 6.2 – Распределение больных по степени дисфункциональности иррациональных убеждений в процессе терапии

Таким образом, своевременные, персонифицированные и интегративные программы субъективного восстановления больных с психотическим уровнем дезорганизации личности улучшают клинический и социальный прогноз

пациента, способствует повышению степени саморегуляционного потенциала больных с минимальных значений до умеренных. Из этого следует, что системные психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия являются индикатором успешности клинической помощи, а также в значительной мере определяют уровень личностного, психологического и социального функционирования больных.

Оказание психиатрической помощи, ориентированной на субъективно-личностное выздоровление, не ограничивается поддержанием удовлетворительного состояния и предотвращением обострения у пациентов, а стремится воспринимать человека с психическим расстройством как личность способную выбирать свои долгосрочные цели, приобретающую высокую самоэффективность.

АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основная часть исследования, посвященная клинико-психопатологическим характеристикам и особенностям саморегуляционного потенциала, разработке, теоретико-методологическому и клинико-психологическому обоснованию программы субъективно-личностного восстановления больных с психотической дезорганизацией личности, выполнялась на базе центра первого психотического эпизода Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка в течение 2019-2021 гг.

Критерии включения больных в исследование: наличие с установленным в соответствии с диагностическими критериями Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10-го пересмотра) диагнозов: шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства (F20- F23); расстройства настроения (F31 - F33), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F41); возраст 18-65 лет; информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании; давность заболевания свыше 10 лет; наличие органических, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09); психических, расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (F10-19), а также расстройств зрелой личности и поведения у взрослых (F60-69), в соответствии с МКБ-10; признаки формального отношения к заполнению опросников.

Всего в исследование приняло участие 216 человек. По данным структурированного интервью О.Кернберга у 120 больных (55,5%) была выявлена психотическая дезорганизация личности (основная группа), у 60 человек (27,8%) – невротическая и 36 чел. (16,7%) – пограничная дезорганизация личности (группы сравнения).

Абсолютное количество больных с психотической дезорганизацией личности приходилось на разделы F20 - F23: F20.0 – 63 чел. (52,5%) с параноидной шизофренией; F23.0 – 57 чел. (47,5 %) с острыми транзиторными психотическими расстройствами. У пациентов с дезорганизацией личности невротической типа были выявлены психические расстройства раздела F31.0 – биполярное аффективное расстройство (5 чел. – 8,3%), а также раздела F41.2 – расстройства адаптации (66 чел. – 91,7%). Группа больных с пограничной дезорганизацией личности была представлена расстройствами шизофренического (55,6%) и невротического (44,4%) спектров.

Для оценки эффективности программы субъективно - личностного восстановления больных с психотической дезорганизацией личности было выделено две группы. Основной группе (65 чел.) оказывалась медицинская помощь, которая включала в себя методы психофармакологической и психотерапевтической направленности. Группу сравнения (больные, получавшие только медикаментозное лечение и не привлекавшиеся к участию в программе субъективно- личностного восстановления) составили 55 пациентов.

Основные методы исследования. Клинико-анамнестический метод заключался в оценке клинико-социальных характеристик больных, включенных в исследование, с помощью «Индивидуальной карты клинического и социально-демографического анализа истории болезни пациента с дисфункциональным уровнем личностной организации». Стандартизованная оценка общей, позитивной и негативной психопатологической симптоматики осуществлялась с использованием клинической рейтинговой шкалы PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

Для оценки уровня дезорганизации личности было использовано структурное психодинамическое интервью О. Кернберга («Структурированное интервью личностной организации» STIPO-R), которое определяло степень интеграции идентичности, типы преобладающих защитных механизмов, способность к тестированию реальности. Дополнительно для более точного и глубокого анализа структурных элементов дезорганизации личности

использовались методики: «Инвентарь личностных качеств PID-5-Adult», «Объективная мера статуса эгоидентичности», «Шкала дисфункциональных отношений», «Индекс жизненного стиля».

Комплекс психодиагностических методик, направленных на изучение саморегуляционного потенциала больных включал: опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой; тест определения уровня самооффективности Дж.Маддукса и М.Шеера; опросник «Уровень субъективного контроля»; шкалу психологического благополучия К.Рифф.

Социально-психологический метод был направлен на изучение личностной и социальной адаптации к среде и толерантности к неопределенности с помощью: методики диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда и шкалы толерантности к неопределенности Д.МакЛейна. Полученные данные исследования были обработаны с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

В зависимости от уровня дезорганизации личности, исследуемые были разделены на 3 группы с помощью структурного диагностического интервью по О. Кернберга: группа 1 (основная) - больные с психотическим уровнем дезорганизации личности – 120 чел. (55,5 %); группа 2 – пациенты с пограничным уровнем дезорганизации личности – 36 чел. (16,7 %); группа 3 – больные с невротическим уровнем дезорганизации личности – 60 чел. (27,8 %).

Для основной группы обследованных пациентов (с психотической дезорганизацией личности) были характерны: диффузная (95 чел. – 79,1%) или утраченная идентичность, превалирование незрелых форм механизмов психологической защиты, искаженные представления о реальности (97 чел. – 80,8%).

Пациенты с пограничной дезорганизацией личности имели как диффузный статус идентичности с крайне полярным представлением о себе (31 чел. – 86,1%), так и заверченный тип саморепрезентации. Обнаружено использование как примитивных, так и зрелых механизмов психологических защит. Тестирование

реальности сохранялось на протяжении всего периода наблюдения, несмотря на квазипсихотическую симптоматику (9 чел. – 25,0%).

Отличительными характеристиками больных с невротической дезорганизацией личности являлись: консолидированная (достигнутая) идентичность с некоторыми областями небольшого дефицита (36 чел. – 60,0%), зрелые механизмы психологической защиты (33 чел. – 55,0%) и целостные представления об окружающей действительности (60 чел. – 100,0%).

По данным «Инвентаря личных качеств» (PID-5-Adult) все три уровня дезорганизации личности характеризовались как сходным, так и достоверно противоположным набором личностных качеств. Для пациентов с психотической дезорганизацией личности были характерны: депрессивность, ангедония, эксцентричность, что сочеталось с яркими симптоматическими проявлениями психических расстройств, нарушениями реального и смыслового образов действительности, размыванием границ между своим и чужим. Пограничная дезорганизация личности занимала промежуточное место между психотическими и невротическими регистрами. Для них в большей мере имели место изменения личностных проявлений в эмоциональной (перцептивная дисрегуляция) и поведенческой сфере в виде импульсивности, враждебности, эксцентричности, манипулятивности, что затрудняло построение равных и долгосрочных объектных отношений. Больные с невротической дезорганизацией личности стремились к эгоцентрической позиции за счет своей скрытности, жесткого перфекционизма, подавляли импульсы морально-ценностных структур.

Наиболее высокая средняя оценка выраженности продуктивных симптомов была у больных с психотической дезорганизацией личности ($4,3 \pm 0,36$ балла, $p \leq 0,05$). При этом более выраженными являлись бредовые идеи ($5,1 \pm 0,28$ балла, $p \leq 0,05$), галлюцинации ($5,2 \pm 0,90$ балла, $p \leq 0,05$), дезорганизация мышления ($5,0 \pm 0,85$ балла, $p \leq 0,05$), идеи величия ($4,0 \pm 0,13$ балла, $p \leq 0,05$), подозрительность ($4,5 \pm 0,02$ балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка тяжести позитивных симптомов у пациентов в этой группе находилась в пункте

«возбуждение» ($3,6 \pm 0,12$ балла, $p \leq 0,05$). Средняя оценка выраженности негативных симптомов соответствовала умеренной степени тяжести ($3,6 \pm 0,27$ балла, $p \leq 0,05$). Среди дефицитарных расстройств у данных пациентов наиболее глубокими были: пассивно-апатическая социальная отстраненность ($4,4 \pm 0,52$ балла, $p \leq 0,05$), трудности в абстрактном мышлении ($3,7 \pm 0,05$ балла, $p \leq 0,05$), недостаточный раппорт ($3,6 \pm 0,61$ балла, $p \leq 0,05$), эмоциональная отстраненность ($3,5 \pm 0,26$ балла, $p \leq 0,05$). Самая низкая оценка негативных нарушений была в пункте «стереотипность мышления» ($3,1 \pm 0,17$ балла, $p \leq 0,05$). Наиболее выраженными из общих психопатологических симптомов являлись такие клинические признаки, как активный социальный уход ($4,8 \pm 0,13$ балла, $p \leq 0,05$), волевые нарушения ($4,8 \pm 0,25$ балла, $p \leq 0,05$), отсутствие сотрудничества ($4,80 \pm 0,23$ балла, $p \leq 0,05$), двигательная заторможенность ($4,3 \pm 0,16$ балла, $p \leq 0,05$), необычное содержание мыслей ($4,2 \pm 0,19$ балла, $p \leq 0,05$), ухудшение внимания ($4,1 \pm 0,26$ балла, $p \leq 0,05$), манерность ($4,0 \pm 0,37$ балла, $p \leq 0,05$).

У больных с пограничной дезорганизацией личности средняя оценка выраженности продуктивных симптомов соответствовала умеренным проявлениям ($2,8 \pm 0,56$ балла, $p \leq 0,05$). Уровень выраженности ассоциативных нарушений ($2,6 \pm 1,20$ балла, $p \leq 0,05$), галлюцинаций ($3,4 \pm 1,02$ балла, $p \leq 0,05$), возбуждения ($2,4 \pm 0,91$ балла, $p \leq 0,05$), идей величия ($2,8 \pm 0,18$ балла, $p \leq 0,05$) достоверно был ниже, чем в группе с невротической дезорганизацией личности. Показатель тяжести дефицитарных расстройств соответствовал минимальным проявлениям ($2,2 \pm 0,24$ балла, $p \leq 0,05$). Наиболее выраженными оказались следующие негативные симптомы: пассивно-апатическая социальная отстраненность ($2,5 \pm 0,12$ балла, $p \leq 0,05$), эмоциональная отстраненность ($2,3 \pm 0,36$ балла, $p \leq 0,05$), эмоциональное уплощение ($2,2 \pm 0,25$ балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка или отсутствие сформированного симптома была в пунктах: трудности в абстрактном мышлении ($1,8 \pm 0,14$ балла, $p \leq 0,05$), недостаточный раппорт ($2,1 \pm 0,40$ балла, $p \leq 0,05$), недостаток спонтанности и плавности беседы ($2,1 \pm 0,21$ балла, $p \leq 0,05$), стереотипность мышления ($2,1 \pm 0,23$ балла, $p \leq 0,05$). В данной группе обнаруживалась наименьшая выраженность общих

психопатологических симптомов ($3,4 \pm 0,29$ балла, $p \leq 0,05$). Особо выделялись тревога ($5,1 \pm 0,71$ балла, $p \leq 0,05$), депрессия ($4,8 \pm 0,54$ балла, $p \leq 0,05$), ощущение вины ($4,8 \pm 0,46$ балла, $p \leq 0,05$), манерность ($4,2 \pm 0,61$ балла, $p \leq 0,05$).

У пациентов с невротической дезорганизацией личности продуктивной ($1,7 \pm 0,27$ балла, $p \leq 0,05$) и негативной ($1,4 \pm 0,12$ балла, $p \leq 0,05$) симптоматики не отмечалось. Средняя оценка выраженности общих психопатологических симптомов носила промежуточный характер ($3,4 \pm 0,27$ балла, $p \leq 0,05$) с резкими межпоказательными скачками. При этом наиболее значимыми являлись: депрессия ($6,3 \pm 0,65$ балла, $p \leq 0,05$), напряжение ($5,8 \pm 0,17$ балла, $p \leq 0,05$), тревога ($5,6 \pm 0,36$ балла, $p \leq 0,05$), недостаточная концентрация внимания ($5,6 \pm 0,53$ балла, $p \leq 0,05$), ощущение вины ($4,6 \pm 0,44$ балла, $p \leq 0,05$), соматическая озабоченность ($4,4 \pm 0,32$ балла, $p \leq 0,05$), импульсивность ($3,3 \pm 0,21$ балла, $p \leq 0,05$).

Саморегуляционный потенциал и качественные характеристики уровней дезорганизации личности. В результате исследования были выявлены статистически значимые различия диагностических показателей саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности. Низкий уровень показателя общей саморегуляции определялся во всех группах исследования, что свидетельствовало о наличии тотальной проблемы с организацией жизнедеятельности и внутреннего пространства пациентов вследствие неразрывного сплетения результатов произвольной активности, и психопатологических проявлений психических расстройств.

В ходе сравнительного анализа показателей саморегуляции в выделенных группах были выявлены следующие достоверные различия по шкалам: «Планирование», «Моделирование», «Гибкость», «Общий уровень саморегуляции» на уровне $p \leq 0,05$.

Типичный профиль пациентов с психотической дезорганизацией личности характеризовался относительной сформированностью регуляторных процессов моделирования ($5,7 \pm 1,3$) и программирования ($6,4 \pm 1,6$), низкой развитостью процессов планирования и оценки результатов ($3,5 \pm 1,2$). Данный профиль отличался дисгармоничностью за счет низкого показателя регуляторно-

личностного свойства – гибкости ($2,7 \pm 1,2$), что свидетельствует о неуверенности, переоценке значимости частных случаев, трудностях адаптации к переменам обстановки и образа жизни, зависимости от оценочных суждений, не развитости внутренних критериев успешности.

У пациентов с пограничной дезорганизацией личности общий стиль саморегуляции находился ниже нормативных показателей ($24,5 \pm 4,4$). По основным шкалам методики значимых различий не было выявлено, но результаты в целом также уступали нормативным величинам, особенно в процессе оценивания результатов деятельности ($3,7 \pm 1,2$).

Профиль общего стиля саморегуляции больных с невротической дезорганизацией личности соответствовал умеренному уровню ($30,6 \pm 5,7$) за счет показателей шкалы «Гибкость» ($2,8 \pm 1,1$). Анализ параметра «Самостоятельность» в этой группе не только имел достаточный уровень, но и был повышен, что свидетельствует о независимости больных при принятии решений, переоценке их значимости, сверхконтроле за промежуточными и конечными результатами деятельности.

Были обнаружены зависимости между компонентами саморегуляционного потенциала и качественными характеристиками, которые непосредственно структурируют личностную дезорганизацию.

Сформированная идентичность является выражением здоровой личности и напрямую связана с психологическим благополучием. Для пациентов с психотической (56 чел. – 46,7%) дезорганизацией личности характерна диффузная/избегающая ориентация Эго-идентичности, которая отрицательно соотносилась с благополучием позитивных отношений ($r = -0,45$, $p \leq 0,05$), компетентностью и самооценкой ($r = -0,56$, $p \leq 0,05$). В группе обнаружен высокий уровень дисфункциональности иррациональных установок у 100% обследуемых. Средние границы показателя выраженности дисфункциональных отношений находились в интервале от 103 до 138 баллов. Были обнаружены статистически значимые взаимосвязи между показателями предметной и межличностной самоэффективности и степенью актуализации когнитивных искажений.

Пациенты с психотической дезорганизацией личности часто испытывали трудности с верой в успешность своих навыков, умений и опыта в текущей профессиональной деятельности за счет принятия себя бесполезными и менее авторитетными в сфере межличностных коммуникаций. У них обнаруживалась низкая самооценка, преобладание чувства беспомощности и социальной изоляции.

Была проведена серия из пяти ступенчатых регрессионных анализов. Они включали в себя восемь механизмов психологической защиты и баллы доменов личностных качеств по PID-5-A в качестве зависимых переменных. Большинство пациентов из всех трех групп (154 чел. – 71,3%) показали общую напряженность механизмов психологических защит ниже нормативных данных (менее 40%), что в 17 целом соответствует дезадаптивному защитному функционированию. Анализ показал, что более высокие уровни регрессии, проекции и более низкие уровни реактивного формирования и рационализации предсказывают баллы отстраненности у пациентов с психотической дезорганизацией. Наиболее распространенными способами защиты были: проекция, отрицание, регрессия, реактивное формирование и рационализация, что отражало тенденцию больных полагаться на смешанный стиль защитных механизмов с преобладающим влиянием их незрелых форм.

Был зафиксирован статистически значимый низкий уровень общей интернальности ($4,3 \pm 0,3$) с малой интернальностью в областях: производственных ($3,2 \pm 1,1$) и семейных отношений ($3,3 \pm 1,2$), что отражалось в социально-демографической картине. Статистически достоверные ($p \leq 0,05$) различия между первой и группами сравнения обследованных больных прослеживались в тенденции смещения интернальности в сторону экстернальности от невротического до психотического уровней дезорганизации личности.

Для психотической дезорганизации личности характерны высокие показатели отрицательной толерантности к неопределенности (-43 балла), что свидетельствует о низкой гибкости системы саморегуляционного потенциала,

стремлении жить по строгим предписаниям и стереотипным планам. Что касается социально-психологической адаптации, в данной группе у 98 человек (81,7%) были обнаружены статистически достоверно высокие значения показателей неприятия себя ($33,2 \pm 5,2$) и других ($30,7 \pm 4,4$), внешнего контроля ($41,2 \pm 5,0$), ведомости ($27,1 \pm 2,3$).

Пациенты с пограничным уровнем дезорганизации демонстрировали диффузный статус эго-идентичности, при котором наблюдался сниженный уровень приверженности и психологического благополучия (22 чел. – 61,1%). У 27,8 % больных был выявлен средний уровень дисфункциональности искажений, и у 72,2 % – высокий уровень. Значимого влияния данных уровней иррациональных убеждений на показатели самоофективности обнаружено не было. Пограничная дезорганизация личности характеризовалась также незрелыми формами механизмов психологической защиты.

У 30 больных (83,3%) отмечалась склонность к экстернальности в областях неудач ($2,4 \pm 1,0$) и межличностных отношений ($3,1 \pm 1,1$). Они обнаруживали склонность приписывать собственные неудачи или другим людям, или считать их результатом невезения. Также больные показали умеренную способность к толерантности к неопределенности (-11 балла). Способность данной группы гибко и своевременно выбирать комфортный уровень психологической устойчивости для каждой конкретной ситуации находил отражение в специфических личностных качествах – эксцентричности и манипулировании. Социально-психологическая адаптация больных с пограничной дезорганизацией происходила с некоторым эмоциональным дискомфортом ($35,1 \pm 3,7$), что свидетельствовало о нарушениях эмоционального компонента саморегуляционного потенциала, а также неприятием себя ($36,3 \pm 3,5$) – отражает размывание (диффузию) собственной идентичности в сторону преимущественно «детского» Эго-состояния.

Пациенты с дезорганизацией невротического типа имели достигнутый статус идентичности за счет высоких показателей принятия себя, овладения окружающей средой ($8,2 \pm 2,1$), личностного роста ($8,5 \pm 1,8$) и автономии

(9,1±1,6). Информационная ориентация достигнутой Эго-идентичности положительно коррелировала с целенаправленным и эффективным решением проблем и открытостью опыту ($r=0,40$, $p\leq 0,05$). Было установлено, что у 45 (75,0%) пациентов определялся средний уровень дисфункциональности когнитивных искажений, у 15 (25,0 %) испытуемых – низкий. Следовательно, пациенты групп сравнения более уверены в своих способностях и успехе собственных действий. Зрелые защитные механизмы превалировали в 74,1% случаев.

Больные продемонстрировали высокую интернальность в области достижений ($8,3\pm 2,0$) и произвольной деятельности ($8,2\pm 2,2$). Так как испытуемые данной группы были задействованы в трудовом процессе (16,7% работающих), в сравнении с основной группой (13,2%), они стремились достигнуть высокого профессионального положения, строили равнозначные коллегиальные отношения в рабочем коллективе, повышая тем самым производительность и эффективность труда.

Были обнаружены высокие баллы положительной толерантности к неопределенности (+37 балла), что явилось неожиданным результатом, так как известно, что невротические расстройства преимущественно манифестируют благодаря срывам антистрессовой устойчивости. Весомый вклад в формирование положительной толерантности к неопределенности вносили: принятие себя и других ($31,2\pm 3,1$), стремление к интернальности ($60,7\pm 4,2$). У 15 больных (25,0%) был диагностирован эмоциональный комфорт ($25,7\pm 1,8$) при переживании стрессовых ситуаций.

В основу разработанной системы психотерапевтической коррекции и субъективно-личностного восстановления больных с психотическим уровнем дезорганизации личности был положен интегративный психотерапевтический подход, включавший комплексное применение элементов схема-терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии с использованием групповых и индивидуальных методов для эмоционально-волевого включения. В результате проведенных психокоррекционных мероприятий увеличился удельный вес

пациентов с умеренным (29,2%) и высоким (70,8%) уровнем саморегуляционного потенциала в целом ($p \leq 0,05$). Отмечалось снижение выраженности позитивной и негативной симптоматики у психотически дезорганизованных пациентов в областях: возбуждения ($2,8 \pm 0,9$), враждебности ($3,4 \pm 1,8$), пассивно-апатической социальной отстраненности ($3,0 \pm 0,7$) ($p \leq 0,05$). У 46 (38,3%) пациентов определялся средний уровень дисфункциональности когнитивных искажений. Уровень толерантности к неопределенности с высоких отрицательных значений перешел в область умеренных (-42 для 26,7% случаев). Самоэффективность в межличностной сфере достоверно возросла ($+72 \pm 9,5$, $p \leq 0,05$). Социально-психологическая адаптация возросла в отношении принятия себя ($24,3 \pm 2,5$) за счет смещенного локуса контроля в сторону интернальности семейных отношений ($4,5 \pm 1,1$) ($p \leq 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. В диссертационном исследовании представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи современной психиатрии – изучение в рамках личностно-ориентированного подхода структурных особенностей дезорганизации личности и качественных характеристик саморегуляционного потенциала у больных с психическими расстройствами невротического и психотического регистра. Разработана и доказана эффективность системы психотерапевтической коррекции, направленной на субъективно-личностное восстановление больных с психотическим уровнем дезорганизации личности.

2. По данным структурного интервью О.Кернберга были выделены три группы пациентов с невротической, пограничной и психотической дезорганизацией личности. Психотическая дезорганизация личности представлена тотальным разрывом связи между субъективным и объективным существованием человека за счет: фрагментированных представлений о самом себе (95 чел. – 79,1%), конкретизации мышления, искажающих примитивных защит (97 чел. – 80,8%), неумения абстрагироваться от собственных психических переживаний. Пациенты с пограничной дезорганизацией личности сохраняли способность к проверке реальности; функционировали в состоянии диффузии идентичности (31 чел. – 86,1%), которая раскрывалась в диадической борьбе между изолирующим и зависимым поведением; полагались на архаичные механизмы защиты (отрицание, проекция и расщепление); испытывали эмоциональную запутанность и ослабление волевых процессов (9 чел. – 25,0%). Пациенты с невротической дезорганизацией обладали консолидированной идентичностью; справлялись со стрессовыми переживаниями за счет зрелых механизмов психологической защиты (33 чел. – 55,0%); сохраняли способность к тестированию реальности (60 чел. – 100,0%).

3. Психические расстройства психотического регистра были выявлены у всех больных с психотической дезорганизацией личности, а нарушения невротического спектра (неврозоподобные и субдепрессивные симптомы) встречались у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации. Клинико-психопатологическая картина больных с пограничной дезорганизацией личности отличалась широким симптоматическим полиморфизмом, включая навязчивые и субдепрессивные состояний, а также редуцированные галлюцинаторные переживания.

4. Выявлены специфические характеристики общих, позитивных, негативных психопатологических симптомов и особенности иерархически организованных черт личности с различным уровнем ее дезорганизации. Импульсивность как черта личности больного с психотической дезорганизацией способствовала усилению позитивных проявлений психотических расстройств в виде идей величия и других бредаподобных суждений ($r=0.47$, $p\leq 0,05$). Такие личностные качества как ангедония ($r=0.61$, $p\leq 0,05$) и ограниченная аффективность ($r=0.45$, $p\leq 0,05$) нашли свое отражение в негативных симптомах, а качества депрессивности ($r=0.48$, $p\leq 0,05$) и тревожности ($r=0.53$, $p\leq 0,05$) – в двигательной заторможенности и волевых нарушениях. Личностные особенности больного с пограничной дезорганизацией - импульсивность ($r=0.38$, $p\leq 0,05$) и враждебность ($r=0.43$, $p\leq 0,05$) отражались в продуктивной симптоматике; а эксцентричность ($r=0.42$, $p\leq 0,05$) усиливала пассивно-апатическую отстраненность, тревожность ($r=0.36$, $p\leq 0,05$). Жесткий перфекционизм и эмоциональная лабильность ($r=0.57$, $p\leq 0,05$), характерные для больных с невротической дезорганизацией личности способствовали возникновению общих психопатологических симптомов в виде сниженного аффекта, напряжения и чувства вины.

5. Установлено, что дезорганизация личности определяется особенностями саморегуляционного потенциала. Общий показатель саморегуляции в группе с психотической дезорганизацией личности коррелировал с эмоциональной отстраненностью пациента ($r=0.72$, $p\leq 0,05$), а способность к планированию

($r=0.41$, $p\leq 0,05$) и моделированию ($r=0.39$, $p\leq 0,05$) произвольной активности – с психотизмом. Перцептивная дизрегуляция как свойство личности пациента с пограничной дезорганизацией влияла ($r=0.66$, $p\leq 0,05$) на ослабление саморегуляционного потенциала в целом, а преимущественно негативная аффективность ($r=0.54$, $p\leq 0,05$) способствовала снижению гибкости актуальной деятельности. Та же отрицательная аффективность у части больных с невротической дезорганизацией ($r=0.32$, $p\leq 0,05$) снижала общий показатель саморегуляции.

6. У больных с психотической дезорганизацией личности выявлено единое и наиболее выраженное снижение общего уровня сформированных индивидуальных систем саморегуляции произвольной активности ($20,4\pm 5,3$). Диффузный статус эгоидентичности отрицательно коррелировал с благополучием позитивных отношений ($r=-0,45$, $p\leq 0,05$), компетентностью и самооценкой ($r=-0,56$, $p\leq 0,05$). Установлен высокий уровень дисфункциональных иррациональных установок ($154\pm 21,6$); низкий – предметной ($-3,4\pm 2,1$) и межличностной ($3,2\pm 1,8$) самооффективности и социально-психологической адаптации ($65,4\pm 6,5$); преобладание незрелых форм механизмов психологической защиты (регрессия, проекция, отрицание); низкий уровень общей интернальности ($4,3\pm 0,3$); высокие показатели отрицательной толерантности к неопределенности ($-44\pm 3,2$).

7. Саморегуляционный потенциал у больных с невротической дезорганизацией личности, на фоне психотической и пограничной группы, характеризовался достаточной регуляторной автономностью ($30,6\pm 5,7$) за счет показателя самостоятельности ($5,5\pm 0,9$). Достигнутый статус эго-идентичности поддерживался за счет высоких показателей принятия себя, овладения окружающей средой ($8,2\pm 2,1$), 22 личностного роста ($8,5\pm 1,8$) и автономии ($9,1\pm 1,6$). Установлен умеренный уровень дисфункциональных иррациональных установок ($128,2\pm 22,1$); низкий – предметной ($-5,4\pm 3,3$) самооффективности и средний социально-психологической адаптации ($112,8\pm 6,7$); преобладание зрелых форм механизмов психологической защиты (рационализация,

компенсация), средний уровень общей интернальности ($7,2 \pm 1,7$), высокие показатели положительной толерантности к неопределенности ($+37,1 \pm 4,5$).

8. Для пациентов с пограничной дезорганизацией личности, в отличие от невротической дезорганизации, характерна не резко выраженная регуляторная автономность ($24,5 \pm 4,4$) в достижении целей и оценке их результативности ($3,7 \pm 1,2$), что свидетельствовало о пассивности больных и компенсации, таким образом, собственных неблагоприятных личностных особенностей. Диффузная идентичность свидетельствовала о приверженности больных к зависимому поведению, что отражалось на общем уровне психологического благополучия ($29,2 \pm 31,6$). Установлен высокий уровень дисфункциональных иррациональных установок ($144 \pm 18,7$); умеренный – предметной ($14,2 \pm 8,7$) и межличностной ($4,5 \pm 5,2$) самооффективности и социально-психологической адаптации ($94 \pm 5,2$); преобладание незрелых форм механизмов психологической защиты (регрессия, проекция, отрицание), средний уровень общей интернальности ($7,1 \pm 1,5$), средние показатели отрицательной толерантности к неопределенности ($-11,2 \pm 4,3$).

9. В основу разработанной системы психотерапевтической коррекции, направленной на субъективно-личностного восстановление больных с психотическим уровнем дезорганизации личности, был положен интегративный психотерапевтический подход, включавший комплексное применение элементов схема-терапии, когнитивно поведенческой психотерапии с использованием групповых и индивидуальных методов эмоционально-волевого включения. В результате проведенных мероприятий статистически достоверно ($p \leq 0,05$) повысилась степень саморегуляционного потенциала больных с психотической дезорганизацией личности с минимальных значений (от $25,4 \pm 2,4$) до умеренных ($34,1 \pm 3,1$). Положительная динамика ($p \leq 0,05$) отмечалась в нескольких компонентах саморегуляционного потенциала больных: значениях психологического благополучия, самооффективности, субъективного контроля, дисфункциональных убеждений личности, а также показателях выраженности

негативной и позитивной симптоматики. У больных из группы сравнения достоверно положительной динамики по данным показателям не выявлено.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЛД – личностная дезорганизация

МПЗ – механизмы психологической защиты

СТ – схема-терапия

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

ДС – дезадаптивная схема

СУРДС – стабильные и устойчивые раннее дезадаптивные схемы

МОС – механизмы изменений при использовании психотерапии

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Меззич, Х. Личностно-ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма / Х. Меззич // Независимый психиатрический журнал. – 2007. - № 3. - С. 53-57.
2. Абрамов, В.А., Осокина, О.И., Ивнев, Б.Б. Жизнь с психическим расстройством: экзистенциально-личностные аспекты выздоровления (монография) / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Б.Б. Ивнев // Донецк: «Каштан». – 2014. – 419 с.
3. Абрамов, В.А., Абрамов, А.В. Субъективное пространство дисфункциональных личностных паттернов (дезадаптивных схем) и режимов функционирования у лиц с психическими расстройствами (Сообщение 1. Базисные убеждения, эмоциональные и когнитивные схемы) / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2017. - №1(37). - С.64-75.
4. Абрамов, В.А., Голоденко, О.Н., Студзинский, О.Г. Предубежденность и дискриминация как формы негативных социальных тенденций в общественном сознании по отношению к больным с психическими расстройствами/ В.А. Абрамов, О.Н. Голоденко, О.Г. Студзинский // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. - № 1 (35). – С. 4-11.
5. Абрамов, В.А. Представление о функциональности (функциональных возможностях) личности как субъекта самовосприятия / В.А. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2019. - № 2 (46). – С. 7-14.
6. Абрамов, В.А. Психиатрия как социальный институт / В.А. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. - № 1 (49). – С. 4-12.
7. Личностный потенциал: структура и диагностика под редакцией Леонтьева Д.А. - М.: Смысл. - 2011. – 482 с.
8. Асмолов, А.Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии / А.Г. Асмолов. – М.: Смысл. - 2002. – 322 с.

9. Иванников, В.А. Волевая саморегуляция процесса мотивации / В.А. Иванников // Психологические исследования. –2014. – Т.7. - №35.
10. Зейгарник, Б.В. Теории личности в зарубежной психологии / Б.В. Зейгарник – М.: Издательство Московского университета. - 1979. – 344 с.
11. Братусь, Б.С. Образ человека в гуманитарной, нравственной и христианской психологии / Б.С. Братусь // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щур. – М.: «Смысл». - 1997. – С. 6.
12. Василюк, Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. — М.: Изд-во Моск. ун-та. - 1984. — 20 с.
13. Леонтьев, Д. А., Осин, Е. Н. Методологические и методические вопросы эмпирического изучения и диагностики личностного потенциала. / Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин // Личностный потенциал: структура и диагностика (404-423). М.: Смысл. – 2011. – С. 404 – 423.
14. Столин, В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. -- М.: Издательство Московского Университета. - 1983. - 284 с.
15. Иванников, В.А. Волевая саморегуляция процесса мотивации / В.А. Иванников // Психологические исследования. –2014. – Т.7. - №35.
16. Конопкин, О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности / О.А. Конопкин. – М.: Изд-во «Наука». - 1980. – 256 с.
17. Моросанова, В. И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции произвольной активности человека / В.И. Моросанова. - М.: Наука. – 2001.
18. Сергиенко, Е.А. Раннее когнитивное развитие: новый взгляд / Е.А. Сергиенко. - М.: Институт психологии РАН. - 2006. - 466 с.
19. Scheier, M. F., Carver, C. S. A model of behavioral self-regulation translating intentions into actions / M. F. Scheier, C. S. Carver // In L. Berkowitz, Advances in experimental social psychology. – 1988. - Vol 21. - P 303-346.

20. Scheier, M. F. On the Self-Regulation of Behavior / M. F. Scheier // Cambridge University Press. – 1998. – 461 p.

21. Kuhl, J. Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung // Enzyklopaedie der Psychologie. Motivation und Emotion. Bd. 4 / J. Kuhl, H. Heckhausen (Hrsg.). Gottingen: Hogrefe. - 1994.

22. Куликов, Л. В. Психогигиена личности: Вопросы психологической устойчивости. Психопрофилактики / Л.В. Куликов. – М. - 2004. - 226 с.

23. Малыхина, Я.В. Социально-психологические аспекты системной профилактики "общего девиантного синдрома": автореф. дис. ... канд.псих.наук: 19.00.03. / Я.В. Малыхина. – 2004. – 193 с.

24. Дубровина, И.В. Практическая психология образования / Под ред. Дубровиной И.В. 4-е изд., перераб. и доп. - СПб. – 2004. - 592 с.

25. Шелер, М. Избранные произведения / М. Шелер. - М.: Гнозис. - 1994. -490 с.

26. Фрейд, З. Психология бессознательного / З. Фрейд. - М.: Серебряные нити. - 1997. – 448 с.

27. Юнг, К.Г. Человек и его символ / К.Г. Юнг. - М.: Серебряные нити. - 1997. – 367 с.

28. Freud, A. The Ego and the Mechanisms of Defence. London: The Hogarth Press. - 1937. – 196 p.

29. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. - М.: ЭКСМО. - 2004. – 576 с.

30. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. - М.: ООО «Издательство АСТ». - 2004. – 635 с.

31. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни. - М.: Республика. - 1994.

32. Лейбин, В. Психоаналитическая трактовка структуры личности и неофрейдистская концепция самости. Психоанализ: проблемы, исследования, дискуссии / В. Лейбин. - М. – 2008. –С. 394-409.

33. Maslow, A.H. Motivation and Personality. N.Y.: Harper and Row. - 1970.

34. Мэй, Р. Смысл тревоги / Р. Мэй. - М.: Независимая фирма «Класс». - 2001. – 384 с.
35. Pappas, G.S. Abstract ideas and the 'esse is percipi' thesis // George Berkeley: Essays and replies / Ed. by Berman D. — Dublin: Irish Academic Press. - 1985. - ISBN 0-7165-2395-7 — Pp. 47-62.
36. Фоминых, Е.С. Темпоральные основы развития и психического здоровья личности в зарубежных концепциях / Е.С. Фоминых // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. - 2019. - № 2.
37. Маркс, К., Энгельс, Ф. Избранные произведения: В 3 т. / К. Маркс, Ф. Энгельс. - М.: Прогресс. - 1970. - Т. 2-3.
38. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху / М.Фуко. - СПб.: Университетская книга. - 1997. - 575 с.
39. Делез, Ж. Логика смысла. - 1998. – 212 с.
40. Klein, M. Notes of some schizoid mechanisms. Personality structure and human interaction. London: Hogarth Press. – 1961. – Pp. 11-47.
41. Winnicot, D.W. An account of the psychoanalytic treatment of a little girl. London: Hogarth Press. – 1978. – Pp. 205-215.
42. Букловская, А.Г. Диссоциированная личность в модусе становления (психоаналитический аспект) / А.Г. Букловская// Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2009. - № 4. – С. 920-924.
43. Бинсвангер, Л. Бытие-в-мире. История болезни Лолы Фосс. Критическое введение в экзистенциальный психоанализ Людвига Бинсвангера / Под ред. Джекоба Ниддмана. М. – 1990. – С. 230-232.
44. Тоффлер, Э. Шок будущего / Э. Тоффлер. - М. - 2001.
45. Progoff, I. The Death and Rebirth of Psychology. - New York. - 1956.
46. Моросанова, В. И. Индивидуальные особенности осознанной саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // Вестн. Моск. ун-та. сер. 14. Психология. - 2010. - № 1. - С. 36 – 45.

47. Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров. — 3-е изд. — М.: Советская энциклопедия. - 1969—1978.
48. Asmolov, A. G. Psikhologiya lichnosti: Kul'turno-istoricheskoe ponimanie cheloveka [Personality psychology: Cultural-historical understanding of human being]. - М.: Smysl; Akademiia. – 2007.
49. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии: В 2 т. / С.Л. Рубинштейн. - М. - 1989. – Т. 1. – С. 57.
50. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: учеб. пособие для вузов / В. Д. Балин, В. К. Гайда, В. К. Горбачевский и др.; под ред. А. А. Крылова, С. М. Маничева. - СПб.: Питер. - 2000. - 560 с.: ил.
51. Семянищева, П.А. Профессионально-обусловленные особенности саморегуляции функционального состояния военнослужащих: дисс... канд. псих. Наук: 19.00.03. - М. - 2017. 219 с.
52. Korostyleva, L.A. Self-realization of personality: model, criterials, mechanism / L.A. Korostyleva // International journal of psychology. – 2000. – Vol. 35. – № 3/4. – P. 66.
53. Brazevich, I.S. Innovations as a factor of successful adaptation of the company to environment changes / I.S. Brazevich // Dialogue of cultures - 2010: Science in knowledge society: collection of scientific papers of International scientific-practical conference. – SPb.: Publishers of St. Petersburg Academy of Management and Economics.- 2010. – P. 37-40.
54. Абульханова-Славская, К.А. Стратегии жизни / К.А. Абульханова-Славская. – М.: Мысль. - 1991. – 299 с.
55. Конопкин, О.А. Механизмы осознанной саморегуляции произвольной активности человека / О.А. Конопкин // Субъект и личность в психологии саморегуляции / под ред. В.И. Моросановой. – М.-Ставрополь: Издательство ПИ РАО, СевКавГТУ. - 2007. – С. 12 – 30.
56. Конопкин, О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) / О.А. Конопкин // Вопросы психологии. – 1995. – № 1. – С. 5-12.

57. Моросанова, В.И. Диагностика саморегуляции человека / В.И. Моросанова, И.Н. Бондаренко. – М.: Когито-Центр. - 2015. – 304 с.
58. Моросанова, В.И. Общая способность к саморегуляции: операционализация феномена и экспериментальный подход к диагностике ее развития / В.И. Моросанова, И.Н. Бондаренко // Вопросы психологии. - 2016. - № 2. - С. 109-123.
59. Моросанова, В.И. Развитие теории осознанной саморегуляции: дифференциальный подход / В.И. Моросанова // Вопросы психологии. – 2011. – № 3. – С. 132-144.
60. Осницкий, А.К. Роль операционального компонента регуляторного опыта в становлении субъектного отношения к труду и профессионального самоопределения старшеклассников / А.К. Осницкий. Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. - 2016. - № 2. - С. 34-41.
61. Осницкий, А.К. Умения саморегуляции в профессиональном самоопределении учащихся / А.К. Осницкий // Вопросы психологии. – 1992. – № 1-2. – С. 52-59.
62. Бобнева, М.И., Шорохова Е.В. (ред.). Психологические механизмы регуляции социального поведения. М.: Наука, — 1979. — 339 с.
63. Косаревская, Т.Е, Бекренева Ю.В. Личностные ресурсы саморегуляции поведения // Материалы XXII научно- практической конференции преподавателей, научных сотрудников и аспирантов в 2 томах. - 2017 - С.18-19.
64. Ярушкин, Н.Н. Саморегуляция и самоорганизация социального поведения личности: автореферат дисс... доктора психол. наук: 19.00.03. - Санкт-Петербург. - 1998.
65. Бобнева, М.И. Социальные нормы и регуляция поведения / М.И. Бобнева. — М.: Наука. - 1978. - 271 с.
66. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: Диспозиционная концепция. 2-е расширенное изд. — М.: ЦСПиМ. - 2013. — 376 с.

67. Сафонова, Л. В, Педагогические условия воспитания эмоционального саморегулирования младших школьников в учебной деятельности / Л. В. Сафонова, - Дисс... канд. пед. наук. – Екатеринбург. - 1999. - 249 с.

68. Зейгарник, Б.В. Нарушения саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией / Б. В. Зейгарник, А. Б. Холмогорова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1985. - Т. 85. -№ 12. - С. 1813-1819.

69. Зейгарник, Б. В. Саморегуляция поведения в норме и патологии / Б.В. Зейгарник, А. Б. Холмогорова, Е. С. Мазур // Психологический журнал. - 1989. - Т. 10. - № 2. - С. 122-132.

70. Bandura, A. Guide for constructing self-efficacy scales. In G.V. Caprara (ed.) La valutazione dell 'autoefficacia [The assessment of self-efficacy]. - Trento: Edizioni Erickson. – 2001. – Pp. 15-37.

71. Bandura, A. On rectifying conceptual ecumenism. In J. E.Maddux (Ed.). Self-efficacy, adaptation, and adjustment. - NY: Plenum Press. – 1995. - pp. 347-375.

72. Мельниченко, В.В. Расстройство личности и дезорганизация личности – синонимы или противоположности? / В.В. Мельниченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – 4. – С. 27-33.

73. Почтарева, Е.Ю. Ценностно-смысловая сфера личности: сущность, детерминанты, механизмы развития / Е.Ю. Почтарева // Вестник Пермского университета. – 2017. - 4. – С. 563-575.

74. Фоминых, Е.С. Взаимодействие с реальностью в проблематике трансформаций жизненного пути личности / Е.С. Фоминых // Вестник Кемеровского государственного университета. --2019. - Т. 21. – 2. – С. 451-458.

75. Freud, A. The Ego and the Mechanisms of Defence. London: The Hogarth Press. - 1937. – 196 p.

76. Юнг, К.Г. Синхронистичность / К.Г. Юнг. - М.: Рефл-бук. - 1997. – 316 с .

77. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. - М.: Флинта. - 2006. – 352 с.

78. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности. Пер. с англ. Э.М. Телятникова, Т.В. Панфилова. Минск: Попурри. - 1999. – 624 с.
79. Фромм, Э. Здоровое общество / Э. Фромм. - М.: АСТ. - 2009. – 284 с.
80. Орлова, Э.А. Концепция идентичности/идентификации в социально научном знании / Э.А. Орлова // Вопр. социальной теории. - 2010. - Т. 4. – С. 87-111.
81. Солдатова, Е.Л. Динамика эго-идентичности и представлений о будущем в нормативных кризисах взрослости / Е.Л. Солдатова // Психолог. наука и образование. – 2006. – 2. – С. 16-30.
82. Злоказов, К.В. Деструктивность и идентичность личности / К.В. Злоказов // Научный ежегодник Института философии и права. Уральского отделения Российской академии наук. - 2014. - Т. 14. - Вып. 2. – С. 61-73.
83. Беркли, Дж. Сочинения. Сост., общ. ред. и вступит. статья И.С. Нарского / Дж. Беркли. - М.: Мысль. - 2000. – 560 с.
84. Старцева, В.А. Самопринятие как предпосылка для достижения личностной интегрированности / В.А. Старцева // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. – С 359-363.
85. Ассаджоли, Р. Психосинтез: теория и практика / Р. Ассаджоли. - М.: «REFL-book». -1994.
86. Юнг, К. Г. Человек и его символы /Под ред. К. Г. Юнга. - СПб.: Б. С. К. - 1996.
87. Середа, Е.И. Целостность и защищенность как основные критерии психологической безопасности личности / Е.И. Середа // Вестник Псковского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. – 2014. – 4. – С. 289-298.
88. Петровский, В.А. Психология неадаптивной активности/ В.А. Петровский. - М.: ТОО Горбунок. 1992.
89. Джеймс, У. Психология личности: тексты / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтера, А. А. Пузыря. - М.: Изд-во МГУ. - 1982. - 288 с.

90. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис / Э.Эриксон. - М.: Прогресс. - 1996. - 344 с.
91. Hogg, M. A., Reid S. A. Social Identity, Self-Categorization, and the Communication of Group Norms // *Communication Theory*. - 2006. - No. 16. - P. 7-30.
92. Грани идентичности: коллективная монография / А. А. Бучек [и др.]; под общ. ред. Е. А. Кормочи. - Петропавловск-Камчатский: Изд-во КамГУ. - 2014. - 187 с.
93. Шнейдер, Л. Б. Идентичность: хрестоматия / Л.Б. Шнейдер. - М. - 2003. - 242 с.
94. Дмитриева, Н.В., Дроздова С.А. Влияние рефлексии на становление идентичности личности / Н.В. Дмитриева, С.А. Дроздова // *Мир науки, культуры, образования*. - 2010. - № 2. - С. 71–75.
95. Зеленский, В. В. "Толковый словарь по аналитической психологии" - 2008. <https://litlife.club/books/196090/read?page=46>
96. Лейбин, В. Постклассический психоанализ: энциклопедия / В. Лейбин. – М.: Территория будущего. - 2006 – 568 с.
97. Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / О. Кернберг. – М.: Класс. - 2001 – 464 с.
98. Леонтьев, Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // *Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова*. Вып. 1 / под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. - М.: Смысл. - 2002. - С. 56-65.
99. Маклаков, А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // *Психологический журнал*. - 2001. - Т. 22. - №1. - С. 16-24.
100. Посохова, С.Т. Психология адаптирующейся личности: моногр. / С.Т. Посохова. - СПб.: Изд-во РГПУ им Герцена. - 2001. - 240 с.
101. Холодная, М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. 2-е изд. / М.А. Холодная. - СПб.: Питер. - 2004. - 384 с: ил.

102. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. - Новгород: Медицинская книга. - 1998. – 128 с.
103. Коротков, П.В. Теоретические аспекты изучения личностных расстройств / П.В. Коротков // Гуманитарный вектор. Серия: педагогика, психология. – 2014. - 1(37). – С. 154-160.
104. Кудрявцев, И.А., Сафуанов, Ф.С. Эмоциональная и смысловая регуляция восприятия у психопатических личностей возбудимого и истерического круга / И.А. Кудрявцев, Ф.С. Сафуанов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. - 12. – С. 1815-1822.
105. Тхостов, А.Ш., Виноградова, М.Г. Нарушение мышления при истерическом расстройстве личности / А.Ш. Тхостов, М.Г. Виноградова // Психологические исследования. – 2010. - 2 (10).
106. Чебакова, Ю.В. К проблеме психологической структуры расстройства личности / Ю.В. Чебакова // Психологические науки. – 2015. – 3. – С. 92-94.
107. Лэнг, Р. Расколотое «Я». Антипсихиатрия / Р. Лэнг. - М. – 1995. – С. 45-51.
108. Бурцев, А.О. Возникновение и развитие понятия «психопатия»: отечественные и зарубежные исследования личностных расстройств в XIX столетии / А.О. Бурцев // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2014. – 3. – С. 9-27.
109. Tyrer, P., Reed, G. M., Crawford, M. J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. The Lancet. - 2015. - Т. 385.- №. 9969. – PP. 717-726.
110. Kring, A. M. et al. Abnormal psychology. New York: Wiley. 2007. PP. 359-401.
111. Verheul, R., Bartak, A., Widiger, T. Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). Journal of personality disorders. - 2007. - Т. 21. – 4. – PP. 359-370.

112. Verheul, R., Widiger, T. A. A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*. - 2004. - Т. 18. – 4. – PP. 309-319.
113. Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*. - 2006. - Т. 188. – 1. – PP. 13-20.
114. Каплан, Г.И., Сэдок, Б.Дж. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. М.: Медицина. -1998. - 1. – 1100 с.
115. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. - М.: Смысл. - 2002. - 287 с.
116. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. руководство / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс. - 2001. — С. 436.
117. Hulek, A. Teoria i praktyka rehabilitacji invalidow / A. Hulek — Warszawa: Panstwowe wyd. Naukowe. -1969. — P. 207.
118. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — М.: Медицина. - 1977. — С. 38.
119. Петренко, В.Ф. Основы психосемантики / В.Ф. Петренко. - Смоленск: Изд-во Смол. гуманитар. ун-та. -1997. – 395 с.
120. Улановский, А.М. Качественные исследования: подходы, стратегии, методы / А.М. Уланский // Психологический журнал. 2009. -2. – С. 18—28.
121. Кабардов, М.К. Мозг и психика: от физиологических школ И.М. Сеченова-И.П. Павлова к дифференциально-психофизиологической школе Б.М. Теплова-И.Д. Небылицына (презентация доклада) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. - 2020. - Т.8. - № 1 (28).
122. Никифоров, Г.С. Теоретические вопросы самоконтроля / Г.С. Никифоров // Психологический журнал. – 1985. – Т. 6. – № 5. – С.19-31.
123. Решетников, М.М., Лобзин, В.С. Аутогенная тренировка. Ленинград. - 1986. – 64 с.
124. Алексеев, А. В. Психомышечная тренировка / А.В. Алесеев. — М.: ЦОЛИУВ. -1979.— 28 с.

125. Черникова, О. А., Дашкевич О. В. Аутогенная тренировка. - М., 1968.
126. Adelman, P. K., Zajonc, R. B. Facial efference and the experience of emotion // *Ann. Rev. Psychol.* - 1989. - V. 40. - P. 249-280.
127. Посохова, С. Т., Шафранская К. Д. О соотношении физиологических и психологических компонентов в состоянии тревоги / С.Т. Посохова, К.Д. Шафранская // *Вестник ЛГУ.* – 1974.- Вып. 4. - № 23. -С. 91-97.
128. Марищук, В. Л. О преодолении состояния эмоциональной напряженности с помощью физических упражнений / В.Л. Марищук // *Психологические вопросы спортивной тренировки.* - М. - 1967. - С. 25-29.
129. Наенко, Н. И., Овчинникова, О. В. О различии состояний психической напряженности / Н.И. Наенко, О.В. Овчинникова // *Психологические исследования.* - Вып. 2. - 1970.
130. Lazarus, R.S. Stress, appraisal and coping / R.S. Lasarus, S, Folkman. – N.Y.: Springer. -1984. – 218 p.
131. Hobfoll, S.E. The combined stress of family life, work, and war in Air Force men and women: A test of conservation of resources theory / S.E. Hobfoll, A.D. Vinokur, P.F. Pierce, L. Lewandowski-Romps // *International Journal of Stress Management*, 19 (3). – 2012. – P. 217–237.
132. Stanton, A.L. Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study / A.L. Stanton, P.R. Snider // *Health Psychology.* – 1993. – Vol. 12. – № 1. – P. 16-23.
133. Teichman, M. Mental health and risks in organizational behavior / M. Teichman, A. Leonova // *European Journal of Work and Organizational Psychology.* – 2014. – Vol. 23 (4). – P. 618–627.
134. МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр: Том 1: Часть 2. Всемирная организация здравоохранения. – 633 с.
135. Scheier, M. F., Carver, C. S. A model of behavioral self-regulation translating intentions into actions / M. F. Scheier, C. S. Carver // In L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology.* – 1988. – Vol. 21. – P. 303-346.

136. Бояринцева, А.В. Мотивационно-когнитивные характеристики личности молодого предпринимателя: дис. ... канд. психол. наук. М. - 1995. – 249 с.
137. Бажин, Е. Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинд // Психологический журнал. - 1984. - Т. 5. - № 3. - С. 152—163.
138. Мельниченко, В.В. Расстройство личности и дезорганизация личности – синонимы или противоположности / В.В. Мельниченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. -4 (48). - С. 27-34.
139. Мельниченко, В.В. Теоретический анализ базовых категорий дезорганизованной личности: идентичность, интеграция, целостность / В.В. Мельниченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. - 1 (49). – С. 20-28.
140. Мельниченко, В.В., Абрамов, В.Ал. Влияние иррациональных установок на психологическое благополучие и самооффективность больных с различным уровнем дезорганизации личности. / В.В. Мельниченко, В.Ал.Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. - 2 (46). – С. 84-91.
141. Мельниченко, В.В. Дисфункциональность когнитивных моделей как фактор нарушения саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности. / В.В. Мельниченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. - 1 (45). - С. 71-77.
142. Абрамов, В.А., Осокина, О.И., Путятин, Г.Г. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманитарные подходы: монография / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Г.Г. Путятин. - Донецк: Каштан. - 2014. – 295 с.
143. Абрамов, В.А., Жигулина, И.В., Ряполова, Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк: Каштан. - 2006. – 268 с.
144. Абрамов, В.А., Табачников, С.И., Подкорытов, В.С. Основы качественной психиатрической практики / В.А. Абрамов, С.И. Табачников, В.С. Подкорытов. - Донецк: Каштан. -2006. – 248 с.

145. Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson D., & Skodol, A.E. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*. - 2012. – 42. – PP. 1879–1890.
146. American Psychiatric Association. The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)—Adult. Retrieved from The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Full-Version-Adult.pdf. Accessed 02 Dec 2016.
147. Ashton, M.C., de Vries, R.E., Lee K. Trait variance and response style variance in the scales of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5). *J Pers Assess*. In press. doi: 10.1080/00223891.2016.1208210.
148. Bach, B., Anderson, J., Simonsen, E. Continuity between interview-rated personality disorders and self-reported DSM–5 traits in a Danish psychiatric sample. *Pers Disord*. In press. doi: 10.1037/per0000171.
149. Bach, B., Maples-Keller, J.L., Bo, S., Simonsen, E. The alternative DSM–5 personality disorder traits criterion: A comparative examination of three self-report forms in a danish population. *Pers Disord*. – 2016. – 7. – PP. 124–135. doi: 10.1037/per0000162.
150. Bach, B., Markon, K., Simonsen, E., Krueger, R.F. Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: Six cases from practice. *J Psychiatr Pract*. - 2015. – 21. – PP. 3–25. doi: 10.1097/01.pra.0000460618.02805.ef.
151. Скугаревская, М.М. Синдром ослабленного психоза – новый диагноз в психиатрии? / М.М. Скугаревская // Психиатрия и психофармакология. - 2014. - 16(2). – С. 40-3.
152. McGorry, P.D., Yung, A., Phillips, L. Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophr Res*. - 2001. – 51. – PP. 17-29.
153. Miller, T.J., McGlashan, T.H., Woods, S.W., et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr Q*. - 1999. - 70(4). – PP. 273-87.
154. Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H.-U., Werbeloff, N., Weiser, M., Lataster, T., Van, Os J. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking populations-based samples? A systematic

review and meta-analyses, enriched with new results. *Psychological Medicine*. - 2012. - 42(11). – PP. 2239-53.

155. Schultze-Lutter, F. Prediction and Early Detection of First-Episode Psychosis Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders. - 2007. – 2. – PP. 207-67.

156. Bion, W. Differentiation of the Psychotic from Non-Psychotic personalities. In: *Melanie Klein Today*. – 1988. - 1.1. – PP. 67-78.

157. Кадыров, И.М. О невротических и психотических аспектах личности и их взаимодействии в психоаналитической психотерапии / И.М. Кадыров // *Московский психотерапевтический журнал*. – 1996. – 2. – С. 26-28.

158. Фрейд, З. Введение в психоанализ: лекции / З. Фрейд. – М.: Наука. 1991. – 456 с.

159. Слободчиков, В.И. «психологические проблемы становления внутреннего мира человека» / В.И. Слободчиков // *Вопросы психологии*. - №6. - 1992.

160. Marcia, J.E. Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1966. – 3. – PP. 551–558. doi: 10.1037/h0023281.

161. Berzonsky, M.D. Identity style and well-being: Does commitment matter? – 2003. – 3. – PP. 131–142. doi: 10.1207/S1532706XID030203.

162. Marcia, J.E. Ego-identity status: Relationship to change in self-esteem, general maladjustment, and authoritarianism. *Journal of Personality*. – 196. – 35. – PP. 118–133. doi: 10.1111/j.1467-6494.1967.tb01419.x.

163. Berzonsky, M.D., Ferrari, J.R. Identity orientation and decisional strategies. *Personality and Individual Differences*. – 1996. – 20. – PP. 597–606. doi: 10.1016/0191-8869(96)00001-3.

164. Cramer, P. Identity, personality, and defense mechanisms: An observer-based study. *Journal of Research in Personality*. – 1997. – 31. – PP. 58–77. doi: 10.1006/jrpe.1997.2171.

165. Nurmi, J.E., Berzonsky, M.D., Tammi, K., Kinney, A. Identity processing orientation, cognitive and behavioural strategies and well-being. *International Journal*

of Behavioral Development. – 1997. – 21. – PP. 555–570. doi: 10.1080/016502597384785.

166. Berman, S.L., Weems, C.F., Stickle, T. Existential anxiety in adolescents: Prevalence, structure, associations with psychological symptoms and identity development. *Journal of Youth and Adolescence*. – 2006. – 35. – PP. 285–292. doi: 10.1007/s10964-006-9032-y.

167. Meeus, W., Iedema, J., Helsen, M., Vollebergh, W. Patterns of adolescence identity development: Review of literature and longitudinal analysis. *Developmental Review*. – 1999. -19. – PP. 419–461. doi: 10.1006/drev.1999.0483.

168. Крылов, А.А. Психология: Учебник / А.А. Крылов. - М: Издательство Проспект. - 2005. – 441 с.

169. Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., Smith, H.L. Subjective Well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. – 1999. - 125 (2). – PP. 276–302.

170. Diener, E., Chan, M.Y. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. – 2011. - 3(1). – PP. 1–43.

171. Мельниченко, В.В., Студзинский, О.Г., Журавлев, А.А. Теоретические подходы к изучению феномена «Самоеффективность» / В.В. Мельниченко, О.Г. Студзинский, А.А. Журавлев // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. – 2017. - 4 (40). – С. 32-38.

172. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология / Ю.С. Савенко. - М: Логос. - 2013. – 450 с.

173. Бухановский, А.О., Кутявин, Ю.А., Литвак, М.Е. Общая психопатология / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин. - Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс». - 2003. – 416 с.

174. Биологический энциклопедический словарь // под ред. М. С. Гилярова. - М.: Советская энциклопедия. - 1989. - 864с.

175. Морозова, Е. С. Теоретический анализ явлений самоеффективности, самореализации и самоактуализации работника / Е. С. Морозова // *Молодой ученый*. - 2016. - №12. - С. 785-787.

176. Булынько, Н. А. К проблеме самооффеетивности личности в психологии / Н. А. Булынько // «Веснік Мазырскага дзяржаўнага педагагічнага ўніверсітэта імя І. П. Шамякіна». - 2009. - №3(24). - С 37-42.
177. Бернс, Р. Развитие Я-концепции и воспитание: пер. с англ. / Р.Бернс. - М.: "Прогресс". - 1986. - 425 с.
178. Кон, И.С. В поисках себя: Личность и ее самосознание / И.С. Кон. - М.: "Политиздат". - 1984. - 151 с.
179. Липкина, А.И. Самооценка школьника / А.И. Липкина. - М.: Знание. - 1976. - 64 с.
180. Столин, В. В. Самосознание личности / В. В. Столин. - М.: Изд-во Моск. ун-та. - 1983. - 284 с.
181. Wells, L.E., Marwell, G. Self-Esteem: Its Conceptualization and Measurement / L.E. Wells, G. Marwell. - Beverly Hills, CA: Sage Publications. - 1976. - 290 p.
182. Молчанова, О.Н. Самооценка: Теоретические проблемы и эмпирические исследования: учеб. пособие / О.Н. Молчанова. - М.: ФЛИНТА. - 2016. - 392 с.
183. Bandura, A. Social Learning Theory / A. Bandura. - VA: Prentice Hall. - 1977.
184. Bandura, A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Self-efficacy in changing societies / A. Bandura. - Cambridge University Press. - 1995. - P. 1-45.
185. Sheier, M.F., Maddux, J.E. The self-efficacy scale: Construction and validation / M.F. Sheier, J.E. Maddux, B.J. Prentice-Dunn, R.W. Rogers // Psychological Report. - 1982. - № 51. - P. 663-671.
186. Шварцер, Р., Ерусалем, М., Ромек, В. Русская версия шкалы общей самооффеетивности Р. Шварцера и М. Ерусалема / Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек // Иностранная психология. - 1996. - № 7. - С. 71-76.
187. Jerusalem, M., Schwarzer, R. Selbstwirksamkeit (Self-efficacy). Skalen zur Befindlichkeit und Personlichkeit / M. Jerusalem, R. Schwarzer // Research Report. – Berlin. - 1986. - № 5. - P. 15-28.

188. Гайдар, М.И. Развитие личностной самооффективности студентов-психологов на этапе вузовского обучения: автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.И. Гайдар. – Курск. - 2008. - 24 с.
189. Кови, С.Р. Семь навыков высокоэффективных людей/ С.Р. Кови. - М. : Альпина Паблишерз. - 2013. - 240 с.
190. Уитмор, Дж. Коучинг высокой эффективности / Дж. Уитмор. - М. : Междунар. академия корпорат. управления и бизнеса. - 2005. - 168 с.
191. Kernberg, O. Unconscious conflict in the light of contemporary psychoanalytic findings. *Psychoanal Q.* – 2005. - 74(1). PP. 65-81.
192. McWilliams, N. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process.* London: The Guilford Press. - 2011.
193. Cramer, P. Seven pillars of defense mechanism theory. *Soc. Pers. Psychol. Compass* 2. - 2008.
194. PDM Task Force. *Psychodynamic Diagnostic Manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations. - 2006.
195. McCrae, R., Gerontol, J. Age differences and changes in the use of coping mechanisms. - 1989. -44(6). – PP. 161-169.
196. Carvalho, A., Hyphantis, T., Taunay, T., Macedo, D., Floros, G., Ottoni, G. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. – 2013. – 20. - 146(1). - PP. 58-65.
197. Perry. J., Presniak, M., Olson, T. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry.* - 2013 - 76(1). PP. 32-52.
198. Krueger, R., Derringer, J., Markon, K., Watson D., Skodol A. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med.* – 2012. - 42(9). - PP. 1879-90.
199. Al-Dajani, N., Gralnick, T., Bagby, R. A Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current Status and Future Directions. *J. Pers Assess.* – 2016. - 98(1). – PP. 62-81.

200. Сергиенко, Е.А. Виленская, Г.А., Ковалева Ю.В. Контроль поведения как субъектная регуляция [Электронный ресурс]/ — Электрон. текстовые данные.— М.: Институт психологии РАН. - 2010.— 352 с.
201. Гусев, А.И. Толерантность к неопределенности как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. - М.: Смысл. - 2011. - С. 300-329.
202. Norton, R.W. Measure of ambiguity tolerance // Journal of Personality Assessment. -1975. - 39 (6). - P. 607-619.
203. Ray, J.J. Intolerance of ambiguity among psychologists: A comment on maier and lavrakas // Sex Roles. - 1987. - 16 (11-12). - P. 559-562.
204. Sallot, L.M., Lyon, L.J. Investigating effects of tolerance-intolerance of ambiguity and the teaching of public relations writing: A quasi-experiment // Journalism and Mass Communication Educator. - 2003. - 58 (3). - P. 251-272.
205. Stoycheva, K. Tolerance for ambiguity, creativity, and personality // Bulgarian Journal of Psychology (SEERCP 2009 Conference Papers, Part Two). - 2010. - 1-4. - P. 178-188.
206. Trottier, M., Roberts, W., Drmic, I., Scherer, S. W., Weksberg, R., Cytrynbaum, C., Chitayat, D. et al. Parents' perspectives on participating in genetic research in autism // Journal of Autism and Developmental Disorders. -2013. - 43 (3). - P. 556-568.
207. Луковицкая, Е.Г. Социально-психологическое значение толерантности к неопределенности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. - СПб. - 1998.
208. Литвинцев, С.В., Шамрей, В.К., Лыткин, В.М. Посттравматические стрессовые расстройства: учеб. пособие. - СПб. – 1999. - 30 с.
209. Калинина, С.Б. Исследование локуса контроля у курсантов военного университета / С.Б. Калинина // Наука. Общество. Оборона. - 2017. - № 2 (11).
210. Кондаков, И. М. Методологические основания зарубежных теорий профессионального развития / И. М. Кондаков, А. В. Сухарев // Вопросы психологии. -1988. - № 7. - С.158-164.

211. Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. - М.: Просвещение. -1987. - 390 с.
212. Widiger, T.A., Simonsen, E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*. – 2005. -19(2). – PP. 110-130.
213. Mischel, W., Shoda, Y. A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*. – 1995. -102(2). – PP. 246-268.
214. Beck, A.T., Freeman, A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press. -1990.
215. Linehan, M.M. *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford. -1993.
216. Bateman, A., Fonagy, P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press. - 2004.
217. Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York (NY): Guilford. - 2003.
218. Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York (NY): J. Wiley & Sons. - 1999.
219. Pedersen, S. H., Poulsen, S., Lunn, S. Affect regulation: Holding, containing and mirroring. *Int. J. Psychoanal.* - 2014. – 95. PP. 843–864. 10.1111/1745-8315.1220.
220. Williams, J. M., Watts, F. N., MacLeod, C., Oxford, M. A. *Cognitive Psychology and Emotional Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons. -1997.
221. Conway, M. A., Pleydell-Pearce, C. W. The construction of autobiographical memories in the self memory system. *Psychol. Rev.* - 2000. 107. – PP. 261–288. 10.1037//0033-295X.107.2.261.
222. Young, J. E. Schema-focused cognitive therapy and the case of Ms. S. J. *Psychother. Integr.* - 2005. – 15. - PP. 115–126. 10.1037/1053-0479.15.1.11.
223. Grecucci, A., De Pisapia, N., Venuti, P., Palladino, M. P., Job, R. Baseline and strategic mindful regulation: behavioral and physiological investigation. -2015. *PLoS ONE* 10:e0116541 10.1371/journal.pone.0116541.

224. Waltz, P. G., Rapee, R. M. Disentangling schematic and conceptual processing: a test of the interacting cognitive subsystems framework. *Cogn. Emot.* – 2003. - PP. 65–81. 10.1080/02699930302273.
225. Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., Arntz, A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav. Cogn. Psychother.* - 2010. – 38. – PP. 437–458.
226. Young, J. E. “Schema-focused therapy for borderline personality disorder,” in *Cognitive Behavior Therapy: A Guide for the Practicing Clinician*, ed. Simos G. (New York, NY: Taylor & Francis Group). – 2002. -PP. 201–227.
227. Arntz, A., Jacob, G. *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Chichester: John Wiley & Sons. – 2012.
228. Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E., Stevens, B. A. *Schema Therapy with Couples: A Practitioner’s Guide to Healing Relationships*. Chichester: John Wiley & Sons, 10.1002/9781118972700.ch10. - 2015.
229. Beck, A. T., Emery, G. *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive Approach*. New York, NY: Basic Books, 10.1017/s0021932000016369. - 1985.
230. Freud, S. “Mourning and melancholia,” in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 14 ed. Strachey J. (London: Hogarth;). – 1917. – PP. 237–260. 10.1037/e417472005-352.
231. Janet, P. *The Major Symptoms of Hysteria*. New York, NY: Classics of Psychiatry & Behavioral Sciences Library, Division of Gryphon Editions. -1907.
232. Bamelis, L.L., Evers, S.M., Spinhoven, P., Arntz, A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of ST for personality disorders. *Am J Psychiatry*. -2014. - 171(3). – PP. 305–22.
233. Sempertegui, G.A., Karreman, A., Arntz, A., Bekker, M.H.J. Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementations possibilities. *Clin Psychol Rev.* – 2013. - 33(3). – PP. 426–47. 10.1016/j.cpr.2012.11.006

234. Louis, J.P., Wood, A.M., Lockwood, G. Development and validation of the Positive Parenting Schema Inventory (PPSI) to complement the Young Parenting Inventory (YPI) for schema therapy (ST). Assessment. - 2018.

235. Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry. – 2006. -63(6). – PP. 649–58. 10.1001/archpsyc.63.6.649

236. Schuppert, H.M., Albers, C.J., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.G., Nauta, M.H. Severity of borderline personality symptoms in adolescence: relationship with maternal parenting stress, maternal psychopathology, and rearing styles. J Pers Disord. – 2014. – 155. – PP. 1-14.

237. Hunsley, J., Meyer, G.J. The incremental validity of psychological testing and assessment: conceptual, methodological, and statistical issues. Psychol Assess. – 2003. - 15(4). – PP. 446–55. 10.1037/1040-3590.15.4.446

238. van Gendersen, H., Rijkeboer, M., Arntz, A. Theoretical model: schemas, coping styles, and modes In: Van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M, editors. The Wiley Blackwell handbook of schema therapy: theory, research, and practice. Hoboken (US): John Wiley & Sons. - 2012. - p. 27–40.

239. Bach, B, Lockwood, G., Young J.E. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cogn Behav Ther. – 2018. - 47(4). – PP. 328–49. 10.1080/16506073.2017.1410566

240. Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., Huibers, M. Treatment for chronic depression using schema therapy. Clin Psych Sci Pract. – 2013. - 20(2). - PP. 166–80.