

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

На правах рукописи
УДК 616.89-008.4:159.9

БАБУРА ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВНА

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

14.01.06 – Психиатрия

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор Абрамов В.А.

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

Донецк – 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1. ЛИЧНОСТНЫЕ ДИСФУНКЦИИ КАК ГУМАНИТАРНАЯ ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИИ

- 1.1. Гуманитарные проблемы психиатрии
- 1.2. Представление о функциональности (функциональных возможностях) личности как субъекта самовосприятия
- 1.3. Дисфункциональные состояния личности
- 1.4. Ресурсный подход к изучению целостной личности
- 1.5. Субъективно – личностное восстановление больных с психическими расстройствами

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННОГО КОНТИНГЕНТА. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 2.1. Характеристика обследованного контингента
- 2.2. Методы исследования

РАЗДЕЛ 3. СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕГИСТРАМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

РАЗДЕЛ 4. ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

- 4.1. Анализ показателей самоактуализационного ресурса
- 4.2. Ценностный ресурс больных с различным уровнем дезорганизации личности
- 4.3. Результаты исследования осмысленности жизни (смысложизненных ориентаций)

РАЗДЕЛ 5. ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСУРСОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ (СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ) И ФИКСИРОВАННЫХ СПОСОБОВ РЕАГИРОВАНИЯ (КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ) У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

- 5.1. Результаты исследования ресурсов психологической устойчивости (субъективного благополучия)
- 5.2. Особенности совладающего поведения (копинг – стратегий) в ситуации «жизни с болезнью»

РАЗДЕЛ 6. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО – ЛИЧНОСТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

6.1 Теоретическое обоснование программы экзистенциально – личностной реабилитации

6.2 Структура и особенности методического комплекса экзистенциально – личностной реабилитации больных с различными формами дезорганизации личности

6.3 Комплексная оценка эффективности экзистенциально – личностной реабилитации больных с различными формами личностной дезорганизации

АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВЫВОДЫ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы: Традиции отечественной биологически ориентированной психиатрии концептуализируют все психические расстройства в зависимости от уровня мозговой дисфункции в рамках дихотомии «невроз-психоз» или как не имеющих четких разграничительных критериев заболеваний невротического и психотического регистров, не выделяя при этом специфики индивидуально-личностных характеристик больных [1]. Однако, начиная с 2005 года Всемирная психиатрическая ассоциация взяла курс на практическое внедрение принципов гуманитарного, личностно-ориентированного подхода, который делает основной мишенью при оказании психиатрической помощи личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях [2]. С тех пор осуществляются попытки интегративного понимания психических расстройств с позиции нарушения ресурсных возможностей личности, отражающих внутреннюю, субъективную составляющую адаптивного функционирования, душевного благополучия и смысложизненных ориентаций больных [4,5,198,206].

В качестве основополагающего и системообразующего понятия, отражающего уровень индивидуальной дисфункциональности личности при психических расстройствах, обоснованным можно считать использование понятия «дезорганизация личности» как индикатора нарушения субъективного внутреннего мира человека [8,9]. На основании критериев степени интеграции идентичности, уровня психологических ресурсов и уровня тестирования реальности были выделены три уровня дезорганизации личности: невротический, психотический и пограничный [10,11].

Установлено, что важнейшими качественными характеристиками уровней дезорганизации личности при психических расстройствах являются

нарушения интегрированности идентичности как базового критерия психического здоровья [12,13,108,109].

С общепсихологической точки зрения личность – это некое ядро, интегрирующее начало, связывающее воедино различные процессы индивида и придающие его поведению необходимую последовательность и устойчивость [14]. Оптимальной формой целостного представления о больном с дезорганизацией личности как сущности психического расстройства является состояние его личностного потенциала – совокупности взаимосвязанных корреляционными связями структурных компонентов и индивидуально-специфических адаптационных стратегий личности [15,16,17,18], обеспечивающих высшие произвольные формы регуляции человека [19].

В отечественной психологии данный феномен рассматривается многими авторами в контексте деятельностного подхода [20,21], а также в рамках системного и акмеологического подходов [22,23,24], ставших теоретико – методологической основой изучения потенциальных возможностей личности.

По версии Всемирной организации здравоохранения, психическое расстройство ассоциируется с неспособностью человека реализовать свой личностный потенциал, который утрачивает единство и целостность своих составляющих. С этой точки зрения, любое психическое расстройство можно рассматривать как нарушение составляющих личностного потенциала, в частности, осознания собственной идентичности, критичности к себе и собственной психической продукции, адекватности психических реакций, способности самоуправления поведением, планировать собственную жизнедеятельность, изменять способ поведения в зависимости от обстоятельств.

Системообразующими составляющими личностного потенциала являются ресурсы устойчивости личности и потенциал самоактуализации (саморегуляции, самореализации), отражающие представление о личности

как об интегрированном и организованном целом [25]. Эти индивидуально – психологические характеристики выражают «личностное в личностном» [15] и характеризуют уровень личностного развития и зрелости человека [26,27,28,29] и его экзистенциальную жизненную позицию [28].

Есть данные о том, что различные формы дезорганизации личности характеризуются недостаточным уровнем ресурсов устойчивости, самоактуализации и совладания. Это создает угрозу субъективному миру человека, целостности его личности, в частности, потери идентичности, аутентичности, возможности самоконтроля [30].

Ряд исследователей отмечают, что многие больные, стигматизированные обстоятельствами жизни с психиатрическим диагнозом, испытывают потерю самоуважения и самооффективности [31,32,33,34,35,36,37], они страдают от личностной дезорганизации более, чем от самих проявлений болезни [38,39]. Это оказывает негативное влияние на такие специфические сферы качества жизни как удовлетворенность работой, жильем, здоровьем, финансовым положением [31,40], способность реализации жизненных целей [41]. Значительны и социальные последствия дезорганизованной, потерявшей жизненные ориентиры, личности больных психотического и невротического уровней в виде невосполнимого дефицита социальных возможностей и перспектив, и дистанцирования их от общества [42,43,44,45,46].

Вместе с тем, до настоящего времени не достигнуто единства в разработке клинической типологии и этапов формирования дезорганизованной личности у больных, особенно психотического спектра [47,48,49]. При описании структурно – содержательных характеристик дезорганизованной личности больных психотического и невротического регистров отсутствует глубокий анализ механизмов качественного стратегического планирования (копинг – стратегий) и деструктивных изменений идентичности. К числу недостаточно изученных относятся также вопросы, связанные с изучением роли ресурсных возможностей личности и

социальной поддержки больных в преодолении признаков нарушения личностной организации.

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

Связь работы с научными программами, планами, темами.

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

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

Задачи исследования:

1. Выделить, типологизировать и проанализировать структурные особенности дезорганизации личности у больных с психическими расстройствами психотического и невротического регистров.

2. Осуществить анализ индивидуально – психологических особенностей самоактуализации как потенциальной субъективной активности больных с различными уровнями личностной дезорганизации.

3. Изучить взаимосвязь деформации ценностно – смысловой сферы больных с типом их личностной дезорганизации.

4. Осуществить качественную оценку ресурсов устойчивости (психологического благополучия) у данного контингента.

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

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

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

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

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

Научная новизна.

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

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

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

Впервые в рамках гуманитарного подхода в решении современных психиатрических проблем разработана система экзистенциально – личностной реабилитации больных, нацеленная на реконструкцию личностной направленности и субъективно – личностное восстановление больных. В качестве оптимального инструмента адекватных реабилитационных воздействий предложен комплекс тренинговых программ активации копинг – стратегий и нормализации субъективного жизненного пространства больных.

Практическая значимость полученных результатов.

Результаты проведенного исследования открывают возможность для совершенствования личностно – ориентированного направления организации психиатрической помощи, использования адекватных психодиагностических подходов, позволяющих иметь целостное представление о пациенте, его актуальном психическом состоянии и личностных ресурсах.

Приоритетность представлений о внутреннем мире пациента, уровне его самоактуализационных ресурсов и ценностно – смысловых качествах личности позволяет расширить диапазон лечебно – диагностических вмешательств на основе интегративно понимаемых болезненных проявлений в психической сфере, защитных и компенсаторных механизмов, а также

субъективного благополучия с самоощущением своей целостности и потенциальных ресурсов.

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

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

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

Апробация результатов диссертации. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на следующих научных форумах: научно – практической конференции с международным участием, посвящённой Всемирному дню психического здоровья (Тула, 2017 г.), V Всероссийской научно – практической конференции с международным участием, посвящённой 75-летию Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова «Память, память

будущего и сценарии жизни» (Рязань, 2018г.), Республиканской научно – практической конференции с международным участием «Теория и практика современной психиатрии и медицинской психологии» (Донецк, 2018г.), П Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2018г.), Республиканской научно – практической конференции с международным участием «Современные проблемы диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами» (Донецк, 2019г.), научно – практической конференции «Психические расстройства в условиях пандемии COVID – 19: проблемы и перспективы» (Тула, 2020г.), VII Всероссийской научно – практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием в секции: «Психология и психиатрия» (Нижний Новгород, 2021г.), Республиканской научно – практической конференции «Хронический стресс – вызов психическому здоровью человека» (Донецк, 2021г.).

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

РАЗДЕЛ 1. ЛИЧНОСТНЫЕ ДИСФУНКЦИИ КАК ГУМАНИТАРНАЯ ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИИ

1.1. Гуманитарные проблемы психиатрии

Гуманизм представляет собой совокупность взглядов, выражающих уважение достоинства и прав человека на свободу, счастье, всестороннее развитие и проявление своих способностей. Однако этот законодательно закрепленный принцип оказания психиатрической помощи предусматривает не только гуманное отношение к больному, но и разработку концептуальных основ психиатрии как антропоцентрической дисциплины, изучающей человека как целостность. Поэтому, как писал еще К. Ясперс [50], психиатрия без гуманитарной подготовки не производит впечатление полноценной, систематически разработанной научной дисциплины.

В рамках гуманитарной парадигмы психиатрии понятие «психическое здоровье» охватывает способность и возможность всесторонней самореализации и самоуправления (субъектности) человека, его личностный потенциал и антропологические константы: самосознание, идентичность, рефлексия, самость и др. Такое понимание психического здоровья находит отражение в концепции «позитивного психического здоровья» (К. Роджерс, А. Маслоу, Дж. Бьюдженталь, В. Франкл) и в определении психического здоровья по версии Всемирной организации здравоохранения.

Гуманистическая (гуманитарная) психиатрия главным предметом своего исследования считает личность как уникальную целостную систему, которая представляет собой «открытую возможность» самоактуализации, присущую только человеку. В качестве основных предметов анализа гуманистической психиатрии и психотерапии выступают: высшие ценности, самоактуализация личности, психическое здоровье, аутентичность, смыслы, личностная идентичность, межличностное общение и др. Концептуальные аспекты гуманистической психологии разрабатывались различными

исследователями в рамках концепций зрелой личности (Г. Олпорт), самоактуализирующейся личности (А. Маслоу), полноценно функционирующей личности (К. Роджерс), здоровой личности (С. Джулард), позитивного личностного здоровья (М. Jahonda), психологического благополучия (С. Ryff).

Суть данного подхода заключается в признании за человеком свободы построения своей жизни и способности к этому, в понимании человека как целостного единства тела, психики и духа [51].

Дж. Бьюдженталь [52] выдвинул пять основных положений этого направления: 1) человек как целостное существо превосходит сумму своих составляющих; 2) человеческое бытие разворачивается в контексте человеческих отношений; 3) человек сознает себя; 4) человек имеет выбор и 5) человек интенционален (его интересуют цель, ценности и смысл).

К. Роджерс [53] к основным принципам гуманистического подхода относит:

1. Основа гуманистического подхода – целостный человек в его высших, специфических для человека, проявлениях.

2. Человек обладает потенциалом к непрерывному развитию и самореализации, которые являются частью его природы и присущи только человеку.

3. Человек обладает определенной степенью свободы от внешней детерминации, благодаря смыслам и ценностям, которыми он руководствуется в своем выборе.

4. Каждый человек (как уникальная целостная личность) содержит в себе потенциал выздоровления. При наличии определенных условий, человек может самостоятельно и в полной мере реализовать этот свой потенциал.

5. Психическое расстройство в рамках этого подхода отождествляется с функцией личности; его причина заключается во взаимоотношениях индивида (личности) с социумом.

Гуманитарное направление в психиатрии – это целостно-функциональный подход к изучению личности [54,55,56]. Он предполагает:

- определение понятия личность как саморегулируемой динамической функциональной системы непрерывно взаимодействующих между собой психических свойств, отношений и действий, складывающихся в процессе онтогенеза человека;
- рассмотрение личности через призму онтологических оснований – представлений о ее собственном психическом опыте;
- содержательную (качественную) характеристику функциональной целостной личности;
- использование в качестве центрального конструкта понятия «проприум самости» (Г. Олпорт), обобщающего все аспекты личностного развития как объекта субъективного познания;
- представление функциональных возможностей (функциональности) личности в виде характеристик гипотетического континуума «функциональность – дисфункциональность» ее психического опыта.

Гуманитарная или 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 [2]. С 2005 года Всемирная психиатрическая ассоциация официально взяла курс на практическое внедрение принципов личностно – ориентированного подхода в психиатрии, запустив институциональную программу «Личностно – ориентированная психиатрия: от клинической помощи к охране психического здоровья», 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.

В современных условиях происходит реальный диалог социально – гуманитарного, философского и биомедицинского знания, направленный на включение в арсенал этой науки идеалов гуманизма. Гуманитарная парадигма психиатрии рассматривает ее как сложноорганизованную систему, соотнесенную с конкретным уникальным субъектом, социокультурным и нравственным опытом общества, идеями гуманизма и моральными ценностями [57]. В основу ее изучения, наряду с такими классическими критериями научного знания как объективность, истинность, обоснованность, доказательность, положены принципы системности, самоорганизации и целостности психики, ее душевного и духовного равновесия. В ракурсе гуманитарной парадигмы психиатрии психика человека предстает как сложноорганизованная психомерно –синергетическая модель, сопоставленная с конкретным ее носителем, субъектом, его уникальными переживаниями и состояниями в неразрывном единстве с генетической памятью, социокультурным и нравственным опытом общества [58,59,60].

Холистический, антропоцентрический и гуманистические подходы в психиатрии диктуют необходимость включения в парадигму психического расстройства парадигмы духовного измерения. На это еще в советский период, когда господствующей была биомедицинская модель психических расстройств, указывал Д.Е. Мелехов [61]: «Императивным требованием становится рассмотрение человека как целого во всей полноте его физических, психологических и духовных проявлений. Духовное выздоровление может привести к физическому и психическому выздоровлению».

В. Франкл [62] указывал, что духовное измерение человеческого бытия является высшим измерением человека. Духовное бездействие может приводить к дезорганизации психики и личности. В. Франклом [62] и К. Ясперсом [63] были выделены и описаны ноогенные экзистенциальные депрессии и неврозы, возникающие в результате духовного вакуума с

переживанием смыслоутраты, которая развивается вследствие неудовлетворения потребности в понимании, признании, уважении. К. Юнг [64] пришел к заключению, что утрата смысла жизни играет критическую роль в развитии многих неврозов. По данным В. Франкла [62], около 20% неврозов возникают в результате потери смысла жизни, поэтому его логотерапия направлена на упорядочение смысловой сферы [65]. При этом под личностными смыслами понимается субъективное значение объективных значений предметов и явлений внешнего мира. Личностные смыслы создают и выражают субъективное отношение человека к миру, определяют его ценности, суждения. Высшим уровнем смысловой сферы личности является духовный мир. Он выражает главные смыслы человеческой жизни, ее цели, идеалы, мировоззрение [66].

1.2. Представление о функциональности (функциональных возможностях) личности как субъекта самовосприятия

Индивид – единство биологических процессов, систем органов и их функций, которое не играет какой-либо роли в социализации и достижениях индивида. Личность – это индивид как субъект социальных отношений, единство небιологических процессов, независимое от биологического индивида, динамическая функциональная система непрерывно взаимодействующих между собой свойств, отношений и действий, складывающихся в процессе онтогенеза человека.

В современной психологии личность рассматривается как особая самоуправляемая система, осуществляющая ряд специфических функций, как на уровне регуляции отдельных психических проявлений, так и в целом в жизнедеятельности человека. Функции личности (функциональный реквизит личности) – это то, что исполняется структурными элементами личности – функциональными органами индивидуальности. Их совокупность и

взаимодействие создают своим объединением целостную функционально – динамическую систему и новое системное качество – функциональность.

В этой связи, понимание дихотомии «функциональность – дисфункциональность личности» базируется на принципах гуманистического подхода или самодетерминируемых возможностей личности, определяющих ее жизнедеятельность. Психическое расстройство в рамках этого подхода отождествляется с дисфункцией личности; его причина заключается во взаимоотношениях индивида (личности) с социумом.

Низкий уровень функциональности личности – это проявление ее незрелости. Зрелая личность в контексте гуманистической парадигмы определяется как высший уровень развития человека, связанный с формированием и стабилизацией в нее определенных качеств, как период сознательной регуляции человеком собственного поведения, который предусматривает реализацию человека как личности. Зрелая личность характеризуется расширенным чутьем Я, способна с пониманием относиться к окружающей среде, имеет чутье фундаментальной, эмоциональной безопасности и принятие себя, действует и думает в соответствии с внешней реальностью, способна к самообъективации, пониманию себя и к юмору, живет в гармонии с собственной философией жизни [68,69].

Понятие «зрелость» часто используется в науках социального, гуманитарного цикла. «Социальная зрелость личности – понятие, фиксирующее одно из главных достижений процессов обучения и воспитания, осуществляемых семьей, школой, социальным окружением, социумом в целом. Социальная зрелость рассматривается как устойчивое состояние личности, характеризующееся целостностью, предсказуемостью, социальной направленностью поведения во всех сферах жизнедеятельности. Зрелая личность – это личность, которая активно владеет своим окружением, обладает устойчивым единством личностных черт и ценностных ориентаций и способна правильно воспринимать людей и себя» [70].

В.И. Матис [71] дает следующее определение социально зрелой личности: «это устойчивая система социально значимых черт, включающая профессиональную, мировоззренческую, нравственную зрелость, характеризующих социальный тип личности того или иного общества или общности». «Социальная зрелость, обобщенная характеристика развития личности, подразумевает... превращение личности в полноценный субъект общественной деятельности и достижение определенного минимума развития». Недостаточная зрелость психического развития на этапе формирования самосознания и рефлексии не может послужить, по мнению Г.С. Сухобской [72] надежной основой для развития социально зрелого поведения личности.

Зрелость психического развития человека как основа его социальной зрелости оценивается через социальное проявление. Зрелость психического развития создает лишь возможность для самоосуществления человека как члена социума и индивидуальности. Эта возможность реализуется при оценке поведения человека сквозь призму социальных ценностей. С понятием социальной зрелости следует связывать внутреннюю установку личности только на ценности, имеющие позитивную направленность по отношению к развитию человечества, его культуры и цивилизации, на гуманистические ценности.

Различные аспекты личностной зрелости рассматривались в связи с изучением самоактуализации (А. Маслоу, К. Гольдстейн, Х. Хейлиген, М. Дениэл, В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев); личностного роста (А. Эйджел, К. Роджерс, С.Л. Братченко); самореализации (К.А. Абульханова – Славская, В.Е. Клочко, Б.Д. Парыгин, Ф. Перлз, Э. Фромм); самоотрансценденции (В. Франкл, А.А. Реан); самоутверждения (Р.А. Зобов, В.Н. Келасьев); личностного самоосуществления (Л.А. Анцыферова, Б.С. Братусь, Ш. Бюлер, Е.П. Варламова, Е.А. Лукина); самосознания (В.В. Столин, С.Р. Пантилеев, Н.И. Сарджвеладзе); развития потенциала (Б.Г. Ананьев, А.А. Бодалев, Б.Ф. Ломов, В.Н. Мясищев и другие); достижения акме (А.А. Деркач,

М.И. Дьяченко, Н.В. Кузьмина и другие); психологии жизненного пути личности (К.А. Абульханова – Славская, Е.И. Головаха, Е.Ю. Коржова); субъектной активности (В.Н. Панферов); жизненных отношений и смысло-жизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев); жизненных ориентаций (А.А. Грачев); стиля и смысла жизни (Л.Н. Коган); жизненного мира (В. Шутс).

Личностная зрелость – это динамическая личностная структура, которая обеспечивает человеку возможность принять себя как смысл, быть аутентичным, позволяя проявляться подлинным, свойственным только данной личности мыслям, эмоциям и поведению. Наряду со способностью к безусловному принятию и эмпатии, аутентичность является обязательной составляющей эффективного человеческого общения. В качестве синонимов термина аутентичность используются такие определения, как полноценно функционирующая личность (Rogers C.R.), свобода (Allport F.H.), самоактуализация (Maslow A.H.), самость, целостная личность (Perls F.S.), конгруэнтность (Grinder J., Bandler R.).

Психологический смысл аутентичности можно определить, как согласованное, целостное, взаимосвязанное личностное функционирование. Аутентичное поведение предполагает цельное переживание непосредственного опыта, не искаженного психологическими защитными механизмами. В традициях гуманистической психологии аутентичность характеризует также некую идеальную личность, в противоположность дисфункциональной.

По мнению А.П. Портновой [73], зрелость представляет собой многомерное, разноуровневое качество личности, обладающее структурными, динамическими свойствами. Уровневые, структурные характеристики зрелости специфичны на каждом возрастном этапе. В целом, функцией личностной зрелости является преобразование (регуляция) процесса онтогенетического развития в целенаправленный, системный, личностно обусловленный процесс, приобретающий индивидуальные черты

как в средствах, условиях, так и в целях данного развития. Зрелость выступает качеством личности, обуславливающим способы осуществления и самоосуществления, организующим жизненный путь личности, его направление, стратегии прохождения, регулирующим сложную систему отношений личности с окружающим миром и самим собой (к результатам собственной деятельности) и иерархизованность данной системы. Зрелость характеризует личность как целостную, непрерывно развивающуюся, как сложное системное образование, не сводимое к свойствам, характеристикам ее структурных компонентов и отдельных ее аспектов; определяет личность как сложное системное образование, которое может быть описано в терминах «гармоничность», «соразмерность», «иерархизованность», «соподчиненность ее свойств».

М.Ю. Семенов [74] определяет зрелую личность как тип, образующийся в результате личностного роста и имеющий сформированное устойчивое единство личностных черт и ценностных ориентаций, развитое нравственное сознание, сложившуюся иерархическую мотивационно – потребностную сферу, где доминируют высшие духовные потребности. Личностно зрелый человек характеризуется потребностью выходить за существующие пределы своей жизни и решать проблемы совершенствования и развития, как своего общества, так и всего человечества, активно владеет своим социальным окружением.

Исследование Р.М. Шамянова [75], показало, что личностная зрелость является сложным структурным образованием, включающим в себя характеристики ответственности в разных сферах деятельности, эмоциональной зрелости, самоконтроля поведения, самостоятельности, адекватности самоотражения, высокого уровня реализованности событий жизни, адекватности целеполагания.

Личностная зрелость входит в общую структуру личности и оказывается взаимосвязанной с рядом личностных особенностей, таких как

общительность, следование социальным требованиям, мягкость, доверчивость, радикализм, уверенность в себе, естественность.

Личностная зрелость подчиняется общим законам онтогенетического развития и характеризуется гетерохронностью. Формирование параметров личностной зрелости проходит ряд этапов, в ее развитии чередуются сензитивные, критические периоды и периоды стабилизации. Формирование личностной зрелости обуславливают как внутренние (субъективные, объективные), так и внешние факторы.

Э. Эриксон [76] предложил оценивать человека с точки зрения сформированности характеристик зрелой личности и искать истоки организации зрелой личности на предшествующих стадиях жизни.

Таким образом, зрелость личности может быть рассмотрена в контексте психологических эффектов развития как его цель. Эриксон выделяет такие качества зрелой личности, как индивидуальность, самостоятельность, своеобразие, смелость быть отличным от других; через воспитание передаются нормы общества, ценности, которые определяются конкретными экономико – культурными условиями. Развитие человека представлено как процесс формирования новых качеств, предполагающий наличие актуальных свойств и свойств потенциальных, оказывающих влияние на другие свойства личности. Эти потенциальные качества личности и детерминируют ее восприимчивость к воздействию социальной среды, посредством ряда механизмов определяют степень включения в систему общественных отношений [77].

Н. Бордовская и А. Реан [78] выделяют четыре основных, базовых составляющих личностной зрелости: 1) ответственность, 2) терпимость, 3) саморазвитие, 4) положительное мышление и позитивное отношение к миру (этот компонент доступный во всех других составляющих). По мнению ученых, концепция личностной зрелости должна базироваться на представлении о единстве самоактуализации и самоотрансценденции.

В работе В.М. Русалова [79] выделяются дефинитивный и акмеологический типы зрелости. Первый тип зависит от биологических свойств человека, второй характеризует достижение психическими образованиями своего наивысшего, акмеологического значения, что обеспечивает человеку личностный рост, наивысшие уровни его развития.

Одним из направлений системного подхода к изучению личностной зрелости является диспозиционная теория Г. Олпорта [56], в которой наиболее важной единицей анализа структуры личности есть черта (диспозиция). Диспозиция рассматривается как готовность субъекта к поведенческому акту, действию, поступку или к их последовательности. Диспозиции закрепляются в личностной структуре в результате опыта, создавая иерархию: низший уровень - фиксированные установки, средний уровень - система социальных установок (аттитюдов), высший уровень образуют доминирующая направленность интересов личности, система ценностных ориентаций, потребность в саморазвитии и самовыражении, жизненные принципы человека и его концепция жизни.

По Г. Олпорту [56], диспозиции, которые воспринимаются человеком как важные для ее самоуважения и самоидентичности, составляют проприум – динамический центр личности. По нашему мнению, черты, характеризующие личностную зрелость, по типологии Г. Олпорта, являются центральными чертами проприума личности, отправляющие доминирующие типы поведения человека; они являются своеобразными строительными блоками индивидуальности и определяют такие тенденции в поведении человека, которые легко могут увидеть окружающие.

Проприум, согласно Г. Олпорту [56] – это все аспекты человека, делающие его уникальной личностью. Он отображает также положительное, созидательное и развивающееся качество человеческой природы. Постановка перед собой перспективных целей, например, для подростка выбор карьеры или других жизненных целей, настойчивость в поиске путей разрешения намеченных задач, ощущение того, что жизнь имеет смысл – в этом суть

проприативного стремления. По мнению Г. Олпорта, проприум постоянно эволюционирует с момента рождения человека и до его зрелости и, благодаря консолидации различных аспектов, на его основе формируется «Я» (самость) как объект субъективного познания и ощущения. Именно познание самого себя стоит над всеми остальными аспектами развивающейся личности, синтезирует их. Проприум на заключительной стадии своего развития соотносится к уникальной способности человека к самопознанию и самосознанию.

Таким образом, феномен личностной зрелости большинством исследователей анализируется с точки зрения гуманистической парадигмы, в которой саморазвитие личности аксиоматично, что делает оправданным его рассмотрение в контексте понятий личностного потенциала (внутренних ресурсов), проявляющихся в способности личности полноценно функционировать и преодолевать заданные обстоятельства.

«Полноценно функционирующая личность является синонимом оптимальной психологической приспособленности, оптимальной психологической зрелости, полной соответствия и открытости опыту... Поскольку некоторые из этих понятий звучат статично, как если бы такая личность «только что появилась», следует отметить, что все они характеризуют процесс становления такой личности. Полноценно функционирующая личность возможна только как процесс, как постоянно изменяющийся человек» [80].

Полноценно функционирующая личность характеризуется несколькими параметрами, первый из которых - открытость переживаниям. Преждевременная тревожность, ограничивающая восприятие, приносит мало пользы человеку или вообще вредна. Человек постоянно движется от защитных реакций к более открытым переживаниям. «Он более открыт для ощущений собственного страха, робости и боли. Он также более открыт для чувства смелости, нежности и благоговения... Он лучше приспособлен к

тому, чтобы прислушиваться к переживаниям собственного организма, а не отрицать их осознание» [80].

«Вторая черта полноценно функционирующей личности - проживание в настоящий момент времени, заключающееся в полном осознании каждого момента. Такая непрерывная, прямая связь с реальностью позволяет «я» и всей личности выходить из переживаний, а не переводить их в плоскость заранее определенной структуры «я» или искажать в соответствии с ней». Человек в состоянии перестроить собственные реакции по мере того, как ему на опыте раскрываются или предоставляются новые возможности.

Последняя характеристика полноценно функционирующей личности – вера в свои внутренние побуждения и интуитивную оценку, постоянно растущая уверенность в собственной способности принимать решения. Наиболее вероятно, что человек, который может верно воспринимать и использовать поступающую к нему информацию, правильно оценит собственные способности к суммированию данной информации и свою способность реагировать на нее. Эта деятельность затрагивает не только интеллект, но и всю личность в целом. «В нынешнем безумном мире, который могут уничтожить в одно мгновение, самый перспективный человек – тот, кто полностью осознает свои внутренние переживания в данный момент». Полноценно функционирующая личность полностью реагирует и целиком осознает свою реакцию на ситуацию. Она представляет суть понятия того, что называется «жить хорошей жизнью». Такие люди постоянно расширяют свою самоактуализацию [80].

Таким образом, зрелость – это интегральное качество сформированной личности, целиком осознающей свое настоящее Я, поэтому поиск маркеров, критериев, признаков зрелости личности носит многоаспектный и междисциплинарный характер. Направления научного поиска определяются приверженностью исследователей тому или иному направлению гуманистической психологии.

Функциональное состояние личности – это системное психическое образование как результат взаимодействия психологических структур и процессов саморегуляции психофизиологического состояния [81], обеспечивающего чувство субъективного благополучия. Личность как объект субъективного познания – особая самоуправляемая система, осуществляющая ряд важнейших для жизнедеятельности функций. Функции (функциональный реквизит) личности – это то, что исполняется структурными элементами личности – функциональными органами индивидуальности. Их совокупность и взаимодействие обеспечивают выполнение определенных функций, и создают своим объединением новое системное свойство – функциональность как смысловую единицу субъективного жизненного пространства личности.

Функциональность (функциональная способность, функциональная компетентность) личности как организма индивидуальности – это:

- способность и готовность функциональных органов личности, используя совокупные механизмы психологических образов (носителей психологической реальности), реализовывать свою субъектность;
- понятие, отражающее сложную систему взаимоотношений личности с окружающим миром, определенный способ организации жизнедеятельности в соответствии с ее индивидуально – психологическими и субъективно – личностными особенностями;
- сформированность Я – концепции, осмысленное отношение к своим способностям, социальным ролям, другим людям и миру в целом;
- психический опыт непосредственного восприятия личностью своей включенности в ситуации социальной реальности (жизнедеятельности); образования психического опыта (целостные субъективные реальности), формируемые с использованием различных психических конструктов или функциональных органов личности; особая реальность психического опыта регуляции своих функциональных возможностей, связанных с количеством и качеством субъективных мультисистемных образов этих возможностей

субъекта при актуализации субъективной реальности;

- уровень развития личности, способность выполнять определенные функции, функциональная жизнедеятельность.

1.3. Дисфункциональные состояния личности

Определение психического расстройства в Международной классификации болезней – 10 в качестве обязательной его составляющей, помимо совокупности психопатологических симптомов, включает формулу «препятствие личностному функционированию» или переживание личностной дисфункции. Личностная дисфункция – обобщенный термин, отражающий вариативные нарушения смысловой целостности личности и ее ресурсов; нарушение целостности (идентичности) личности и способности быть автономным, саморегулируемым субъектом активности. Критерии личностной дисфункции: нарушение интеграции, целостности и синергичности различных составляющих личности (личностного потенциала, позитивных аспектов психического здоровья).

В Международной классификации болезней – 10 к дисфункциональным состояниям личности относятся: 1) специфические расстройства личности – онтогенетические (конституциональные) нарушения личности, имеющие специфически человеческие (антропологические) основания и биопсихосоциальную природу; 2) изменения личности – приобретенные нарушения личности, вследствие глубоких экзистенциальных экстремальных переживаний (экстремальных средовых деприваций), разрушающих образ «Я» и идентичность личности, и серьезных психических расстройств, заболеваний или травм мозга.

Исходя из этого, можно считать обоснованным утверждение о том, что субъективная реальность пациента с любым психическим расстройством отражает нарушение фундаментальных функций личности, ее дисфункцию. Однако сложившаяся клиническая практика свидетельствует об отсутствии у

врачей – психиатров четких представлений о сущности и клинико – психологическом содержании аномальных личностных проявлений и субъективных переживаний смысловой целостности личности. Это, в частности, проявляется в значительном разнообразии терминологических обозначений нарушений личности (дисгармоничность, дезинтеграция, десоциализация, деструкция, дефект, дискордантность, диссоциация и тому подобное), не отражающих ее индивидуального психического опыта и значительно затрудняющих не только диагностику, но и процесс целенаправленного субъективно – личностного восстановления. Значительно большую содержательно качественную нагрузку имеют описанные в литературе специфические феномены экзистенциально – личностной дисфункции: кризис идентичности, смысловой кризис, экзистенциальная неисполненность, психическая депривация (госпитализм), стигма, виктимогенная десоциализация и другие.

О распространенности личностных дисфункций в популяции свидетельствует следующий факт: в шести крупных научно – исследовательских работах (Северная Америка), испытуемыми которых выступили представители трех наций, было установлено [83], что медианный показатель диагностируемых расстройств личности составил 10,6% (один из 10 человек страдает тем или иным расстройством личности).

В структуре психических расстройств, представленных в Международной классификации болезней – 10, практически в рамках всех диагностических модулей выделяются диагностические категории с преобладанием личностных дисфункций. Другими словами, личностные дисфункции в той или иной мере охватывают весь спектр психических и поведенческих расстройств. При этом имеются данные о том, что именно аномальное развитие личности, а не другие клинические переменные, в большинстве случаев обуславливают устойчивые нарушения социального функционирования больных с психическими расстройствами [82]. С этой точки зрения, возможно допущение о том, что психическое расстройство

может идентифицироваться как дисфункциональное состояние личности, а субъективный жизненный потенциал личности – как феноменологический субъект – альтернатива психического расстройства.

Данные мировой статистики о распространенности личностных дисфункций в населении ограничиваются сведениями, относящимися к расстройствам личности (ранее – к психопатиям), диагностируемым как диагностическая категория F6 по Международной классификации болезней – 10. Так, по данным, приведенным Ю.А. Александровским в книге «Пограничные психические расстройства» [84], распространенность расстройств личности при популяционных исследованиях колеблется в диапазоне от 0,1% (Тайвань – Lin et al., 1989) до 13,5% (США – Zimmerman, Coryel, 1988). В среднем, около 5 – 10% населения в мире обнаруживают признаки расстройств личности.

Однако общая распространенность личностных расстройств среди взрослых, не наблюдающихся у психиатра, составляет 10 – 22%, при этом среди стационарных и амбулаторных больных психиатрических больниц показатели значительно выше, особенно при наличии сопутствующих психических расстройств. Согласно проведенному в США в 2001– 2002 гг. Национальному эпидемиологическому исследованию, общая распространенность расстройств личности в выборке объемом более 43000 человек составила 14,79%. Этот показатель означает, что состояние более чем 30 миллионов американцев соответствует критериям хотя бы одного личностного расстройства [85].

В этой связи открывается возможность рассмотрения субъективного пространства дисфункциональных личностных паттернов и режимов функционирования в контексте уровней дезорганизации личности, ранних дезадаптивных схем и различных уровней дезинтеграции личности, а также ресурсных возможностей личности и стратегий субъективно – личностного восстановления пациентов с различными типами личностных дисфункций.

Структурная дезорганизация личности. Дисфункциональные схемы в своем активированном (актуализированном) состоянии реализуются в различных формах структурной дезорганизации личности.

Уровень организации личности и ее функциональность являются индикаторами качества психического здоровья человека, его способности к самореализации и интеграции в социум. Этот феномен непосредственно связан с индивидуальными особенностями личностного потенциала, в частности, уровнем личностной зрелости или уровнем организации личности по О.Ф. Кернбергу [10,15,86]. В роли главного критерия психического неблагополучия выступает дисфункция или дезорганизация (нарушение единства и целостности) личности [86].

Дезорганизация личности отражает многообразие экзистенциальных форм нарушений бытия (экзистенциальных модальностей), искажения экзистенциальной панорамы субъективного восприятия жизни [88], затрагивающие биопсихосоциальные аспекты жизнедеятельности человека.

В.В. Мельниченко [87], обобщив большое количество литературных источников, так или иначе затрагивающих проблему дезорганизации личности [90,91,92], пришла к заключению, что данный феномен представляет собой реструктуризацию свойств, особенностей и ресурсных возможностей личности в процессе существования субъекта в актуальной психопатологической ситуации и затрагивает три базовых основания онтологического существования человека: целостность (антипод – фрагментированность); интеграцию (антипод – дезинтегрированность); идентичность (антипод – нетождественность).

В другой работе В.В. Мельниченко [89] представляет дезорганизацию личности как всеобъемлющий феномен изменения 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 происходит процесс деструктивности, отличной от прошлой Я – концепции; 3) интеграция как субъективное чувство соответствия себе носит диссоциированный (разобщенный) характер; 4) нарушение целостности устраняет биопсихологическое единство личности и является основным признаком дезорганизации личности.

Уровень личностной организации (дезорганизации) представлен в литературе, главным образом, Н. Мак-Вильямс и О. Кернбергом. Н. Мак-Вильямс [11] сущность структуры личности определяет на основе использования двух измерений: 1) оценки уровня развития личностной организации, которая отражает уровень индивидуации личности или степень ее дисфункции (психотический, пограничный, невротический и нормальный), и 2) диагностики защитного стиля личности. Структурный подход О. Кернберга [10] к определению степени интеграции (дезинтеграции) личности включает три критерия: 1) степень интеграции идентичности человека; 2) уровень функционирования защитных механизмов; 3) способность к тестированию реальности. На основе этих критериев определяются типы дезорганизации личности.

Кризис идентичности как интегрального критерия психического здоровья.

Феномены психического здоровья можно изучать на двух уровнях проявления: внешнем, рассматривающем его с точки зрения наблюдателя (врача, психолога), и внутреннем, или субъективном, с точки зрения самого человека, переживающего себя как здорового или нездорового. С точки зрения гуманистических подходов фокус внимания специалиста должен смещаться на субъективный уровень проявлений психического здоровья, что определяет обращение к таким понятиям как переживание, свобода, ценности, самоопределение.

В качестве системного понятия, интегрирующего все перечисленные свойства личности, и являющегося интегративным критерием психического

(личностного) здоровья, на наш взгляд, и в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения может использоваться понятие идентичности (Я – концепции), как динамическое, развивающееся, структурное, многоуровневое, сложноорганизованное, целостное, процессуальное образование, как процесс переживания человеком своего Я как ему принадлежащего, то есть переживание тождественности самому себе, своему Я [12,94,95,96,97,98].

Структура идентичности включает в себя когнитивный компонент (осознанная самоидентификация); аффективный компонент – отношение к себе и своему групповому членству и смысловой компонент – ценности и установки. Качественные характеристики этих компонентов оцениваются полярными признаками: дифференцированность – диффузность; целостность – фрагментарность; стабильность – динамичность; объективное восприятие Я – восприятие Я не основанное на реальности; высокоразвитые навыки саморегуляции – слабо развитые навыки саморегуляции [99,100].

Дифференцированность означает расчленение обобщенного, туманного психического опыта на некоторое число отчетливо определенных переживаний, что сообщает опыту в целом богатство и глубину. Из отдельных феноменов низкого уровня в результате такой дифференциации рождаются феномены более высокого уровня; смутная инстинктивная жизнь обогащается новым содержанием. Рост дифференциации приводит к большей ясности и осознанности. Неопределенные ощущения и чувства уступают место отчетливым мыслям [50].

Диффузная идентичность рассматривается как «ядерное» образование внутри пограничной личностной организации, которая обнаруживается, по преимуществу, при пограничных и нарциссических расстройствах личности как отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности [99].

Под целостностью идентичности О. Кернберг (2001) подразумевает интегрированность отдельных элементов идентичности Я и объект –

репрезентаций. Хорошая интеграция Я и объект – репрезентаций характерна для невротического уровня (самого высокого уровня функционирования в рамках психоанализа), и чем менее интегрировано Я, тем более вероятно наличие пограничного и психотического уровней психического функционирования. Э. Джекобсон [102] считала критерием сформированности идентичности способность Я признавать всю целостность собственной психической организации (несмотря на ее возрастающую структурированность, дифференцированность и сложность).

Н.И. Непомнящая [101], изучая независимость фрагментарности (диссоциации) либо целостности образа Я от особенностей осознания рефлексии себя, определила, что «чем выше уровень рефлексии себя, то есть, чем шире и богаче то содержание, с позиции которого человек осуществляет рефлекссию себя, тем устойчивее его Я, тем сохраннее целостность личности. То есть, способность оставаться самим собой зависит от «выхода» за пределы себя (трансцендирования). Во всех случаях диссоциации страдает именно «целостно – рефлексивное Я».

Таким образом, можно говорить о том, что «целостно – рефлексивное Я» представляет собой основание целостности личности. Целостно – рефлексивное Я есть переживание человеком своей универсальности и бесконечности, своего тождества с миром.

1.4. Ресурсный подход к изучению целостной личности

Целостный подход в понимании личности опирается на общепсихологические представления о личности, заложенные в работах, Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Г. Асмолова, В. Франкла, Д.А. Леонтьева, Б.С. Братуся и других. Согласно этим представлениям, понятие личности выражает целостность субъекта жизни, ее следует рассматривать как частный случай организации личности в общепсихологическом понимании. В общепсихологическом плане личность

– это некое ядро, интегрирующее начало, связывающее воедино различные психические процессы индивида и придающее его поведению необходимую последовательность и устойчивость [14].

Для описания структуры личности, с нашей точки зрения, наиболее предпочтительной является модель личностного потенциала, предложенного Д.А. Леонтьевым [110]. Данная модель не только выделяет в качестве конституирующей подструктуры личности смысловую сферу, но и дает возможность дифференцированно рассматривать высшие проявления личности.

Личностный потенциал рассматривается Д.А. Леонтьевым как интегральная характеристика уровня личностной зрелости, а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является феномен самодетерминации личности, то есть осуществление деятельности в относительной свободе от заданных условий этой деятельности – как внешних, так и внутренних условий [111]. Раскрывая это понятие, он говорит о таких характеристиках личности, как воля, сила Эго, внутренняя опора, локус контроля, ориентация на действие и некоторые другие. Личностный потенциал отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете, преодоление личностью самой себя. В контексте личностного роста личностный потенциал – это система свойств, составляющих основу личностного и профессионально – личностного развития человека и обеспечивающих соответствующий уровень достижений в профессиональной подготовке, в последующей деятельности, в развитии собственной личности [26].

Понятие личностного потенциала не столько описывает какую – либо структуру, сколько функционально характеризует экзистенциальную жизненную позицию человека, выражает «личностное в личности» [111] и характеризует уровень его личностного развития. Слово «потенциал» подчеркивает неспецифический характер описываемой характеристики. Личностный потенциал может проявляться в разных видах деятельности, он

отвечает за способность осуществлять эффективную саморегуляцию деятельности вне зависимости от заданных обстоятельств. Личностный потенциал, с одной стороны, помогает человеку приспособиться даже к самым неблагоприятным условиям деятельности, с другой стороны, его роль не исчерпывается только адаптивной функцией. Данный феномен отвечает за способность самостоятельно созидать нужные условия для своей деятельности.

Личностный потенциал как целое представляет собой неспецифическую систему устойчивых, но поддающихся целенаправленному развитию и изменению индивидуально – психологических характеристик, связанную с успешностью деятельности в ситуациях неопределенности, достижения и давления и релевантную задачам выбора и осуществления деятельности в изменяющихся условиях. Личностный потенциал не является одномерным и чаще всего употребляется как аналог понятия «ресурсы». Среди психологических ресурсов различают ресурсы устойчивости, позволяющие субъекту проходить сквозь ситуации неопределенности, достижения и давления, не изменяясь, операциональные ресурсы, позволяющие ему реагировать на такие ситуации на операциональном уровне, ресурсы саморегуляции (к которым относится личностный потенциал), позволяющие ему модифицировать и оптимизировать свою деятельность, если сохранение ее первоначального курса затруднено (Леонтьев Д.А., 2011). Эти три группы ресурсов задействуются последовательно и направлены на предотвращение неблагоприятных изменений личности.

Ресурсный подход сформировался в недрах гуманистической психологии, в рамках которой важное место заняло изучение конструктивного начала личности, позволяющего преодолевать трудные жизненные ситуации [112].

Э. Фромм [113] выделял три психологических категории, обозначаемых как ресурсы человека в преодолении трудных жизненных ситуаций:

- надежда – то, что обеспечивает готовность к встрече с будущим, саморазвитие и видение его перспектив, что способствует жизни и росту;

- рациональная вера – осознание существования множества возможностей и необходимости вовремя эти возможности обнаружить и использовать;

- душевная сила (мужество) – способность сопротивляться попыткам подвергнуть опасности надежду и веру и разрушить их, превратив в голый оптимизм или иррациональную веру, способность сказать «нет» тогда, когда весь мир хочет услышать «да» [114].

В современной психологии содержание понятия «ресурсы» разрабатывается в рамках развития теории психологического стресса. В.А. Бодров [115] определяет его следующим образом: «Ресурсы являются теми физическими и духовными возможностями человека, мобилизация которых обеспечивает выполнение его программы и способов (стратегий) поведения для предотвращения или купирования стресса».

К. Муздыбаев [116] определяет ресурсы как средства к существованию, как все то, что человек использует, чтобы удовлетворить требования среды; как жизненные ценности, которые образуют реальный потенциал для совладания с неблагоприятными жизненными событиями.

Н.Е. Водопьянова [117] дает следующее определение ресурсов: это «внутренние и внешние переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях; это эмоциональные, мотивационно – волевые, когнитивные и поведенческие конструкты, которые человек актуализирует для адаптации к стрессогенным/стрессовым трудовым и жизненным ситуациям», это «средства (инструменты), используемые им для трансформации взаимодействия со стрессогенной ситуацией».

Различают два класса ресурсов: личностные и средовые (иначе, психологические и социальные). Личностные ресурсы (психологические, профессиональные, физические) представляют собой навыки и способности человека, а средовые ресурсы отражают доступность личности помощи (инструментальной, моральной, эмоциональной) в социальной среде (со стороны членов семьи, друзей, сослуживцев) и материальное обеспечение жизнедеятельности людей, переживших стресс или находящихся в стрессогенных условиях [115].

В ресурсной концепции стресса С. Хобфолла [118] ресурсы определяются как то, что является значимым для человека и помогает ему адаптироваться в сложных жизненных ситуациях. В рамках ресурсного подхода рассматриваются различные виды ресурсов, как средовых, так и личностных. С. Хобфолл к ресурсам относит: материальные объекты (доход, дом, транспорт, одежда) и нематериальные (желания, цели); внешние (социальная поддержка, семья, друзья, работа, социальный статус) и внутренние интраперсональные переменные (самоуважение, профессиональные умения, оптимизм, самоконтроль, жизненные ценности, система верований и другое); психические и физические состояния; волевые, эмоциональные и энергетические характеристики, которые необходимы (прямо или косвенно) для выживания или сохранения здоровья в трудных жизненных ситуациях либо служат средствами достижения лично значимых целей. Одним из оснований ресурсного подхода является принцип «консервации» ресурсов, который предполагает возможность человека получать, сохранять, восстанавливать, преумножать и перераспределять ресурсы в соответствии с собственными ценностями. Посредством такого распределения ресурсов человек имеет возможность адаптироваться к вариативному ряду условий жизненной среды. В концепции С. Хобфолла потеря ресурсов рассматривается как первичный механизм, запускающий стрессовые реакции. Когда происходит потеря ресурсов, другие ресурсы выполняют функцию ограничения инструментального, психологического и

социального воздействия ситуации. Потеря внутренних и внешних ресурсов влечет за собой потерю субъективного благополучия, переживается как состояние психологического стресса, негативно сказывается на состоянии здоровья личности.

А.Г. Маклаков [28] вводит понятие «личностный адаптационный потенциал», которое содержательно раскрывается в рамках концепции адаптации. Автор считает способность к адаптации как индивидуальным, так и личностным свойством человека, рассматривает его как процесс и как свойство саморегулирующейся системы, состоящее в способности приспосабливаться к изменяющимся внешним условиям. Психологические характеристики человека, наиболее значимые для регуляции психической деятельности и самого процесса адаптации, составляют его личностный адаптационный потенциал, который включает: нервно – психическую устойчивость, уровень развития которой обеспечивает толерантность к стрессу; самооценку личности, являющуюся основой саморегуляции и влияющую на степень адекватности восприятия условий деятельности и своих возможностей; ощущение социальной поддержки, определяющее чувство собственной значимости; уровень конфликтности личности; опыт социального общения.

Очевидным является то, что разные ресурсы играют различную роль в адаптации человека и преодолении трудных жизненных событий. Л.В. Куликов [27] к наиболее изученным личностным ресурсам относит активную мотивацию преодоления, отношение к стрессам, как к возможности приобретения личного опыта и возможности личностного роста; силу Я-концепции, самоуважение, самооценку, ощущение собственной значимости, «самодостаточность»; активную жизненную установку; позитивность и рациональность мышления; эмоционально – волевые качества; физические ресурсы – состояние здоровья и отношение к нему как к ценности.

Большая часть перечисленных качеств совпадает с характеристиками психологически здоровой личности, выделенными И.В. Дубровиной [119]: самодостаточность, интерес человека к жизни, свободу мысли и инициативу, увлеченность какой – либо областью научной и практической деятельности, активность и самостоятельность, ответственность и способность к риску, веру в себя и уважение другого, разборчивость в средствах достижения цели, способность к сильным чувствам и переживаниям, осознание своей индивидуальности и радостное удивление по поводу своеобразия всех окружающих людей, творчество в самых разных сферах жизни и деятельности.

Наиболее общий взгляд на потенциал личности предложил в свое время М.С. Каган [120]. Рассматривая личность через призму ее социальной деятельности, он дифференцировал пять основных видов человеческой деятельности и в соответствии с ними выделил различные виды потенциалов личности: гносеологический (познавательный); аксиологический (целостный); творческий; коммуникативный; художественный (эстетический). Гносеологический потенциал включает в себя такие психологические качества, которые реализуются в познавательной деятельности человека. Аксиологический потенциал личности определяется системой ценностных ориентаций личности в различных сферах жизни. Творческий потенциал определяется способностью к созидательной деятельности в различных аспектах труда. Коммуникативный потенциал определяется возможностями личности в сфере межличностного взаимодействия. Художественный потенциал реализуется в области эстетической деятельности.

Ю.М. Резник [116] выдвигает почти столь же обобщенную интегративную модель личностного потенциала человека, состоящего из реализованных способностей (актуальных ресурсов) и не востребуемых или нереализованных возможностей (неразвитых способностей, задатков и другие). В структуру личностного потенциала человека он включает

креативный центр личности, репертуар видов деятельности и технические виды личности. Личностный потенциал человека подразделяется на профессионально – квалифицированный потенциал, информационно – познавательный потенциал, организационно – коммуникативный потенциал, духовно – нравственный потенциал и репродуктивный потенциал. Основными инструментами реализации личностного потенциала человека выступают личностные стратегии, в частности, стратегия жизненного благополучия, стратегия жизненного успеха и стратегия самореализации.

Попытку формализовать понятие личностного потенциала, связав его с понятием успешности социальной адаптации, предложил В.Н. Марков [18], понимающий под потенциалом личности «систему ее возобновляемых ресурсов, которые проявляются в деятельности, направленной на получение социально значимых результатов». Структурная модель, предложенная этим автором, предполагает, что «все жизненные достижения личности, зафиксированные в ее биографии, суть внешние проявления ее потенциала и могут служить для оценки его уровня». Он предлагает сгруппировать эти достижения по различным ключевым сферам, составляющим структуру человеческой жизни, по которым и отслеживается реализация потенциала личности.

Обобщая взгляды ряда исследователей личностного потенциала, С.В. Величко [17] отмечает, что «с позиции психологии потенциал выступает как психологическое явление, представляющее собой процесс непрерывного самосовершенствования и стремление к достижению вершин личностного, профессионального развития человека и реализации творческих возможностей и способностей». Общим во всех проанализированных подходах она считает изучение потенциала как активно проявляемого индивидом в окружающей среде ресурса, который формируется под воздействием субъективных и объективных, то есть внутренних и внешних, факторов. Автор отмечает, что «потенциал отдельно взятой личности превращается в социальную ценность через механизмы самореализации,

обеспечивая личности более гармоничное взаимодействие с окружающим миром.

По данным разных авторов, при разработке классификации и содержательного описания различных видов дисфункциональных состояний личности следует учитывать критерии надежности [122] и адекватной мобилизации [123] психологических ресурсов человека, а также уровень динамического рассогласования [124] возможностей (способностей личности и «функциональную цену» такого рассогласования [122,125]. Состояние адекватной мобилизации характеризуется полным соответствием уровня активации (актуализации) позитивных сторон личности требованиям сложившейся ситуации (в частности, ситуации болезни), а состояние динамического рассогласования проявляется утратой целостности и интегрированности различных компонентов субъективного жизненного потенциала личности. Критерии надежности функционального состояния отражает способность личности быть функциональной – успешно осуществлять свою жизнедеятельность и испытывать чувство субъективного благополучия. Цена изменившегося функционального состояния (дисфункциональности) – степень истощения личностных ресурсов и возможности их восстановления.

Системная организация личностного потенциала, в том числе мишени психодиагностики предусматривают выделение: ресурсов устойчивости и ресурсов самоактуализации (самореализации) жизнедеятельности.

Самоактуализация – это абсолютное раскрытие индивидом личностного потенциала, склонностей и задатков, процесс и способ достижения значимых для себя целей.

Самоактуализация считается ключевым понятием гуманистической концепции психологии. В центре внимания гуманистической психологии – человек, индивид, рассматриваемый как носитель уникальных характеристик, делающих его высшей ценностью Бытия. Этот многогранный

и сложный феномен впервые был введен в научный оборот К. Гольдштейном как основной и по существу единственный мотив в человеческой жизни.

В настоящее время наиболее актуальными являются теории самоактуализации А. Маслоу и К. Роджерса. Ученик К. Гольдштейна А. Маслоу использовал термин «самоактуализация» как «полноценное развитие личности» [126], предопределенное биологически. Это тенденция к реализации внутреннего потенциала личности, то есть самореализация ее потенций, стремление к максимальному раскрытию своих способностей, выступающее как наивысшая человеческая потребность.

К. Роджерс [127] указывает, что самоактуализация способствует развитию индивида в направлении все большей сложности, самодостаточности, зрелости и компетентности. Самоактуализация – это главный мотив человека, фундаментальный аспект человеческой природы, побуждающий человека двигаться к большей конгруэнтности и более реалистичному функционированию, являющийся основным источником жизни. Кроме этого, самоактуализация – это стремление стать собой, истинным, аутентичным и целостным.

Самоактуализация может быть определена как процесс реализации индивидуальности человека [128,129], в котором проявляются ее синтетические, интегрально целостные характеристики [126,130,131,132], направленные на более полное осуществление постоянно развивающегося потенциала человека через различные виды активности, в системе которых ведущую роль играет субъектная активность [133,134,135,136], при которой личность выстраивает связи с миром в соответствии с логикой своего внутреннего мира, когда самодетерминация преобладает над внешней детерминацией [126,137,127]. Самоактуализация рассматривается как интегральный критерий, операциональный аналог развития личностной зрелости [136] или прямо связывается с понятием «субъект» [138,139], с высшим уровнем развития индивидуальности – субъективной индивидуальностью [140].

1.5. Субъективно – личностное восстановление больных с психическими расстройствами

Функциональность психиатрии как социального института [141] в значительной мере связана с адекватностью и результативностью методологических подходов к научному познанию психических явлений. Характерный для естественных наук, а, следовательно, для биологически ориентированной психиатрии номотетический подход, направлен на поиск общих закономерностей внешних проявлений психических расстройств, их воспроизводимость и статистический учет. Применительно к личности – это способ объяснения и количественного измерения отдельных свойств личности, реализуемый в рамках классификационных подходов, диагностических стандартов, клинических проектов.

Гуманитарной (феноменологически – антропологической) ориентации психиатрии присущ идеографический подход к научному познанию психопатологии. Этот подход связан с описанием качественных характеристик уникальных и неповторимых явлений без каких-либо обобщений и классификаций. Личность и ее дисфункциональные состояния понимаются как уникальная и индивидуальная целостная система, доступная всестороннему качественному исследованию. Содержательные характеристики идеографического подхода к пациенту находят выражение в гуманизации психиатрической помощи, развитии психотерапевтических методов лечения, соблюдении и защите прав и законных интересов пациента [142].

Психотерапевты гуманистического направления считают, что каждая личность уникальна, индивидуальна и имеет потенциал для самоактуализации и выздоровления в случае болезни [143,144,145,146]. Такой подход явился основанием для разработки К.Р. Роджерсом и Р. Санфордом [145] клиентцентрированной психотерапии, основными чертами которой являются:

1. Определенные установки терапевта (проявление эмпатии, безусловного и безоценочного позитивного принятия клиента и конгруэнтного поведения терапевта) образуют необходимые и достаточные условия эффективной терапии.

2. Акцент в процессе терапии на феноменологическом мире клиента.

3. Терапевтический процесс ориентирован на изменения в переживаниях и достижение способности более полно жить в данный момент.

4. Внимание в большей степени к процессам изменения личности, а не к статической структуре.

5. Гипотеза о том, что одни и те же принципы психотерапии применимы ко всем людям, независимо от того, к какой клинической категории они отнесены – к психотикам, невротикам или психически здоровым.

6. Интерес к философским проблемам, вытекающим из практики психотерапии.

Таким образом, личностно – ориентированная модель психиатрии учитывает все критерии психического здоровья и все составляющие психического расстройства по версиям Всемирной организации здравоохранения и Международной статистической классификации-10; имеет четкую ценностно – гуманистическую направленность, ориентацию на развитие возможностей, выявление и раскрытие личностных ресурсов, здоровых (позитивных) сторон личности; обеспечивает (при надлежащем использовании медикаментозных и психотерапевтических методов) функциональное экзистенциально –личностное восстановление больных; разрушение и обесценивание стигмы, возвращение способности реализовывать свой потенциал; восстановление статуса адекватно – функционирующей личности; восстановление субъективного благополучия и качества жизни.

Эта модель является отражением современных биопсихосоциальных представлений о сущности психических расстройств, позволяет осознать важность их субъективных составляющих и расширить спектр терапевтических воздействий за счет экзистенциально – личностного восстановления больных.

Личностно – ориентированная психиатрия и ее концептуальные положения предполагают кардинальный пересмотр традиционных критериев выздоровления при психических расстройствах. Приоритетной становится проблема личностного (субъективно – личностного) восстановления или экзистенциально – личностной реабилитации больных. Ее цель – достижение оптимального уровня их функционирования, восстановления полноценной жизни как результата психотерапевтической работы, направленной на осознание и осмысление роли экзистенциальных аспектов в жизни человека, проработку субъективных переживаний и внутриличностных проблем с опорой на индивидуальные потребности человека, развитие и укрепление позитивных аспектов личности больного [13].

Новый подход к пониманию выздоровления при психических расстройствах был оформлен в виде концепции «recovery» (от английского восстановление). Сформировавшись вначале в общественном движении «бывших» пациентов, в последнее время она получила всеобщее признание и стала объектом анализа специалистов, занимающихся вопросами лечения, реабилитации и организации психиатрической помощи. [158,159,160,161,162,163,164,165,166,167]

Смысл понятия «выздоровление» меняется в зависимости от того, для кого этот термин интерпретируется, в каком контексте и в каких целях [147,148]. Для пациентов выздоровление – это путешествие к исцелению и трансформации, которое позволяет человеку с психическим расстройством жить осмысленной жизнью в обществе по своему выбору и стремиться к реализации своего потенциала [148]. Так, по мнению P.E. Deegan [150], «восстановление – это процесс, образ жизни, отношение к каждодневным

проблемам, при котором необходимо заново установить (восстановить) новое и полное чувство целостности и цели в пределах и за пределами ограниченных возможностей». Выздоровление происходит не только от психической болезни, но и от обреченного привыкания к стигме, от дискриминации и ощущения себя человеком второго сорта.

К сожалению, многочисленные программы и концептуальные подходы к реабилитации психически больных и методы психосоциального вмешательства [151,152,153,154,155,156,157] направлены на восстановление у больных удовлетворительного уровня социального функционирования, но не предусматривают восстановление субъективных личностных позиций человека относительно самого себя, не затрагивают высший, духовный ресурс человека. Это является прерогативой концепции «recovery» и экзистенциально – личностной реабилитации больных с психическими расстройствами [13,168,169,170,171,172,173,174,175,176].

Проблема recovery и потребительская модель личностно – социального восстановления являются одними из важных в психиатрии и касаются не только профессионалов, но и самих пациентов. Авторы многочисленных публикаций рассматривают recovery как психическое восстановление, которое достигается путем исцеления и преобразования человека с психической несостоятельностью к способности жить полноценной жизнью в сообществе по своему выбору при наличии стремления к полному использованию личностного потенциала [177,178,179,180,182]

Recovery – это процесс, который в основном фокусируется на оказании помощи пациентам в разработке и осуществлении новых личных целей и включает в себя приобретение или возвращение многих сторон жизни легко доступных здоровым людям. По определению Д.Г. Робертс и П. Вольфсон (2004) – это глубоко личностный уникальный процесс изменения установок, ценностей, чувств, целей, навыков, ролей человека, это способ жизни, подразумевающий плодотворную жизнь даже при наличии ограничений, связанных с болезнью.

Американская администрация служб злоупотребления психоактивными веществами и служб психического здоровья (US Substance Abuse, Mental Health Service Administration – SAMHSA) определяет recovery: как «психическое восстановление, которое достигается путем исцеления и преобразования человека с психической несостоятельностью к способности жить полноценной жизнью в сообществе по своему выбору при наличии стремления к полному использованию личностного потенциала». Это отражает приоритетность восстановления функционирования в различных сферах психической жизни, по сравнению с формальными показателями (тяжесть симптомов, стойкость ремиссии и другие). Такие же критерии выздоровления представлены в работах D.G. Roberts, P. Wolfson, [179] Гурович И.Я. и соавторы. [180]. Эти авторы предлагают радикальный пересмотр значения понятия выздоровления для лиц с тяжелыми психическими расстройствами и принятие нового определения выздоровления как «процесса открытия собственной личности или понимания как жить при сохранении симптоматики и уязвимости», что открывает возможность выздоровления для всех. Они утверждают, что пересмотр самой концепции повышает роль личности, возвращает ожидания лучшей жизни, несмотря на оставшиеся проявления болезни.

W.A. Anthony [183,184] отмечает, что личностного выздоровления можно достичь, даже если болезнь неизлечима, выздоровление происходит на фоне симптомов и снижения уровня жизнедеятельности, поэтому благополучие и болезнь нужно рассматривать как независимые переменные. W.A. Anthony [185,186] определил «recovery» как способность жить плодотворной, приносящей пользу другим жизнью, с возможностью продолжать трудовую деятельность или учебу, вести финансово независимую жизнь, развивать тесные социальные связи и реализовывать свой потенциал даже при наличии резидуальных симптомов».

И.Я. Гурович [180] отмечает, что термин «recovery» не может использоваться как равнозначный отсутствию заболевания или излечению.

Клиническое определение «recovery» - это объективный результат (исход) болезни, указывающий на отсутствие или смягчение симптомов и социальное восстановление больного; потребительское определение «recovery» связано с духовным выздоровлением, изменением ценностей, целей, смыслов и так далее, безотносительно от фактического состояния здоровья.

Таким образом, выздоровление при психических расстройствах целесообразно рассматривать с двух точек зрения: с объективной (с позиции специалиста, членов семьи, общества) и субъективной (с точки зрения самого пациента). В первом случае суть данного процесса сводится к объективно регистрируемым эффектам клинического и функционального восстановления пациента. Во втором случае, при рассмотрении выздоровления «изнутри» самого пациента, его глазами, мыслями, чувствами и самоощущениями – оно представляет собой динамический процесс субъективного выздоровления личности на когнитивном, эмоциональном, экзистенциальном и поведенческом уровнях, избавление от негативных последствий стигматизации, дистресса, душевного страдания, привнесенного психическим расстройством и «жизнью с болезнью», правильное понимание и использование смысла опыта болезни, результатом чего является обретение надежды, смысла жизни, восстановление нарушенной болезнью самоидентичности.

Представленные в настоящем обзоре данные о роли различных составляющих личностного потенциала (ресурсов личности) как феноменов, направленных на активацию внутренних процессов структурирования личности и перестройку ее духовной сферы, в формировании дисфункциональных состояний (дезорганизации) личности, открывает возможность для формирования нового в психиатрии мировоззренческого подхода, который заключается в оценке и интерпретации состояния больного со стороны его собственной ресурсности, ценностно – смысловых оснований и копинг – стратегий. Это делает актуальным и разработку модели экзистенциально – личностной реабилитации больных с различными

регистрами психических расстройств и типовыми формами дезорганизации личности.

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННОГО КОНТИНГЕНТА. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика обследованного контингента

Использованный автором настоящего исследования личностно-ориентированный подход как концептуальная модель структурно – диагностического рассмотрения психических расстройств психотического и невротического регистров предполагал разделение обследованного контингента больных на группы в зависимости от уровня их личностной дезорганизации. Целостность личности при этом выступала как системообразующий фактор, лежащий в основе дисфункциональных проявлений в психической сфере.

Исследование проводилось на базе отделений Психиатрической больницы города Макеевки. Организация и функционирование отделений позволяли в полном объеме реализовать задачи исследования, в частности, осуществлять диагностические и реабилитационные процедуры, индивидуальные и групповые психотерапевтические и психосоциальные вмешательства. В проведении общих реабилитационных мероприятий, помимо автора настоящего исследования, принимали участие психотерапевты и медицинские психологи.

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

– диагноз психического расстройства, установленный в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10-й пересмотр);

- уровень дезинтеграции личности, установленный на основании данных структурного диагностического интервью;
- информированное согласие пациента на участие в исследовании.

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

В качестве базовых критериев для клинической идентификации больных с невротическим регистром психических расстройств использовались следующие:

- сохранение пациентом способности к реалистическому отображению действительности. Искажение общей картины мира и отдельных сторон жизни возможны, но они до известной степени доступны коррекции прошлым и настоящим опытом;
- адекватное в целом социальное поведение, базирующееся на учете реальных отношений и доминировании более или менее адекватных тенденций личности;
- полное или, во всяком случае, отчетливое понимание пациентом факта имеющихся у него психических отклонений, осознанное стремление к их преодолению и компенсации.

В качестве базовых критериев для клинической идентификации больных с психотическим регистром психических расстройств использовались следующие признаки:

- коренное, радикальное искажение картины реального мира в сознании пациента;
- тяжелые нарушения поведения, связанные с неспособностью пациента считаться с требованиями реальности и здоровыми тенденциями собственной личности;

- непонимание пациентом факта собственного психического расстройства или, иными словами, отсутствие критического отношения к заболеванию – анозогнозия.

Распределение больных с различными уровнями дезорганизации личности по диагностическим категориям Международной классификации болезней -10 было следующим:

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

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

Психотическая дезорганизация личности (60 человек) – F23 острое полиморфное расстройство без симптомов шизофрении – 10 человек; F25 шизоаффективное расстройство – 4 человека; F20 параноидная шизофрения – 32 человека; F21 шизотипическое расстройство – 8 человек; F22 хроническое бредовое расстройство – 6 человек.

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

заболеваниями психотического регистра наблюдался наиболее высокий, психотический уровень личностной дезорганизации.

Основные социально – демографические характеристики обследованного контингента больных представлены в таблице 1.

Таблица 1- Распределение больных по основным социально-демографическим характеристикам

Социально-демографические характеристики		Общие данные	Больные с невротической дезорганизацией личности	Больные с пограничной дезорганизацией личности	Больные с психотической дезорганизацией личности
Пол	Мужчины	82 (54,67%)	25 (50,0%)	18 (45%)	39 (65%)
	Женщины	68 (45,33%)	25 (50,0%)	22 (55%)	21 (35%)
Возраст	До 20 лет	15 (10%)	6 (12%)	3 (7,5%)	6 (10%)
	21-30	44 (29,33%)	14 (28%)	11 (27,5%)	19 (31,67%)
	31-40	49 (32,67%)	12 (24%)	16 (40%)	21 (35%)
	41-50	31 (20,67%)	13 (26%)	7 (17,5%)	11 (18,33%)
	Старше 50 лет	11 (7,33%)	5 (10%)	3 (7,5%)	3 (5%)
Семейный статус	Холост (не замужем)	87 (58%)	30 (60%)	20 (50%)	37 (61,67%)
	Женат (замужем)	39 (26%)	12 (24%)	14 (35%)	13 (21,67%)
	Разведен (а)	20 (13,33%)	7 (14%)	5 (12,5%)	8 (13,33%)
	Вдовец (вдова)	4 (2,67%)	1 (2%)	1 (2,5%)	2 (3,33%)
Образование	Высшее	33 (22%)	11 (22%)	9 (22,5%)	14 (23,33%)
	Ср. специальное	68 (45,33%)	24 (48%)	19 (47,5%)	24 (40%)
	Среднее	49 (32,67%)	15 (30%)	12 (30%)	22 (36,67%)
Социальный статус	Специалист	20 (13,33%)	10 (20%)	6 (15%)	4 (6,67%)
	Рабочий	25 (16,67%)	12 (24%)	6 (15%)	8 (13,33%)
	Безработный	105 (70%)	28 (56%)	28 (70%)	48 (80%)
Трудоспособность	Трудоспособен	142 (94,67%)	50 (100%)	40 (100%)	52 (86,7%)
	Инвалид II гр.	3 (2,0%)	-	-	3 (5%)
	Инвалид III гр.	5 (3,33%)	-	-	5 (8,3%)

С учетом значительной роли стрессогенных факторов в возникновении и развитии психических расстройств, многоосевой версии Международной классификации болезней-10 и концептуальной личностно – ориентированной направленности настоящего исследования проведен анализ и определена

частота встречаемости у больных с различным уровнем дезорганизации личности обобщенных контекстуальных или социально – дезадаптирующих факторов, оказывающих негативное влияние на уровень их функциональных возможностей и размещенных в XXI главе (Z00 – Z99) Международной классификации болезней-10 (таблица 2).

Представленные в таблице 2 данные свидетельствуют о том, что контекстуальные факторы, отображающие дефицитарность поддержки в социально значимых сферах, у лиц с пограничным и особенно психотическим уровнем дезорганизации личности встречались существенно чаще, чем у больных с невротическим типом личностной дезорганизации. Эти контекстуальные факторы или факторы окружающей среды могут рассматриваться с позиции дезадаптирующих социальных влияний на уровень жизнедеятельности и возможности реализации ими собственных ресурсов. Они также играют одну из ведущих ролей в формировании тех или иных форм дезорганизации личности, тесно связанной с микросоциальным окружением.

Таблица 2 - Оценка ресурса поддержки больных с различным уровнем дезорганизации личности в социально значимых сферах (контекстуальные факторы Международной классификации болезней-10)

Контекстуальные (социально-дезадаптирующие) факторы	Невротическая дезорганизация личности	Пограничная дезорганизация личности	Психотическая дезорганизация личности
Z55 – проблемы, связанные с образованием и воспитанием	36,5 ± 2,4%	47,3 ± 3,1%	63,2 ± 3,7%
Z56 – проблемы, связанные с трудовой деятельностью, безработицей и отсутствием реальной возможности для трудоустройства	27,6 ± 1,9%	41,6 ± 2,4%	77,6 ± 2,9%
Z59 – проблемы, связанные с домашними и	34,7 ± 2,24%	47,1 ± 1,9%	81,4 ± 3,26%

экономическими обстоятельствами			
Z60 – проблемы, связанные с социальным окружением (проживание в одиночестве, соц. отвержение, объект дискриминации)	$28,6 \pm 2,2\%$	$34,5 \pm 1,16\%$	$79,6 \pm 2,24\%$
Z63 – проблемы, связанные с первичной поддержкой окружающих, включая семью (проблемы во взаимоотношениях, неадаптивная семейная поддержка, распад семьи)	$37,4 \pm 1,84\%$	$44,6 \pm 1,9\%$	$67,4 \pm 2,19\%$
Z64 – проблемы, связанные с определенными семейными обстоятельствами	$24,5 \pm 1,34\%$	$39,4 \pm 1,29\%$	$61,7 \pm 2,28\%$
Z72 – проблемы, связанные с образом жизни (употребление табака, алкоголя, недостаточная активность, недостаточное питание)	$27,16 \pm 1,28\%$	$44,6 \pm 1,9\%$	$58,3 \pm 2,24\%$
Z75 – проблемы, связанные с затруднением в решении повседневных жизненных вопросов	$31,2 \pm 2,34\%$	$51,7 \pm 2,28\%$	$85,4 \pm 3,11\%$

В соответствии с задачами исследования для комплексной оценки эффективности экзистенциально – личностной реабилитации обследованы две группы больных: основная группа – 35 человек с психотическим типом дезорганизации личности и 29 человек – с невротически типом личностной дезорганизации и группа сравнения – соответственно 30 и 25 больных с сопоставимыми гендерно – возрастными и клинико – динамическими характеристиками заболеваний. Медицинская тактика в основной группе включала, помимо психофармакологического лечения, активное использование специальных личностно – ориентированных тренинговых

психотерапевтических процедур. В группе сравнения терапевтическая тактика ограничивалась использованием только медикаментозного лечения.

2.2. Методы исследования

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

Клинико – психопатологический метод заключался в общепринятом классическом подходе к психиатрическому обследованию больных и содержал традиционный опрос, анализ психического состояния и диагностику в соответствии с критериями Международной классификации болезней-10.

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

При определении типа дезорганизации личности мы исходили из критериев, разработанных О. Кернбергом [10] и методически оформленных в виде структурного диагностического интервью, направленного на познание субъективного мира человека. Интервью позволяло установить связь между особенностями организации личности и общим психическим поведением пациента, между взаимодействием пациента и психиатра, определить

способности к личностной интеграции в противоположность патологической диффузии личности, выявить зрелые или примитивные механизмы защиты, определить степень способности к восприятию реальности.

Учитывались следующие критерии интеграции личности:

1. Степень интеграции идентичности человека – уровень развития способности воспринимать положительные и отрицательные стороны своей личности и других значимых людей, как одно целое, способность соотнести себя по половым признакам к определенному полу, умение давать себе и другим полную развернутую характеристику.

2. Уровень функционирования защитных механизмов – использование различных психологических защит для адаптации в социуме, проживания непривычной или неожиданной, непрогнозируемой для них ситуации; ведущие индивидуальные защитные механизмы являются наиважнейшим способом взаимодействия с внешним миром и с событиями, происходящими с ним.

3. Способность к тестированию реальности – понимание, что было на самом деле, а что дорисовала собственная фантазия; отсутствие бреда, галлюцинаций, способность различать свои и чужие мысли, отделять себя от других (Я и не-Я), отличать внутриспсихическое от внешних источников переживаний, способность критически относиться к своим аффектам, неадекватному поведению, алогичному мышлению, если таковые имеют место, иметь наблюдающее и переживающее Я, то есть способность к рефлексии.

На основе данных критериев осуществлялась дифференциация типов (уровней) структурной дезорганизации личности с выделением трех ее типов: невротического, пограничного и психотического.

Невротический уровень: интегрированная идентичность. Целостная Я-концепция и целостные образы значимых других. В некоторых случаях у нарциссической личности пограничного уровня Я-концепция может быть

целостной, патологической и несущей черты влечения. При этом недостаточная интеграция концепции значимых других.

Пограничный уровень: диффузная идентичность. Примитивные защитные механизмы (преимущественно расщепление). Способность к тестированию реальности. Интерпретация примитивных защитных механизмов, а также конфронтация и прояснение временно увеличивают уровень функционирования. Способны к интроспекции и инсайту относительно причин своего противоречивого поведения. Граница Эго установлена (есть четкий барьер между я и другим), однако существует явная диссоциация между «хорошим» и «плохим» Я и объект репрезентациями, которая защищает любовь и «хорошее» от разрушения берущей верх ненавистью и «плохом». Такие пациенты имеют тенденцию смешивать информацию о своем прошлом со своими актуальными трудностями.

Психотический уровень: примитивные защитные механизмы (преимущественно расщепление). Неспособность к тестированию реальности. Интерпретация примитивных защитных механизмов приводит к еще большей дезорганизации. Границы эго зыбкие или отсутствуют.

Ресурсы устойчивости и уровень самоактуализации личности как меры психологического благополучия/неблагополучия изучались при помощи валидизированных и стандартизированных личностных опросников, разработанных сотрудниками кафедры психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова под руководством профессора Д.А. Леонтьева. Используемые методики позволили комплексно оценить уровень дезорганизации различных составляющих личностного потенциала и субъективно воспринимаемой проблемности жизненных ситуаций, связанных с болезнью (жизни с болезнью).

Уровень самоактуализации как базовой характеристики личностного потенциала измерялся при помощи «Самоактуализационного теста» – опросника личностных ориентаций Э. Шострома (Personal Orientation Inventory, E. Shostrom), созданного в 1963 году. В его основе лежат идеи

самоактуализации А. Маслоу и других теоретиков экзистенциально – гуманистического направления в психологии. Шкалы (или составляющие) опросника характеризуют основные сферы самоактуализации.

Методика была адаптирована сотрудниками кафедры социальной психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, М.В. Загика, М.В. Кроз), в результате создан «Самоактуализационный тест». Опросник состоит из 14 шкал, 126-ти пунктов, каждый из которых включает два суждения ценностного или поведенческого характера. Испытуемому предлагается выбрать то из них, которое в большей степени соответствует его представлениям или привычному способу поведения.

Самоактуализационный тест измеряет самоактуализацию по двум независимым друг от друга базовым шкалам (ориентации во времени и поддержки) и 12-ти дополнительным.

Базовые шкалы:

Шкала ориентации во времени (Ic) – 17 пунктов. Измеряет способности человека жить настоящим (переживать текущий момент своей жизни во всей его полноте).

Шкала поддержки (I) – 91 пункт. Измеряет степень независимости ценностей и поведения субъекта от воздействия извне («внутренняя/внешняя поддержка»).

Дополнительные шкалы. В отличие от базовых, измеряющих глобальные характеристики самоактуализации, дополнительные шкалы ориентированы на регистрацию отдельных ее аспектов. Для дополнительных шкал высокий балл характеризует высокую степень самоактуализации.

Блок ценностей:

Шкала ценностной ориентации (Sav) – 20 пунктов. Измеряет, в какой степени человек разделяет ценности, присущие самоактуализирующейся личности.

Шкала гибкости поведения (Ex) – 24 пункта. Диагностирует степень гибкости человека в реализации своих ценностей в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, способность быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию.

Блок чувств:

Шкала сензитивности (Fr) – 13 пунктов. Определяет, в какой степени человек отдает себе отчет в своих потребностях и чувствах, насколько хорошо их рефлексировывает.

Шкала спонтанности (S) – 14 пунктов. Измеряет способность человека спонтанно и непосредственно выражать свои чувства.

Блок самовосприятия:

Шкала самоуважения: (Sr) – 15 пунктов. Диагностирует способность человека ценить свои достоинства, положительные качества характера, уважать себя за них.

Шкала самопринятия (Sa) – 21 пункт. Отражает степень принятия человеком себя таким, каков он есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков (возможно, и вопреки им).

Блок концепции человека:

Шкала представлений о природе человека (Nc) – 10 пунктов – свидетельствует о склонности испытуемого в целом положительно воспринимать природу человека («люди скорее добры»).

Шкала синергии (Sy) – 7 пунктов. Определяет способность человека к целостному восприятию мира и людей, к пониманию связанности противоположностей, таких как игра и работа, телесное и духовное и др.

Блок межличностной чувствительности:

Шкала принятия агрессии (A) – 16 пунктов – свидетельствует о способности человека принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы.

Шкала контактности (C) – 20 пунктов – характеризует способность человека к быстрому установлению глубоких, тесных и эмоционально насыщенных контактов с людьми.

Блок отношения к познанию:

Шкала познавательных потребностей (Cog) – 11 пунктов. Определяет степень выраженности у человека стремления к приобретению знаний об окружающем мире.

Шкала креативности (Cr) – 14 пунктов. Характеризует выраженность творческой направленности личности.

Каждый пункт теста входит в одну или более дополнительных шкал и, как правило, в одну базовую.

При использовании теста для индивидуальной диагностики «сырые» результаты переводятся в стандартные Т-баллы, на основе которых составляются профильные бланки. Завершается исследование построением индивидуального профиля, отражающего высокий, средний и низкий уровень самоактуализации.

Психологические ресурсы личности изучались при помощи шкалы психологического благополучия К. Рифф, методики ценностных ориентаций Рокича, методики исследования социальной фрустрированности, теста «Смыслжизненные ориентации» Д. А. Леонтьева, опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, опросника копинг – поведение в стрессовых ситуациях» С. Нормана, а также теста жизнестойкости Рассказовой.

Шкала психологического благополучия К. Рифф.

Методика представляет собой адаптацию на русском языке - вариант англоязычной методики «Ryff Scales of Psychological Well-Being, RPWB», предназначенный для определения уровня психологического благополучия и определения характера соотношения его компонентов. Понятие «психологического благополучия» относится к экзистенциально –

гуманистической психологии и означает субъективное самоощущение целостности и осмысленности человеком своего бытия.

Опросник адаптирован Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко (2005), состоит из 84 пунктов, включает 7 шкал и интегральный показатель. Содержательная интерпретация опросника осуществлялась по шкалам: «позитивное отношение к другим», «автономия», «управление средой (окружением)», «личностный рост», «цели в жизни», «самопринятие», «психологическое благополучие». В качестве нормативных значений использовались показатели шкал для лиц от 35 до 55 лет. Оценка осуществлялась по 6-ти бальной системе. Определялись три уровня показателей психологического благополучия: низкие, средние и высокие.

Методика ценностных ориентаций М. Рокича.

Опросник позволяет исследовать направленность личности и определить ее отношение к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, восприятие мира, ключевые мотивы поступков, основу «философии жизни».

Исследовалось 18 терминальных ценностей, которыми определяются убеждения в том, что какая – то конечная цель индивидуального существования с личной и общественной точек зрения заслуживала того, чтобы к ней стремиться:

1. – жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом);
2. – активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни);
3. – здоровье (физическое и психическое);
4. – интересная работа;
5. – красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве);
6. – любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком);

7. – материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений);

8. – наличие хороших и верных друзей;

9. – общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе);

10. – познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие);

11. – продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей);

12. – развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование);

13. – развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей);

14. – свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках);

15. – счастливая семейная жизнь;

16. – счастье других (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом);

17. – творчество (возможность творческой деятельности);

18. – уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).

Полученная в результате исследования индивидуальная иерархия ценностей разделялась на группы: предпочитаемые (значимые) ценности – ранги с 1 по 6; индифферентные (безразличные) ценности – ранги 7 – 12; отвергаемые (незначимые) ценности – 13 – 18 ранги иерархии.

Методика исследования социальной фрустрированности.

Опросник представляет собой оригинальный исследовательский инструмент, разработанный для оценки социального благополучия, в том числе социальной составляющей качества жизни. Разработан в 2004 году в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и

неврологии им. В.М. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым и М.А. Беребиным. По данным этой методики оценивается условно «абсолютная» степень выраженности «удовлетворенности – неудовлетворенности» в сфере отдельно рассматриваемого отношения и общий уровень социальной фрустрированности. Опросник содержит 5 основных направлений или блоков шкалы по 4 позиции в каждом:

- удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими (с женой, мужем, родителями, детьми);
- удовлетворенность ближайшим социальным окружением (друзьями, коллегами, начальством, противоположным полом);
- удовлетворенность своим социальным статусом (образованием, уровнем профессиональной подготовки, сферой профессиональной деятельности, работой в целом);
- социально – экономическим положением (материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, проведением свободного времени и отдыха, своим положением в обществе);
- своим здоровьем и работоспособностью, своим образом жизни в целом).

Больший балл соответствует большей неудовлетворенности, как по отдельным градациям признаков, так и по шкале в целом.

Таким образом, каждый испытуемый, заполнивший шкалу, может быть охарактеризован условным профилем оценок 20 обозначенных сфер отношений, что позволяет определить зоны наибольшей и наименьшей социальной фрустрированности и, тем самым, конфликтных отношений.

Тест «Смыслжизненные ориентации», методика Д.А. Леонтьева позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни.

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

На основе факторного анализа адаптированной Д.А. Леонтьевым версии этой методики отечественными исследователями (Д.А. Леонтьев, М.О. Калашников, О.Э. Калашникова) был создан тест «Смыслоразностные ориентации», включающий, наряду с общим показателем осмысленности жизни, также пять субшкал, отражающих три конкретных смыслоразностных ориентации (цели в жизни, насыщенность жизни и удовлетворенность самореализацией) и два аспекта локуса контроля (локус контроля -Я и локус контроля-жизнь).

Данная методика представляет собой 20 симметричных шкал – вопросов, состоящих из пары целостных альтернативных предложений с одинаковым началом. Показатели теста включают в себя общий показатель осмысленности жизни, а также пять субшкал, отражающих три конкретные смыслоразностные ориентации и два аспекта локуса контроля:

1. «Цель в жизни». Характеризует целеустремленность, наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

2. «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни». Определяет удовлетворенность своей жизнью в настоящем, восприятие процесса своей жизни как интересного, эмоционально насыщенного и наполненного смыслом. Содержание этой шкалы совпадает с представлением о том, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить.

3. «Результативность жизни и удовлетворенность самореализацией». Измеряет удовлетворенность прожитой частью жизни, оценку пройденного

отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть.

4. «Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни)». Характеризует представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле, контролировать события собственной жизни.

5. «Локус контроля – жизнь или управляемость жизни». Отражает убежденность в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, убежденность в том, что жизнь человека подвластна сознательному контролю.

Тест смысложизненных ориентаций содержит 20 пар противоположных утверждений, отражающих представление о факторах осмысленности жизни личности.

В тесте смысложизненных ориентаций жизнь считается осмысленной при наличии целей, удовлетворении, получаемом при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из наличных и добиваться результатов. Важным является ясное соотнесение целей – с будущим, эмоциональной насыщенности – с настоящим, удовлетворения – с достигнутым результатом, прошлым.

Инструментальные (операциональные) ресурсы личности, относящиеся к характеристикам фиксированных способов реагирования (автоматизированным операциям, использующих копинговые механизмы) изучались с помощью методик, предназначенных для оценки стратегий и моделей копинга, как типов реакций личности человека по преодолению стрессовых ситуаций.

Опросник «Способы совладающего поведения» Р.Лазаруса.

Опросник состоит из 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации и позволяющих определить копинг –

механизмы или способы преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности.

Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизирована в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым и другими. Авторы методики исходили из того, что совладание с жизненными трудностями есть постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы.

Утверждения опросника сгруппированы в 8 шкал, отражающих различные типы индивидуального реагирования (адаптивного и дезадаптивного) в проблемных ситуациях:

Стратегия конфронтации предполагает попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями.

Стратегия дистанцирования предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и так далее.

Стратегия самоконтроля предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию.

Стратегия поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия.

Стратегия принятия ответственности предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения.

Стратегия бегства – избегания предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и так далее. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя и тому подобное, с целью снижения мучительного эмоционального напряжения. Большинство исследователей эта стратегия рассматривается как неадаптивная, однако это обстоятельство не исключает ее пользы в отдельных ситуациях, в особенности в краткосрочной перспективе и при острых стрессогенных ситуациях.

Стратегия планирования решения проблемы предполагает попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей.

Стратегия положительной переоценки предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием.

Опросник «Копинг – поведение в стрессовых ситуациях» (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS). Методика разработана С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М. И. Паркер; адаптация Т.Л. Крюковой. Методика включает перечень заданных реакций (48 позиций) на стрессовые ситуации и нацеленных на определение доминирующих копинг – стрессовых поведенческих стратегий.

Тест позволяет выявить показатели по следующим шкалам:

- копинг, ориентированный на решение задачи.
- копинг, ориентированный на эмоции.
- копинг, ориентированный на избегание.

Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью методов статистического анализа стандартными параметрическими и непараметрическими методами. Использовался компьютерный пакет лицензионных программ Statistica. Вычислялись значения среднего арифметического ($\bar{X}$) и стандартной ошибки среднего (m). В случае сравнения двух выборок, когда распределение не отличалось от нормального, для сравнения средних значений количественных показателей использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение отличалось от нормального – критерий Вилкоксона. Расчет производился с достоверностью $p \leq 0,05$.

РАЗДЕЛ 3. СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕГИСТРАМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Традиции отечественной биологически ориентированной психиатрии концептуализируют все психические расстройства в зависимости от уровня мозговой дисфункции в рамках дихотомии «невроз – психоз» или как не имеющих четких разграничительных критериев заболеваний невротического и психотического регистров, не выделяя при этом специфики индивидуально – личностных характеристик больных [1]. Однако, начиная с 2005 года Всемирная психиатрическая ассоциация взяла курс на практическое внедрение принципов гуманитарного, личностно – ориентированного подхода, который делает основной мишенью при оказании психиатрической помощи личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях [2]. С тех пор осуществляются попытки интегрированного понимания расстройств с позиции нарушения ресурсных возможностей личности, отражающих внутреннюю, субъективную составляющую адаптивного функционирования, душевного благополучия и смысложизненных ориентаций больных [4,6,192,208].

В качестве основополагающего и системообразующего понятия, отражающего уровень индивидуальной дисфункциональности личности при психических расстройствах, обоснованным можно считать использование понятия «дезорганизация личности» как индикатора нарушения субъективного внутреннего мира человека [8,9]. На основании критериев степени интеграции идентичности, уровня психологических ресурсов и уровня тестирования реальности были выделены три уровня дезорганизации личности: невротический, психотический и пограничный [10,11].

Среди различных методологических подходов к изучению психического состояния человека особое место занимают методы

исследования личности, опирающиеся на анализ и интерпретацию диалогового взаимодействия врача и пациента. К таким методам в первую очередь относятся метод психоаналитического понимания структуры личности в клиническом процессе (метод Н. Мак-Вильямс) и структурное диагностическое интервью О. Кернберга.

Для изучения уровня личностной дезорганизации использовался структурный подход (интегративное структурное интервью) О. Кернберга, основанное на взаимодействии пациента и врача. Оно позволило описать взаимосвязь между структурными производными интернализованных объектных отношений личности и различными уровнями организации психического функционирования, а также оценить основные симптомы, конфликты, проблемы и положительные качества пациента. В ряде случаев психологическое структурное тестирование было более результативным, чем клиническое интервью и существенно дополнило поведенческие и феноменологические характеристики пациента.

Кроме того, структурное интервью давало возможность исследовать то, как пациент воспринимает врача и насколько пациенту трудно чувствовать эмпатию к стремлению врача собрать в единый образ восприятие пациентом врача. Другими словами, структурное интервью представляет собой ситуацию исследования, в которой можно изучать и тестировать степень интеграции Я и восприятия объектов.

Использование личностно – ориентированной методологии и интегративных подходов, охватывающих важнейшие теории формирования личности представляет принципиальную новизну в сравнении с тем дискретно – описательным диагностическим подходом, который, в силу известных исторических и общественных обстоятельств, укоренился в отечественной психиатрии и клинической практике. Если описательный подход опирается на принципы определения симптомов и наблюдаемое поведение, то структурное диагностическое интервью О. Кернберга позволяет обеспечить построение «диагностической системы координат»,

отражающей определенный уровень развития личности, означающий, что данному человеку свойственен определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства.

Любое психическое расстройство создает определенную напряженность, которая влечет за собой комплекс проявлений структурной и защитной организации психических функций человека, обеспечивая тот или иной уровень стабилизации психического состояния. Задача исследователя при проведении структурного интервью заключается в том, чтобы пациент проявил патологию организации психических функций. Для этого в совместной работе с пациентом использовались механизмы прояснения переживаний, конфронтация неопределенной и противоречивой информации, предоставленной пациентом и интерпретации – исследование идентичности действующих защитных механизмов и уровня тестирования реальности.

Структурное интервью включает три фазы:

1. Начальная фаза: определение уровня тестирования реальности, способности различать Я и не Я, отличать внутриспсихическое от внешнего источника восприятия, оценивать свои аффекты, поведение и мысли с точки зрения социальных норм обычного человека. Выражается в способности пациента переживать эмпатию к тому, как терапевт воспринимает неадекватные явления при взаимодействии с пациентом (то есть к психической реальности другого человека).

- а) пациенту предлагают кратко рассказать о причинах, заставивших его обратиться к врачу, о том, чего он ждет от терапии, о его главных симптомах, проблемах и трудностях. Способность запоминать вопросы и отвечать на них ясно и цельно говорит о развитой сфере ощущения, хорошей памяти и нормальном уровне интеллекта;

- б) пациенту предлагают рассказать о себе как о человеке, описать взаимоотношение с наиболее значимыми людьми, рассказать о своей жизни,

учебе или работе, семье, сексуальной жизни, о том, как он проводит свободное время. Способность спонтанно говорить таким образом о себе – признак хорошей способности к тестированию реальности. Большинство психотиков не способны ответить на открытый вопрос, поскольку для этого требуется эмпатия по отношению к обычным аспектам социальной реальности;

в) пациенту предлагают объяснить, почему у врача возникает чувство, что в его рассказе были странные или озадачивающие аспекты. Если пациент в состоянии — это сделать, это означает способность к тестированию реальности, то есть эмпатии к переживаниям врача.

На этой же фазе выясняется способность пациента понять серию вопросов и выяснить насколько он осознает свои нарушения, хочет ли избавиться, насколько реалистичны его ожидания.

2. Средняя фаза (исследование идентичности) включает:

а) исследование сложностей пациента в сфере межличностных отношений, адаптации к окружению, как он воспринимает свои психологические нужды;

б) исследование способности к интроспекции. Определяется тем, насколько пациент может размышлять над наблюдениями, которыми с ним делится терапевт;

в) получение сведений о противоречивых чертах Я или о противоречии образа пациента образу, который построил врач.

3. Заключительная фаза: оценивается мотивация пациента по отношению к диагностическому процессу и лечению, обсуждается окончательное решение о состоянии пациента и программе по лечению и реабилитации.

Вся процедура занимает 1,5 часа (2 сеанса по 45 минут с интервалом между ними в 10-15 минут). Решаются три важные задачи: 1) исследование субъективного мира пациента; 2) наблюдение за поведением пациента во взаимодействии с ним; 3) внимание к собственным эмоциональным реакциям

пациента. Эти задачи связаны с построением Я – образа пациента. Врач оценивает все неадекватные проявления в эмоциях, мышлении и поведении пациента, готовится обсудить с ним свои наблюдения, ведет себя тактично, наблюдая за тем, насколько пациент эмпатичен по отношению к нему.

В процессе использования базисных элементов структурного интервью О. Кернберга при обследовании больных с различными регистрами психических расстройств было выделено три типа личностной дезорганизации или дезорганизации психического функционирования:

1. Невротический (интегрированный) тип личностной дезорганизации.
2. Пограничный (диффузно – фрагментарный) тип личностной дезорганизации.
3. Психотический (дезинтегрированный, кризисный) тип личностной дезорганизации больных.

Все типы личностной дезорганизации в рамках личностного подхода к диагностике рассматривались как самостоятельные диагностические категории, отличающиеся друг от друга. При этом анализировались содержательные (качественные) характеристики структурных элементов личности.

В качестве системного понятия и базового критерия для оценки уровня личностной дезорганизации (уровня дезорганизации психического функционирования) использовалось понятие идентичности (Я-концепции), как динамическое, развивающееся структурное, многоуровневое, сложноорганизованное, целостное, процессуальное образование, как процесс переживания человеком своего Я как ему принадлежащего, то есть переживание тождественности самому себе, своему Я.

Идентичность представляет собой особую психическую реальность, которая совмещает психологический, социальный, культурологический и биологический аспекты, объединенные в единую целостность, которая переживается как тождественность Я во времени и пространстве, и

поддерживается, и разделяется значимыми другими. Идентичность – это условие психического здоровья и достаточно зрелой личности [12].

Идентичность как динамическое свойство личности можно рассматривать как структуру и как функцию, как процесс и как результат. Структурно – динамический анализ идентичности предполагает наличие структурных компонентов и сложно интегрированных связей между ними. Структурность и целостность, динамичность и стабильность – таковы диалектические свойства идентичности. Только наличие одновременно этих противоречивых свойств дает возможность говорить о существовании подлинной, целостной идентичности.

Для теоретической интерпретации структурных особенностей идентичности при различных уровнях личностной дезорганизации использовались следующие фундаментальные положения: концепция «позитивного психического здоровья» (К. Роджерс, А. Маслоу, Дж. Бьюдженталь, В. Франкл), концепция идентичности как необходимого условия психического здоровья (Э. Эриксон), статусная модель идентичности (Дж. Марсиа). На этой теоретической основе были уточнены содержательные (качественные) характеристики каждого уровня интеграции идентичности.

Защитные механизмы у обследуемого контингента больных играли не только дезадаптивную роль (по своей природе они искажают восприятие реальности, фальсифицируют действительность), но и способствовали адаптации и преодолению жизненных трудностей, путем снижения эмоциональной напряженности и предотвращения дезорганизации поведения, сознания и психики в целом.

В связи с этим защитные механизмы, функционирующие у больных с различными регистрами психических расстройств и личностной дезорганизации, были разделены на две группы: 1) компенсаторный набор, включавший относительно зрелые механизмы психологической компенсации (рационализация – интеллектуализация, замещение, идентификация), которые способствуют компенсации клинических проявлений психического

расстройства и 2) декомпенсирующий набор, представленный комплексом различных, примитивных защитных стратегий, усугубляющих симптоматику (вытеснение, отрицание, проекция, регрессия, расщепление). Основные функции защит: а) незрелых (примитивных) – установление границ между человеком и окружающим миром; б) зрелых – установление границ между Эго, Суперэго и Ид, или между наблюдающей и переживающей частью Эго.

«Рационализация – интеллектуализация» – защитный механизм ухода из мира восприятий и аффектов в мир слов и абстракций, правдоподобных объяснений своего поведения и переживаний в ответ на неприятную или субъективно неприемлемую ситуацию. Если интеллектуализация лишь количественно снижает возможность эмпатического вчувствования в правильно идентифицируемое состояние индивидуума, то внешне правдоподобные, но неверные объяснения при рационализации имеют целью увести собеседника от распознавания качественной составляющей скрываемой субъектом эмоции.

«Замещение» – действие этого защитного механизма проявляется в разряде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступны, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции. В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникающее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению цели. В этой ситуации повышается вероятность совершения больным неожиданных, подчас бессмысленных действий, которые разрешают внутреннее напряжение.

«Идентификация» (компенсация) – механизм психологической защиты и компенсаторного повышения самоутверждения путем отождествления себя с какими – то навыками, качествами, характеристиками, установками отдельных лиц или групп людей, избранных образцами для подражания. При этом само по себе подражание не осознается, субъект его отрицает и настаивает на том, что он от природы наделен такими качествами.

Иллюзорное заимствование этих качеств является компенсаторным преодолением дефицитарности самооценки. Идентификация является механизмом, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой – либо эмоционально – личностной недостаточности, с помощью такой подмены объекта, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало этот дефицит.

«Вытеснение» – наиболее частый способ незрелой психологической защиты, характеризующийся удалением из сознания конфликтогенной эмоционально болезненной информации, как правило, потенциально угрожающей самооценке, чувству собственной ценности. Другими словами, «вытеснение» — это механизм защиты, посредством которого неприемлемые, вызывающие тревогу мысли, чувства становятся бессознательными. При этом вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты. При психотической дезорганизации личности «вытеснение» рассматривалось как «инкапсулирование», «изоляция» психопатологических переживаний от здоровых сторон психики.

«Проекция» – защитный механизм, посредством которого неосознаваемые или неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне и приписываются другим людям. Фиксация вовне, на окружающих вызывает у пациента искусственное ощущение непринадлежности этих переживаний себе, делая их переносимыми. Необходимость защиты от осознания принадлежности себе проецируемого содержания фиксирует субъекта на отношениях с объектом, вынуждает его постоянно заниматься им, обвинять и защищаться.

«Отрицание» – форма психологической защиты, при которой отрицается существование внешней реальности, своих переживаний, действий, намерений, достоверно очевидных для окружающих. Основной

функцией отрицания является защита от негативных эмоций, связанных с признанием существования внешней угрозы, неприемлемого побуждения и тому подобное. Индивидум автоматически отказывается признать существование воспринимаемой им реальности, выдавая желаемое за действительное.

«Регрессия» рассматривается как механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние этапы развития, демонстрируя на общем фоне изменения мотивационно – потребностной сферы импульсивность и слабость эмоционально – волевого контроля.

«Расщепление» — это абсолютная неспособность человека воспринимать другого как носителя единовременно и позитивного, и негативного потенциала. Этот механизм всегда влечет за собой искажение картины мира, где нет места неопределенности и амбивалентности, где жизненный опыт личности разделяется на «всё хорошо» и «всё плохо». Расщепление проявляется в неспособности вместить в себя различные противоположные чувства единовременно.

Расщепление – защитный механизм, при котором бессознательно убирается все неопределенное, затрудняя анализ проблем и вызывая состояние значительного психического дискомфорта (тревоги, паники и тому подобное).

Расщепление является неким искажением реальности, как, собственно, и другие механизмы защиты, посредством действия которых человек стремится уйти от реальности, подменяя истинный мир – ложным.

Третий структурный компонент личностной организации (способность к тестированию реальности) – это способность различать Я и не-Я, внутреннюю и внешнюю реальность, оценивать свои аффекты, поведение и мысли с точки зрения социальных норм обычного человека, осознавать собственные проблемы. При определении недостаточной способности к

тестированию реальности или ее полном отсутствии руководствовалась следующими критериями:

- наличие бредовых идей или галлюцинаций;
- неадекватные формы аффектов, мышления или поведения;
- неспособность пережить эмпатию к тому, как врач воспринимает взаимодействие с пациентом;
- неадекватные интерпретации примитивных механизмов защиты, действующих во время диагностического интервью при контакте пациента и врача;
- утрата способности критической оценки своих действий со стороны;
- отсутствие понимания задаваемых вопросов.

В качестве дополнительного критерия личностной дезорганизации рассматривалось качество объектных отношений, то есть стабильность и глубина взаимоотношений со значимыми другими, а также способность переносить фрустрацию и конфликты в отношениях, при этом сохраняя их. Качество объектных отношений во многом определяется целостностью идентичности, включающей в себя не только степень интеграции, но и относительное постоянство Я – образа и образов людей во времени.

В таблицах 3,4,5 приведены данные о частоте различных уровней интеграции (дезинтеграции) идентичности, способности к тестированию реальности и психологической защиты, выявленных в процессе структурного интервью у лиц с психическими расстройствами невротического и психотического регистров. На этом основании больные ранжировались по типам личностной дезорганизации: невротический, пограничный, психотический.

Таблица 3 - Частота встречаемости уровней дезинтеграции идентичности у больных с различными формами личностной дезорганизации

Уровень интеграции идентичности	Частота встречаемости (% $\pm$ m %)		
	Больные с невротической личностной дезорганизацией, n=50	Больные с пограничной личностной дезорганизацией, n=40	Больные с психотической личностной дезорганизацией, n=60
Целостно-дифференцированный	74 $\pm$ 4,5	20 $\pm$ 5,9*	—
Диффузно-фрагментированный	26 $\pm$ 6,1	62,5 $\pm$ 5,0*	15 $\pm$ 5,3*
Кризисный	—	17,5 $\pm$ 6,2	75 $\pm$ 4,4*
Примечание: * - значения, для которых выявлены статистически значимые различия относительно предыдущей группы (Т- критерий Вилкоксона для связанных выборок).			

Таблица 4 - Частота используемых механизмов психологической защиты у больных с разным уровнем дезорганизации личности

Тип психологической защиты	Частота использования (% $\pm$ m %)			
	Больные с невротической личностной дезорганизацией, n=50	Больные с пограничной личностной дезорганизацией, n=40	Больные с психотической личностной дезорганизацией, n=60	Статистическая значимость различий, р
Рационализация-интеллектуализация	15 30 $\pm$ 3,6%	2 5,0 $\pm$ 3,8%	—	< 0,001
Замещение	21 42 $\pm$ 4,4%	1 2,5 $\pm$ 0,2%	—	< 0,001
Идентификация	14 28 $\pm$ 4,8%	—	—	
Вытеснение	—	19 47,5 $\pm$ 5,1%	17 28,3 $\pm$ 3,7%	< 0,01
Проекция	—	5 12,5 $\pm$ 3,4%	8 13,5 $\pm$ 2,9%	> 0,05
Отрицание	—	4 10,0 $\pm$ 2,8%	2 3,3 $\pm$ 1,1%	< 0,01
Регрессия	—	—	4 6,6 $\pm$ 1,8%	
Расщепление	—	9 22,5 $\pm$ 4,1%	29 48,3 $\pm$ 6,4%	< 0,01

Таблица 5 - Частота способов тестирования реальности при различных уровнях личностной дезорганизации

Способность к тестированию реальности	Частота способов тестирования реальности (% $\pm$ m %)			
	Больные с невротической дезорганизацией личности, n=50	Больные с пограничной личностной дезорганизацией, n=40	Больные с психотической личностной дезорганизацией, n=60	Статистическая значимость различий, Р
Способность к тестированию сохранена	47 94 $\pm$ 9,4%	32 80,0 $\pm$ 5,1%	—	>0,05
Способность к тестированию сохранена частично	3 6,0 $\pm$ 4,3%	8 20 $\pm$ 3,6%	10 16,7 $\pm$ 3,4%	< 0,05
Способность к тестированию реальности отсутствует	—	—	50 83,3 $\pm$ 4,9%	

Структурная характеристика невротического уровня дезорганизации личности при проведении диагностического интервью по О. Кернбергу определялась такими качествами как эмоциональная нестабильность с доминирующей «негативной» окраской, неуверенность в себе и своих силах, переживания страха, недоверия к людям, заикленность на себе, склонность к обвинениям и самообвинениям.

В то же время чувство внутреннего дискомфорта не оказывало существенного влияния на адаптацию в социуме и психологическое благополучие. В этом диапазоне личностной дезорганизации больные имели более или менее реалистический образ себя, достаточно устойчивую самооценку, выстраивали и поддерживали близкие отношения.

Способность тестирования реальности сопровождалась пониманием ответственности за собственные проблемы жизни, пониманием себя и окружающих людей как цельных образов, включающих и отрицательные и положительные характеристики, недостатки и достоинства. В восприятии себя проявлялась четкая граница между собственным ощущением себя и ощущением других как отдельных для субъекта людей.

Лица с невротической дезорганизацией личности имели наблюдающую и ощущающую части собственного «Я», то есть могли рефлексивно наблюдать за теми состояниями, которые переживают, обладали способностью ставить под сомнение свои убеждения, они находились в постоянном поиске истины, старались жить и быть полезными для других людей, заслужить любовь и понимание этого значимого для них другого человека, совесть и моральные ценности довели над их истинными желаниями, которые они могли игнорировать или вытеснять. Конфликт возникал в плоскости их желания и тех препятствий, которые преграждали путь к его осуществлению, но являются, по их собственному мнению, делом их собственных рук.

Для возможности справиться с переживаниями и стрессами они, как правило, выбирали зрелые защиты, такие как вытеснение, рационализация, интеллектуализация, изоляция. У них сохранялась способность к тестированию реальности и способность оценивать себя и других реалистично и глубоко. Им не знакомы галлюцинации и бред, отсутствовали явно неадекватные формы мышления и поведения, они испытывали эмпатию и понимание по отношению к переживаниям других людей. Свои симптомы они воспринимали как проблематичные и иррациональные.

Наиболее характерный для них целостно – дифференцированный уровень интеграции идентичности отражал наличие баланса динамичности – статичности, а также высокий уровень дифференцированности и целостности. Высокая степень дифференцированности предполагает осознание и выделение личных сторон и качеств своего Я. Целостность означает переживание внутреннего единства, несмотря на кажущуюся разнородность качеств Я. Целостность образа Я зависит от особенностей осознания рефлексии себя: чем выше уровень рефлексии себя, чем шире и богаче то содержание, с позиций которого человек осуществляет рефлекссию себя, тем устойчивее его Я, тем сохраннее целостность личности. Таким образом, «целостно – рефлексивное Я», как переживание человеком своей

уникальности и бесконечности, своего тождества с миром представляет собой стержень целостности личности.

Объектные отношения при невротической дезорганизации личности характеризовались душевной теплотой, уважением, эмпатией, пониманием и способностью сохранять взаимоотношения в период фрустрации. Я-образ воспринимался как нечто постоянное во времени, в разных обстоятельствах с разными людьми.

В целом невротическая дезорганизация личности, несмотря на наличие клинически диагностируемых расстройств и переживание внутреннего дискомфорта, характеризуется интегрированной идентичностью, защитной организацией относительно высокого уровня с сохранной способностью к тестированию реальности.

Пограничный уровень дезорганизации личности занимает промежуточное положение между невротическим и психотическим уровнями дезорганизации личности. Он отличался некоторой временной стабильностью, по сравнению со вторым, и нарушением стабильности – по сравнению с первым.

У абсолютного большинства больных этой группы (94%) сохранялась способность к тестированию реальности (клинически у них отсутствовали бред и галлюцинации), но отмечалась склонность к магическому мышлению.

При этом у них снижается способность осознания собственных проблем, во всех возникающих трудностях обвиняются другие или обстоятельства. При сохранении критического отношения к нарушениям, проявлялась амбивалентность чувств по отношению к окружающим: например, с одной стороны, желание близости, доверительных отношений, а с другой – страх поглощения, слияния с другим человеком. Преобладали непоследовательность, импульсивность, нестабильность жизненных целей, склонность к пессимистическим оценкам, паническим атакам и депрессии. С окружающими, как правило, устанавливаются хаотичные, пустые, искаженные отношения или они вообще блокируются.

В структуре защитных механизмов зрелые их формы (рационализация, замещение) наблюдались только у 7,5% больных и в основном у лиц с расстройствами адаптации. В остальных случаях использовались примитивные (незрелые) формы защиты: вытеснение (47,5% больных), проекция (12,5%), отрицание (10,0% больных) и расщепление (22,5% больных). Использование этих примитивных защитных механизмов не может обеспечить устойчивость и интегрированность Я перед лицом фрустрации в межличностном взаимодействии, а следовательно, надежную саморегуляцию личности.

Эти механизмы, предохраняя от полного разрушения границ между Я и объектом, встречались как при пограничном, так и при психотическом уровне дезорганизации личности. При этом они выполняют разные функции: при психотической дезорганизации личности интерпретация врачом во время диагностического интервью таких защит приводит к дальнейшему ухудшению функционирования пациента, а при пограничной дезорганизации она способствует интеграции Эго и улучшает его функционирование в настоящий момент.

Преобладающая у этих больных диффузная идентичность рассматривается как «ядерное» образование внутри пограничной личностной дезорганизации, как отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности [98]. Диффузно – фрагментарная идентичность – отражает отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности. Больным с таким статусом идентичности свойственно дисгармоничное функционирование смысловых, когнитивных и поведенческих структур личности, в частности: фрагментарность и противоречивость представлений о себе, о качествах Я, выраженность иррациональных установок, ослабление способности тестировать реальность, низкая оценка себя с точки зрения соответствия социальным нормативам, недостаточный уровень самопрятия, эмпатии и контроля за внешними проявлениями эмоций, межличностная

конфликтность, низкая мотивация социального одобрения. Больные используют незрелые формы психологической защиты: изоляция, отрицание, обесценивание, ипохондрия, пассивно-агрессивное поведение, однако способность ощущать реальность сохраняется.

Концепция Я характеризуется диссоциативностью, ригидностью, теряется способность избирательно реагировать на изменения окружающей среды, то есть способность к творческой адаптации. В силу этого некоторые особенности качества Я не осознаются, а, следовательно, не интегрируются в целостное представление о Я. Поведение становится однообразным и стереотипным. Принятие Я находится в прямой зависимости от мнений других людей, значимых для пациента. Самооценка при этом отличается ситуативностью и нестойкостью.

При таком статусе идентичности характерны отсутствие обязательств, целей, ценностей и убеждений, холодные, дистанцированные отношения с окружающими, не предпринимаются активные попытки к их восстановлению. При отсутствии ясного чувства идентичности, больные переживают ряд негативных состояний, включая пессимизм, апатию, отчуждение, элементы беспомощности и безнадежности, отсутствие понимания своих чувств и желаний.

Объектные отношения при этом типе личностной дезорганизации характеризовались утратой постоянства Я – образа во времени, реального восприятия другого человека. Продолжительные отношения с врачом сопровождались нарастающим искажением восприятий. С трудом формировались эмпатия, взаимоотношения с другими были хаотичными и бледными или вообще блокировались.

К структурным особенностям психотической дезорганизации личности по данным структурного интервью относятся кризис идентичности, утрата, способности к тестированию реальности и примитивные формы психологической защиты.

Кризис идентичности определяется как несоответствие сложившейся к данному моменту структуры идентичности изменившемуся контексту ее существования. Однако, в отличие от возрастных конструктивных, потенциально нормативных кризисов, кризис идентичности при психотическом уровне дезорганизации личности сопровождался искаженным, дефицитарным переживанием себя и субъективно не переживался как состояние поиска новых возможностей и решения возникающих проблем, не приводил к достижению новой идентичности, более адекватной текущему опыту. Это состояние характеризовалось потерей внешних и внутренних ориентиров (ценностных, смысловых, мотивационных), что порождало ощущения растерянности, «размытости» личностных границ, потери контроля над собой, неуверенности в себе, уход от реального мира, общей дезинтеграции личности, невозможности индивида соотнести внутренний мир с внешним в ситуации жизни с болезнью.

Качественное своеобразие Я-концепции проявлялось в заниженной и неадекватной самооценке, слабой структурированности образа Я, нарушении границы собственного Я, низком уровне активности, слабой мотивации к социальным контактам.

Это позволило выделить несколько уровней кризиса: когнитивный, эмоциональный, ценностно – смысловой и социальный. Когнитивный уровень связан с невозможностью целостного восприятия Я, активизацией неадаптивных установок в отношении собственных возможностей, дисбалансом между личностной и социальной идентичностью. Эмоциональный уровень связан с такими эмоциональными состояниями как чувство неполноценности, трудности в адекватной оценке реальности, хроническим чувством покинутости, пустоты и скуки. Ценностно – смысловой уровень проявлялся в распаде целостности ценностно – смысловых структур личности, на которые личность обычно опирается при выборе личностно значимых целей и стратегий их достижения, асоциальный уровень – в нарушении межличностного взаимодействия, отсутствии доверия

к значимым другим, чувстве одиночества, стереотипизации, отсутствии эмоциональной глубины социальных контактов, применении неадаптивных стратегий поведения.

Нарушаются ценностные переживания: больной перестает ощущать многообразие и разносторонность жизни, ее осмысленность. Переживание красоты порождает негативные эмоции, страх поделиться со значимым другим из-за боязни быть непонятым. Больной перестает доверять своим чувствам о мире, о нем самом, о том, что он воспринимает, проживает и делает. Собственное состояние воспринимается как усталость, отсутствие сил и энергии.

Кризис личностной идентичности характеризовался также разрывом связи, нарушением непрерывности переживания «прошлое – настоящее – будущее», которое является одним из его обязательных индикаторов. Это происходило из-за распада целостности ценностно – смысловой структуры личности, искажения чувства времени и сопровождалось чувством отстраненности, пустоты, ощущением, что события проходят мимо. В сознании больного реальная ситуация воспринималась как отсутствие будущего, его ненужность и неопределенность, что выражалось в словах «впереди ничего нет», «будущего не видно», «впереди нет смысла, нет почвы под ногами». Переживанию утраты будущего сопутствовало ощущение внутренней пустоты и бессмысленности.

Таким образом, трансформация идентичности личности или кризисное изменение идентичности при психотической дезорганизации личности характеризовалось потерей чувства самого себя, неспособностью приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации, ощущением потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией самости. Возможность преодоления кризиса идентичности зависела от социальных обстоятельств и саморегуляционных навыков личности. При наиболее пессимистическом варианте его развития

происходило полное разрушение существующего представления о себе и утрата способности действовать.

Способность к тестированию реальности характеризовалась полным ее отсутствием или интерпретацией с очень индивидуализированным смыслом, невозможностью отделить внутренний мир от внешнего, невозможностью адекватной самооценки, понимания деталей собственного существования, неспособностью на время отстраниться от своих проблем. Интерпретация высказываний со стороны окружающих, как правило, вызывала экзистенциальное напряжение.

Этой категорией больных используются примитивные, наименее зрелые психологические защиты: уход в фантазии, отрицание, расщепление и диссоциация, примитивная идеализация и регрессия. Эти механизмы оберегают Эго от конфликтов посредством диссоциации, то есть активного разделения всех противоречащих друг другу переживаний, касающихся себя или других, предохраняют от полного разрушения границ между Я и объектом. Интерпретация примитивных механизмов защиты врачом приводит к ухудшению функционирования пациента.

Таким образом, функционирование на высоком уровне интеграции является для больных с заболеваниями психотического регистра недоступным, что свидетельствует об искаженной, дефицитарной структуре их системы идентичности. Качественные особенности объектных отношений, проявляющихся в процессе структурного диагностического интервью, характеризовались полной их дезорганизацией.

В таблице 6 приведены данные о качественных различиях между невротической, пограничной и психотической личностной дезорганизацией, выделенных на основании критерий структурного диагностического интервью О. Кернберга.

Таблица 6 - Структурные различия невротической, пограничной и психотической личностной дезорганизации

Тип личностной дезорганизации Структурные параметры	Невротический тип	Пограничный тип	Психотический тип
Интеграция идентичности	Целостно-дифференцированный уровень интеграции: образ себя и Других – цельный непрерывный, границы между Я и Другими четкие; хорошая интеграция я и объект-репрезентаций	Диссоциативно-фрагментарный уровень интеграции: границы между Я и Другими размытые, противоречивые, недостаточная интеграция Я и объект-репрезентаций	Идентичность не интегрирована, нет четкого представления о себе и границах как между собой и другими людьми
Способность к тестированию реальности	Наличие способности и тестированию реальности	Тестирование реальности обычно не нарушено	Отсутствует способность к тестированию реальности
Преобладающие механизмы защиты	Наиболее зрелые защиты	Использование как зрелых, так и примитивных защит	Примитивные, наименее зрелые защиты
Объектные отношения (отношения с другими)	Эмпатия, интерес к переживаниям другого человека	Амбивалентность чувств	Сложность (дезинтеграция) самостоятельной социализации

Таким образом, структурное интервью, опирающееся на критерии структурной организации личности, предложенное О. Кернбергом, позволило у больных с психическими расстройствами различного регистра выделить три качественно своеобразных типа личностной дезорганизации, отличающихся друг от друга уровнем интеграции идентичности, зрелостью защитных психологических механизмов и способностью к тестированию реальности.

При невротическом типе дезорганизации личности наблюдался наиболее высокий уровень психической интеграции: у $74 \pm 4,5\%$ больных он достигал целостно – дифференцированного уровня и только у $26 \pm 6,1\%$ больных он соответствовал более низкому, диффузно – фрагментарному уровню. Больными использовались зрелые механизмы психической защиты и адекватные способы тестирования реальности. Эти защиты оберегают Эго интрапсихического конфликта путем отгорожения влечения, всех связанных с ним действий и представлений от сознательного Эго.

Менее однозначными следует признать качественные характеристики пограничного типа личностной дезорганизации, при котором значительно повысилось число больных ($62,5 \pm 5,0\%$) с диффузно – фрагментарным уровнем интеграции идентичности, достигая в $17,5\% \pm 6,2\%$ случаев кризисного уровня. При сохранности у большинства больных способности к тестированию реальности у них преобладал набор декомпенсирующих механизмов психологической защиты и в первую очередь вытеснение и расщепление.

Эти и другие подобные защиты оберегают Эго от конфликтов посредством диссоциации, то есть активного разделения всех противоречащих друг другу переживаний, касающихся себя или других.

У больных с психотической личностной дезорганизацией в 100% происходит полный распад Я-концепции с наиболее выраженным уровнем дезинтеграции идентичности, утратой её ценностно – смысловых свойств и способности к тестированию реальности. Как и при пограничном типе личностной дезорганизации у этих больных наблюдались примитивные, незрелые формы психологической защиты – из этого следует, что при пограничной и психотической личностной дезорганизации работает одни и те же защитные механизмы, хотя они и выполняют различные функции. Это свидетельствует о феноменологической близости пограничной дезорганизации личности и ее психотического варианта, что подтверждается преобладанием у таких больных расстройств психотического регистра. При

этом следует учитывать, что пограничная или психотическая личностная структура обусловлена не столько наличием примитивных, сколько отсутствием зрелых защит.

РАЗДЕЛ 4. ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

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

4.1. Анализ показателей самоактуализационного ресурса

Самоактуализация – это многогранный и сложный феномен, который впервые в научных целях использовал К. Гольдштейн и более подробно изучен психологами гуманистического направления А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Олпорт и другими. В центре внимания гуманистической психологии – человек, индивид, рассматриваемый как носитель уникальных характеристик, делающих его высшей ценностью Бытия.

В философском аспекте самоактуализация рассматривается как источник, побуждающий к поиску смысла жизни, как фактор духовного роста и способ достижения значимых для себя целей, абсолютное раскрытие индивидом личностного потенциала, склонностей и задатков. Как высшая потребность в иерархии потребностей самоактуализация является ключевым понятием гуманистической концепции в психологии. Считается, в частности, что самоактуализирующаяся личность – это зрелая, развитая, реализованная личность. Применительно к цели настоящего исследования самоактуализация представляется в более узком контексте – как теоретико-методологическая основа изучения потенциальных возможностей личности, процесса реализации индивидуальности человека, потенциала его субъективной активности и выстраивания связей с миром.

Для оценки уровня самоактуализации больных с различными типами личностной дезорганизации нами использовался самоактуализационный тест.

Он представляет собой русскоязычную версию опросника личностных ориентаций Э. Шострома, в основе которого лежат идеи самоактуализации А. Маслоу и других теоретиков экзистенциально-гуманистического направления в психологии (авторы адаптации Ю.Е. Алешина, Л.Я. Голдман, М.В. Кроз).

Опросник состоит из 14 шкал, 126 пунктов, каждый из которых включает два суждения ценностного или поведенческого характера. Испытуемому предлагается выбрать то из них, которое в большей степени соответствует его представлениям или привычному способу поведения.

Опросник позволяет оценить уровень самоактуализации пациента или его внутреннюю активность, потенциальные возможности, ценности и смыслы. Самоактуализация измерялась по двум базовым и 12 дополнительным показателям. Базовыми являются шкала компетентности во времени и шкала поддержки. Двенадцать дополнительных шкал разбиты на шесть блоков – по две в каждом. В отличие от базовых, измеряющих глобальные характеристики самоактуализации, дополнительные шкалы, ориентированы на регистрацию отдельных ее аспектов. Первый блок ценностей образует шкалы ценностных ориентаций и гибкости поведения. Первая шкала характеризует сами ценности, вторая – лабильность поведения. Блок чувств составляют шкала сензитивности, которая определяет то, насколько субъект осознает собственные чувства и шкала спонтанности, определяющая степень их проявления в поведении. Блок самовосприятия составляют шкалы самоуважения и самопринятия, измеряющие способность субъекта ценить свои достоинства и принимать себя вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков. Блок концепции человека составляют очень близкие по содержанию шкалы, определяющие взгляд на природу человека и синергии. Шкала синергии характеризует способность целостного восприятия мира и людей. Блок межличностной чувствительности составляют шкалы принятия агрессии и контактности.

Шестой блок включает шкалу познавательных потребностей и шкалу креативности.

При использовании теста для индивидуальной диагностики «сырые» результаты переводились в стандартные Т-баллы. Завершалось исследование построением индивидуального профиля. В соответствии с практикой использования самоактуализационного теста в различных исследованиях и психотерапевтической работе «диапазон самоактуализации» определялся следующими шкалами оценок: низкий уровень – от 28 до 43 баллов; средний уровень – от 44 до 54 баллов; высокий уровень – от 55 до 74 баллов.

Таблица 7 - Уровни показателей самоактуализационного теста у больных с психотической и невротической дезорганизацией личности

Шкалы	(X) ± m	
	Психотический уровень дезорганизации личности	Невротический уровень дезорганизации личности
Поддержка (I)	40 ± 3,1	42 ± 3,2
Ориентация во времени (Tc)	41 ± 2,9	45 ± 3,5
Ценностные ориентации (Sav)	45 ± 4,1	47 ± 4,1
Гибкость поведения (Ex)	40 ± 2,2	58 ± 4,2*
Сензитивность к себе (Fr)	60 ± 3,6	52 ± 3,0
Спонтанность (S)	30 ± 3,4	63 ± 5,1*
Самоуважение (Sr)	32 ± 2,7	38 ± 3,1*
Самопринятие (Sa)	29 ± 2,3	33 ± 3,0*
Представления о природе человека (Nc)	52 ± 3,3	58 ± 4,2*
Синергия (Sy)	30 ± 2,1	29 ± 4,3
Принятие агрессии (A)	33 ± 2,4	58 ± 4,3
Контактность (C)	24 ± 3,5	62 ± 4,4*
Познавательные способности (Cog)	33 ± 4,0	39 ± 3,7*
Креативность (Cr)	40 ± 4,4	44 ± 2,9
Примечание: *- различия с предыдущей группой является статистически значимо на уровне значимости (p < 0,05).		

При невротической дезорганизации личности высокие показатели самоактуализации установлены по шести шкалам, средние – по 3 шкалам и низкие показатели по пяти шкалам: «поддержка» (42 ± 3,2), «самоуважение»

($38 \pm 3,1$), «самопринятие ($33 \pm 3,0$), «синергия» ($29 \pm 4,3$), и «познавательные способности» ($39 \pm 3,7$). Низкие показатели самоактуализации по указанным шкалам свидетельствуют о высокой степени зависимости, конформности, несамостоятельности субъекта («извне направляемая» личность»), внешнем локусе контроля, высокой потребности в привязанности и поддержке: такой человек не стремится руководствоваться в жизни собственными принципами, установками, целями и убеждениями, не свободен в выборе (шкала поддержки); неспособности ценить свои достоинства, положительные качества характера, уважать себя за них (шкала самоуважения); неспособности принятия себя таким каков он есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков (шкала самопринятия); неспособность к целостному восприятию мира и людей, находить закономерные связи во всех явлениях жизни, понимать, что такие противоположности, как работа и игра, эгоизм и бескорыстие, любовь и похоть, телесное и духовное и др. не являются антагонистическими (шкала синергии); низком уровне стремлений к приобретению знаний об окружающем мире (шкала познавательных потребностей).

Конкурирующими качественными характеристиками самоактуализации больных с невротической дезорганизацией личности, имеющими относительно высокий уровень развития, по данным проведенного исследования, относятся: способность человека быстро реагировать на изменяющуюся ситуацию, гибкость, разумность в применении некоторых стандартных принципов (шкала гибкости поведения), высокая, по сравнению с другими, чувствительность к собственным переживаниям и потребностям (шкала сензитивности к себе), возможность вести себя естественно и раскованно, демонстрировать окружающим свои эмоции (шкала спонтанности), способность индивида принимать свое раздражение, гнев, агрессивность как естественное проявление человеческой природы и проявлять ее в межличностных контактах (шкала принятия

агрессии), способность лично и быстро вступать в контакт, устанавливать значимые отношения с людьми (шкала контактности).

Таким образом, больные с невротической дезорганизацией личности, несмотря на определенную самоактуализационную дефицитарность, не теряют возможности использовать позитивные ресурсы своей личности. Они стремятся к улучшению своих достижений, к самосовершенствованию, к решению все более сложных задач, к достижению трудных целей, живут настоящим, но при этом ощущают неразрывность прошлого, настоящего и будущего, то есть видят свою жизнь целостной. Эти больные относительно независимы в своих поступках, стремятся руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками и принципами, они свободны в выборе, не подвержены внешнему влиянию, гибки в реализации своих ценностей в поведении, обладают высокой саморегуляцией и рефлексией, способны естественно и раскованно демонстрировать окружающим свои эмоции, воспринимают природу человека в целом как положительную, принимают свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы, при этом способны к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально-насыщенных контактов с людьми, стремятся к приобретению знаний об окружающем мире и творчеству.

Больные с психотическим типом дезорганизации личности характеризовались более глубоким уровнем нарушений самоактуализации. По большинству шкал самоактуализационного теста (11 из 14) у них выявлены низкие показатели (таблица 7). Эти показатели отражали следующие содержательные (качественные) особенности самоактуализации:

- ориентацию лишь на один из отрезков временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее) и (или) дискретное восприятие своего жизненного пути, неспособность видеть свою жизнь целостной; такой человек чаще всего живет прошлым или оценивает настоящее как фатальное следствие прошлого, его мучает раскаяние за совершенные проступки, стыд за свою

болезнь, воспоминания о нанесенных ему обидах, испытывает постоянные угрызения совести. Не имея возможности принять себя таким, каков он есть в действительности, пациент строит ригидные нереальные планы, формируется чувство собственной неполноценности. «Некомпетентный» во времени человек обременен чувством вины, сожаления, идущим из прошлого. Он не понимает экзистенциальную ценность жизни «здесь и теперь», не способен наслаждаться актуальным моментом во всей его полноте (шкала компетентности во времени);

- высокую степень зависимости, конформности, несамостоятельности субъекта («извне направляемая» личность), внешним локусом контроля, ориентацию поведения на мнения других, выраженную потребность в привязанности (шкала поддержки);

- низкий уровень гибкости в реализации своих ценностей в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, способности быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию, ригидность установок (шкала гибкости поведения);

- неспособность спонтанно и непосредственно выражать свои чувства, вести себя раскованно и естественно, сопровождается неуверенностью в себе и недоверием к окружающему миру (шкала спонтанности);

- неспособность ценить свои достоинства, положительные качества характера, уважать себя за них (шкала самоуважения)

- неспособность принятия человеком себя таким, каков он есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков (шкала самопринятия);

- неспособность к целостному восприятию мира и людей, находить закономерные связи во всех явлениях жизни, понимать, что такие противоположности как работа и игра, эгоизм и бескорыстие, любовь и похоть, телесное и духовное и др. не являются антагонистическими (шкала синергии);

- ограниченная способность человека принимать своё раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы, стремление подавить агрессию в себе, не проявлять ее в межличностных контактах (шкала принятия агрессии);

- низкая способность к быстрому установлению глубоких, тесных и эмоционально насыщенных контактов с людьми, недоброжелательные, лишённые смысла взаимоотношения с людьми (шкала контактности);

- низкий уровень стремлений к приобретению знаний об окружающем мире (шкала познавательных потребностей);

- слабый творческий потенциал личности (шкала креативности).

Таким образом, полученные данные по самоактуализационному тесту показали, что средние значения показателей по большинству шкал, переведенные по специальной шкале в Т – баллы, у больных с психотической личностной дезорганизацией соответствуют низкому уровню самоактуализации и характеризуются высокой степенью зависимости, конформности, несамостоятельности («извне направляемые» личности), внешнем локусе контроля, ориентации на конкретный промежуток времени, низкой осознанности своих потребностей и чувств, низкой степени гибкости в реализации своих ценностей в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, отсутствии способности быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию, и другими признаками «самоактуализационного дефицита», затрудняющими процесс саморазвития личности, становления пациентов как субъектов собственной жизнедеятельности, актуализации своих потенциальных возможностей. Имея значительный дефицит самоактуализируемых тенденций, больные теряют автономию, независимость, чувство внутренней свободы и приобретают качества, отражающие негативную трансформацию идентичности личности в сторону отчуждения и смыслоутраты.

К наиболее значительным и принципиальным различиям показателей самоактуализации больных с психотическим и невротическим уровнем

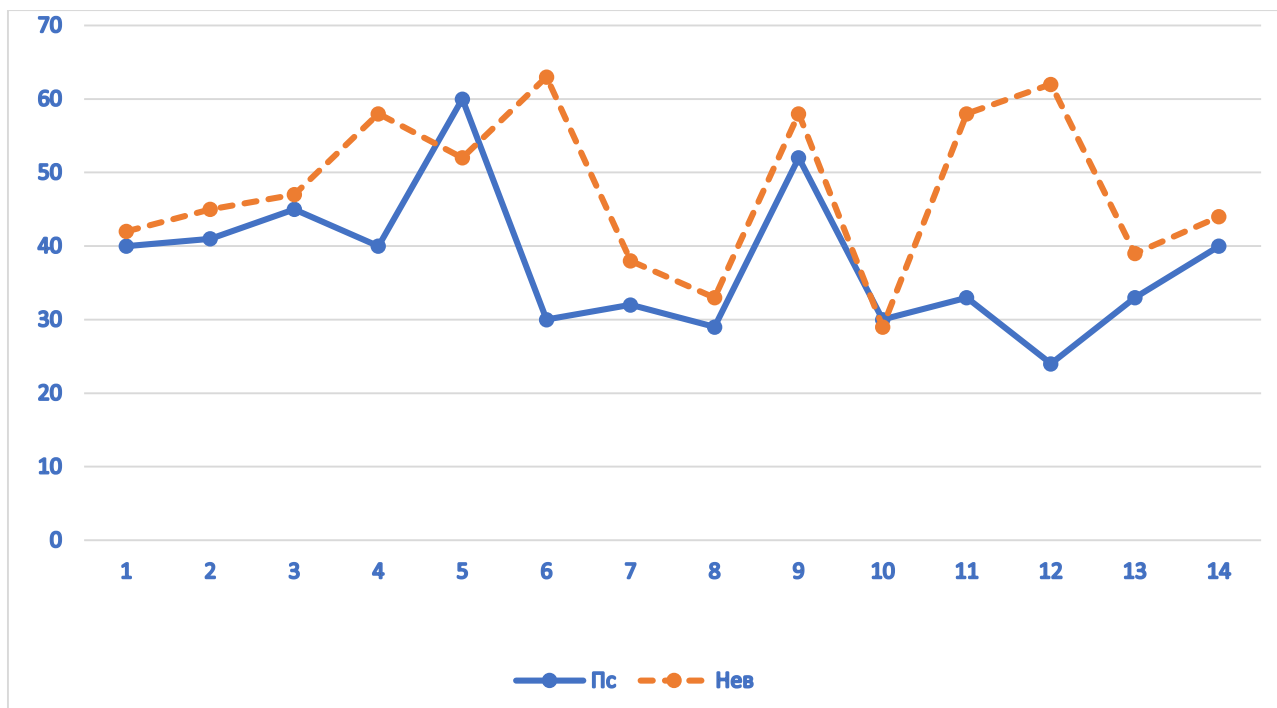
дезорганизации личности относятся показатели по таким шкалам как шкала спонтанности ($30 \pm 3,4$ и $63 \pm 5,1$; $p < 0,05$), принятие агрессии ($33 \pm 2,4$ и $58 \pm 4,3$; $p < 0,05$) и контактности ($24 \pm 3,5$ и $62 \pm 4,4$; $p < 0,05$). В качественном выражении по отношению к больным с психотической деструкцией личности это означает: неспособность спонтанно и непосредственно выражать свои чувства, вести себя расковано и естественно, сопровождается неуверенностью в себе и недоверием к окружающему миру (шкала спонтанности); ограниченная способность человека принимать своё раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы, стремление подавить агрессию в себе, не проявлять ее в межличностных контактах (шкала принятия агрессии); низкая способность к быстрому установлению глубоких, тесных и эмоционально насыщенных контактов с людьми, недоброжелательные, лишённые смысла взаимоотношения с людьми (шкала контактности).

Показатели больных с пограничным типом дезорганизации личности имели определенное сходство с показателями психотической группы (таблица 8). Структура и диапазон низких показателей у них в основном соответствовал показателям сравниваемой (психотической) группы, за исключением более высоких показателей по шкалам познавательных способностей ($45 \pm 3,6$ и $33 \pm 4,0$; $p < 0,05$) и принятия агрессии ($44 \pm 2,7$ и $33 \pm 2,4$; $p < 0,05$). Исходя из этого, уровень самоактуализации больных с пограничной дезорганизацией личности на общем фоне низких показателей характеризовался относительно высоким уровнем к приобретению знаний об окружающем мире и способности к быстрому установлению эмоционально насыщенных контактов с людьми при отсутствии недоброжелательных, лишённых смысла взаимоотношений с другими людьми. Это заметно повышает их ресурсы самоактуализации и личностного потенциала в целом, однако не позволяет считать их достаточными для полноценного личностного восстановления больных.

Таблица 8 - Уровни показателей самоактуализации у больных с психотической и пограничной дезорганизацией личности

Шкалы	Больные с психотической дезорганизацией личности, N60, ($\bar{X} \pm m$)	Больные с пограничной дезорганизацией личности, N40, ($\bar{X} \pm m$)
Поддержка (I)	40 $\pm$ 3,1	43 $\pm$ 2,8
Ориентация во времени (Tc)	41 $\pm$ 2,9	40 $\pm$ 2,4
Ценностные ориентации (Sav)	45 $\pm$ 4,1	44 $\pm$ 3,6
Гибкость поведения (Ex)	40 $\pm$ 2,2	43 $\pm$ 2,9
Сензитивность к себе (Fr)	60 $\pm$ 3,6	63 $\pm$ 3,4
Спонтанность (S)	30 $\pm$ 3,4	37 $\pm$ 2,7
Самоуважение (Sr)	32 $\pm$ 2,7	33 $\pm$ 3,1
Самопринятие (Sa)	29 $\pm$ 2,3	35 $\pm$ 2,9
Представления о природе человека (Nc)	52 $\pm$ 3,3	55 $\pm$ 3,1
Синергия (Sy)	30 $\pm$ 2,1	31 $\pm$ 2,4
Принятие агрессии (A)	33 $\pm$ 2,4	44 $\pm$ 2,7*
Контактность (C)	24 $\pm$ 3,5	28 $\pm$ 3,2
Познавательные способности (Cog)	33 $\pm$ 4,0	45 $\pm$ 3,6*
Креативность (Cr)	40 $\pm$ 4,4	42 $\pm$ 3,5
Примечание: * - отличие статистически значимо, $p < 0,05$ (непараметрический критерий множественных сравнений Краскела-Уоллиса).		

Анализ средних значений показателей самоактуализации позволил так же описать и сравнить самоактуализационные профили больных с различными уровнями личностной дезорганизации. В связи с тем, что по большинству параметров профили больных психотической и пограничной дезорганизации личности в основном совпадали на рисунке 1, представлены только самоактуализационные профили больных с невротической (Нев) и психотической (Пс) дезорганизацией личности.



1. Компетентность во времени 2. Поддержки 3. Ценностных ориентаций 4. Гибкости поведения 5. Сензитивности к себе 6. Спонтанности 7. Самоуважения 8. Самопринятия 9. Представления о природе 10. Синергии 11. Принятия агрессии 12. Контактности 13. Познавательных потребностей 14. Креативности

Рисунок 1. Самоактуализационные профили больных сравниваемых групп.

В приведенных самоактуализационных профилях отражена общая тенденция о более низкой включенности пациентов с психотической личностной дезорганизацией в режим реализации собственных психологических ресурсов. В целом низкие показатели самоактуализационного теста, в той или иной мере свойственные больным с различным уровнем личностной дезорганизацией (невротическим и психотическим спектром психических расстройств) свидетельствуют о значительном снижении ресурсных возможностей больных, проявляемых как в конкретной ситуации, так и в жизненном контексте в целом. Больные переживают подавленность, напряжение и бессилие, неудовлетворенность собой и происходящим; невозможность реализации имеющихся у них способностей; неспособность достижения поставленных целей; зависимость от окружающих в принятии решений и в своих действиях, бессмысленность происходящего; неспособность

самостоятельно контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их.

Из этого следует необходимость принятия мер, направленных на активацию механизмов самоактуализации как базовой составляющей личностного потенциала, независимо от степени выраженности и индивидуальных характеристик симптомов, выявленных клиническим методом. Полноценная самоактуализация, как, фундаментальный аспект для человеческой природы, является основой для подлинного восстановления аутентичности и целостности личности, а, следовательно, для восстановления психологического и социального благополучия человека.

4.2. Ценностный ресурс больных с различным уровнем дезорганизации личности

Личностно – ориентированный подход к пониманию психических расстройств непосредственно связан с изучением ценностно – смысловой системы больных. Осмысленность жизни человека является необходимым условием целостности его личности и гармоничного ее развития. Источником смыслов для человека выступают его ценности и потребности. Понятие ценности определяется как невербализуемое составляющее наиболее глубинного слоя интенциональной структуры личности, которое конституирует ее внутренний мир как «уникально – субъективное бытие» [187]. Ценности позволяют связывать разные временные модусы (прошлое, настоящее, будущее); семиотизировать пространство человеческой жизни, наделяя все элементы в нем значимостью; строить сложные и многоуровневые системы ориентации в мире; обосновывать смыслы [188].

Ценности являются неотъемлемой составляющей целостного мироотношения человека к себе, к миру в целом и к отдельным его фрагментам, что реализуется в индивидуальных системах ценностей и ценностных ориентаций личности. Система ценностных ориентаций

представляет собой комплекс социально заданных и усвоенных человеком установок, обеспечивающих целостность и устойчивость его личности [189,190,191]. Эта система определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизнедеятельности, основу жизненной концепции и стиля жизни каждого человека.

Представляется достаточно очевидным, что картина изменений личности при различных нервно-психических расстройствах, в частности, при шизофрении, включает распад системы ценностно-смысловых ориентаций или ее трансформацию, сопровождающуюся снижением значимости высших морально – этических ценностей [193]. На этой основе формируется мнение о том, что люди с психическими расстройствами имеют отличную от условно здоровых людей систему близких и неблизких им ценностей [194], деформацию иерархии ценностей [195].

В зависимости от задач и целей, которым ценности служат, они делятся на две группы: ценности – цели (терминальные ценности) и ценности средства (инструментальные ценности). Терминальные ценности – это важнейшие, основные цели человека, которые определяют долговременную жизненную перспективу, то, что ценно ему в данный момент и к чему он стремится в будущем, они отражают смысл жизни человека, показывая, что для него особенно важно, значимо, ценно. Инструментальные ценности являются стандартами при выборе определенного типа поведения или действия [192]. Автор использованной для настоящего исследования методики ценностных ориентаций М. Рокич определял терминальные ценности как убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться, а инструментальные ценности – как убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации.

Учитывая, что ценности являются внутренним движущим фактором человека, основой для выбора целей и планирования собственной жизнедеятельности, а также источником самоактуализации, представилось актуальным как в теоретическом, так в прикладном отношении изучить особенности ценностных ориентаций у больных с различным уровнем дезорганизации личности. Для реализации этих целей использовалась методика изучения ценностных ориентаций М. Рокича, основанная на прямом ранжировании ценностей. Результаты исследования 18 (стандартный пакет) терминальных ценностей, определяющих базисную направленность личности, были использованы для проведения количественного и качественного анализа эмпирических показателей с использованием метода математической статистики. При анализе результатов исследования учитывались: 1) средние значения рангов терминальных ценностей; 2) средние показатели рангов значимости блоков ценностных ориентаций; 3) частота рангов значимости ценностных ориентаций; 4) предпочтительность блочной конфигурации ценностных ориентаций.

Средние значения рангов терминальных ценностей у больных с различным уровнем дезорганизации личности приведены в таблице 9.

Таблица 9 - Средние значения рангов терминальных ценностей у больных с различным уровнем дезорганизации личности ($M \pm m$)

Конкретные ценности	Больные с невротической дезорганизацией личности N=50	Больные с пограничной дезорганизацией личности N=40	Больные с психотической дезорганизацией личности N=60
Активная деятельная жизнь	$5,8 \pm 0,65$	$8,0 \pm 1,2$	$9,4 \pm 1,2^*$
Здоровье	$1,0 \pm 0,04$	$3,0 \pm 0,26$	$3,4 \pm 0,46$
Интересная работа	$2,5 \pm 0,28$	$8,7 \pm 0,74^*$	$12,3 \pm 1,26^*$
Материально обеспеченная жизнь	$3,0 \pm 0,5$	$6,0 \pm 0,86^*$	$6,5 \pm 0,84^*$
Наличие хороших и верных друзей	$10,2 \pm 1,3$	$10,0 \pm 1,12$	$13,4 \pm 1,26^*$
Общественное признание	$11,1 \pm 2,4$	$13,7 \pm 2,6$	$15,9 \pm 2,1^*$
Продуктивная жизнь	$10,0 \pm 1,9$	$11,7 \pm 0,96$	$12,0 \pm 1,64$
Счастливая семейная жизнь	$3,8 \pm 0,96$	$8,4 \pm 1,75^*$	$14,3 \pm 2,05^*$
Удовольствия (развлечения)	$9,8 \pm 1,2$	$11,6 \pm 2,1$	$13,7 \pm 1,64^*$
Жизненная мудрость	$7,4 \pm 0,75$	$6,9 \pm 1,64$	$7,3 \pm 0,75$
Красота природы и искусства	$11,2 \pm 1,34$	$11,3 \pm 1,35$	$12,4 \pm 1,38$
Любовь	$9,8 \pm 1,02$	$10,7 \pm 1,12$	$12,1 \pm 1,45$
Познание	$12,8 \pm 1,26$	$13,7 \pm 1,22$	$16,6 \pm 2,16^*$
Развитие	$13,1 \pm 1,45$	$15,4 \pm 1,4$	$16,4 \pm 2,21^*$
Свобода	$6,5 \pm 0,71$	$7,4 \pm 0,91$	$8,8 \pm 0,75$
Счастье других	$12,6 \pm 2,1$	$13,6 \pm 1,26$	$14,3 \pm 1,44^*$
Творчество	$9,3 \pm 1,37$	$15,9 \pm 1,34^*$	$15,7 \pm 1,75^*$
Уверенность в себе	$8,0 \pm 1,1$	$6,7 \pm 0,63$	$11,5 \pm 1,17^*$
Общее количество баллов	147,9	182,7	216,0
Средний балл	$8,2 \pm 1,3$	$10,15 \pm 1,64$	$12,0 \pm 2,05^*$
Примечание: * - различия по сравнению с «невротической группой» - достоверны, $p < 0,05$.			

По результатам исследования индивидуальной иерархии ценностей, установлена общая тенденция, выразившаяся в снижении значимости многих ценностей по мере нарастания дезорганизации личности. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) по отношению к лицам с невротической личностной дезорганизацией установлены по 4-м ценностям при пограничной и

по 12 ценностям – при психотическом уровне дезорганизации. Такая же закономерность прослеживается при сравнении средних значений рангов по всем терминальным ценностям (наибольший средний балл отображает наименее значимую ценность).

В таблице 10 показана частота ранговых значений ценностных ориентаций у больных различным уровнем дезорганизации личности.

Таблица 10 - Частота ранговых значений ценностных ориентаций у больных с различным уровнем дезорганизации личности (абс / %)

Тип дезорганизации личности	Количество значимых ценностных ориентаций (ранги 1-6)	Количество индифферентно-безразличных ценностных ориентаций (ранги 7-12)	Количество отвергаемых ценностных ориентаций (ранги 13-18)
Невротическая	5 (27,8)	12 (67,7)	1 (5,5)
Пограничная	2 (11,1)	11 (61,1)	5 (27,8)
Психотическая	1 (5,5)	9 (50,0)	8 (44,5)

Количество значимых ценностей колеблется от 27,8% у больных с невротической дезорганизацией личности (актуальная деятельная жизнь, здоровье, интересная работа, материально обеспеченная жизнь, счастливая семейная жизнь), до 11,1% у лиц с психотическим уровнем дезорганизации личности (ценность «здоровье»). И, напротив, количество отвергаемых ценностей составило 5,5% при невротической и 44,5% при психотической личностной дезорганизации. Причем, если у больных с невротическим и пограничным типами – это преимущественно абстрактные ценности, то в группе больных с психотической дезорганизацией личности отвержение ценностей охватывает и другие содержательные блоки. Наибольшее количество ценностей (от 50 до 67,7% во всех группах больных) имело статус индифферентно – безразличных. Общей закономерностью являлось нарастание количества малозначимых и отвергаемых ценностей у больных с пограничной и

особенно психотической дезорганизацией личности, по сравнению с дезорганизацией невротического уровня.

Полученная в результате исследования индивидуальная иерархия терминальных ценностей была нами сгруппирована в четыре ценностных блока: 1) ценности профессиональной самореализации (активная деятельная жизнь, интересная работа, общественное признание, развитие); 2) ценности личной жизни (любовь, наличие хороших и верных друзей, свобода, счастливая семейная жизнь, удовольствия); 3) ценности благополучия (здоровье, материально обеспеченная жизнь, продуктивная жизнь, уверенность в себе); 4) абстрактные ценности (познание, творчество, красота природы и искусства, счастье других). В таблице 11 и на рисунке 2 приведены средние значения содержательных блоков терминальных ценностей у больных с различными уровнями дезорганизации личности (к предпочтительным, значимым ценностям были отнесены ценности с рангами с 1 по 6; к индифферентно-безразличным – от 7 до 12 и к незначимым, отвергаемым – 13 – 18 ранги иерархии).

Таблица 11 - Предпочтительность блочной конфигурации ценностных ориентаций у больных с различными уровнями дезорганизации личности (M ± m)

Ценностные блоки	Невротическая дезорганизация	Пограничная дезорганизация	Психотическая дезорганизация
Профессиональной самореализации	8,1 ± 1,1*	11,5 ± 0,8	13,5 ± 1,24*
Личной жизни	8,02 ± 1,05*	9,62 ± 1,2	12,46 ± 1,13*
Благополучия	5,5 ± 0,9	6,85 ± 1,12	8,35 ± 0,95
Абстрактных ценностей	8,8 ± 1,12*	13,6 ± 0,85	14,75 ± 1,18*
Примечание: достоверность различий – p < 0,05.			

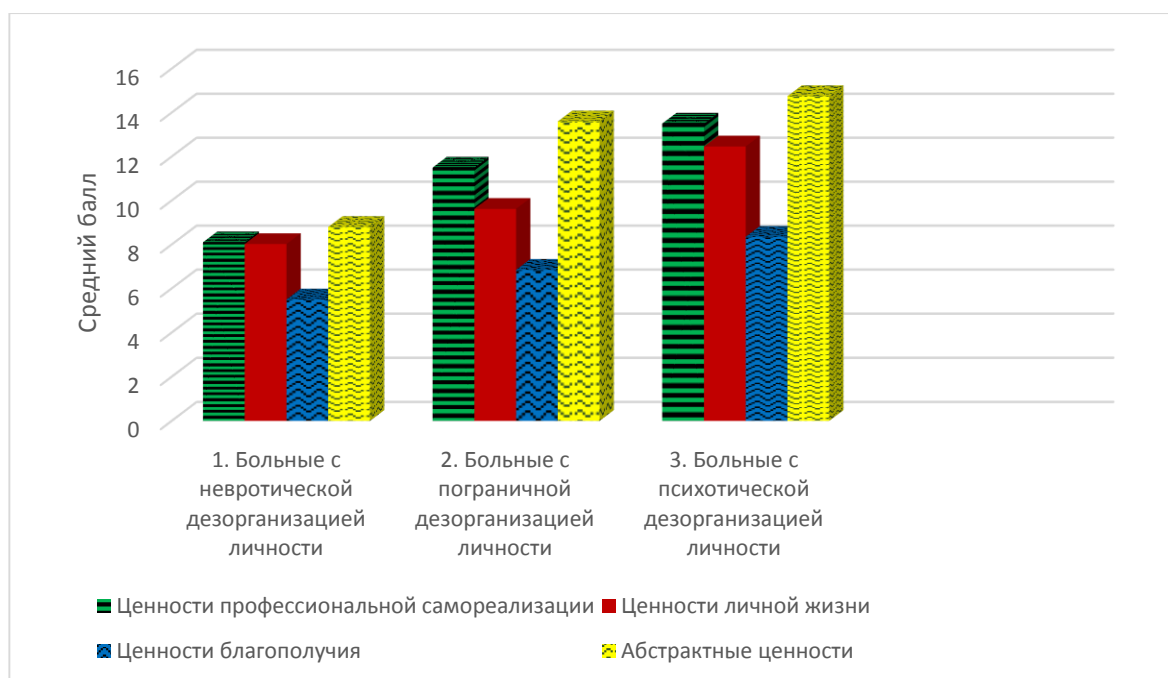


Рисунок 2. Средние показатели ранговой значимости блоков терминальных ценностей у больных с различными уровнями дезорганизации личности.

Анализ данных на основе блочной конфигурации ценностных ориентаций показал ту же закономерность, что и при анализе отдельных ценностей: их деформация нарастает от минимальных проявлений при невротической дезорганизации личности, до максимальных – при психотической дезорганизации личности, то есть психотический уровень личностной дезорганизации сопровождается более значительной трансформацией ценностно – смысловых ориентаций и охватывает весь спектр терминальных ценностей. Исключением на этом фоне является, относительная предпочтительность ценностей блока «личное благополучие», которые или являются значимыми (для больных с невротической дезорганизацией личности), или преимущественно индифферентно – безразличными (при пограничной и психотической деформации), не достигая уровня отвергаемых ценностей. Остальные ценностные блоки у всех обследованных характеризуются меньшей значимостью для пациентов всех групп, достигая уровня ценностного отвержения при психотическом уровне дезорганизации личности.

Для всех групп больных доминирующим по значению оказался содержательный блок «ценности благополучия» (ранг 6,9; ценности: здоровье материально обеспеченная жизнь, продуктивная жизнь, уверенность в себе). По своим качественным характеристикам эти ценности относятся преимущественно к предпочитаемым, то есть действительно значимым. Остальные ценностные блоки по своему ранговому значению («личная жизнь» - 10,03; «профессиональная самореализация» - 11,0; «абстрактные ценности» - 12,4) соответствуют уровню индифферентных, безразличных ценностей.

Совпадение предпочтительности некоторых ценностных ориентаций у лиц с различным уровнем дезорганизации личности свидетельствует, на наш взгляд, о сходстве основных ценностей людей, независимо от особенностей их психического функционирования. Они отражают как общечеловеческие ценности, так и личностные ценностные ориентации, характерные для современного социума.

Таким образом, у больных с невротической дезорганизацией личности иерархия ценностно – смысловых отношений имеет тенденцию к некоторой дефицитарности, однако без грубых качественных нарушений конкретных терминальных ценностей и способности выбора жизненных целей. Эти пациенты не теряют возможности полноценно функционировать в обществе, взаимодействовать с другими людьми, устанавливать с ними доверительные отношения, несмотря на определенные ограничения жизненных интересов и смысловой сферы жизни.

У больных с психотическим уровнем личностной дезорганизации ценностный ресурс, как внутренний носитель социальной регуляции, подвергается существенной деформации, затрагивая возможность осмысленной продуктивной жизни, способность оценивать пространство своих возможностей, гибкость при выборе наиболее значимых целей – ценностей – как общечеловеческих, так и индивидуальных. Такие пациенты хуже справляются с социальными нагрузками и взаимодействием с окружающим миром.

Значительное и тотальное разрушение ценностно – смысловой системы больных с психотической дезориентацией личности, на наш взгляд, связано с изменившимися условиями социальной среды и социального статуса больных, привнесенными ситуацией «жизни с болезнью» и ее деформирующими влияниями на процесс интериоризации социальных ценностей и формирование уникального миропроекта личности. Качественные характеристики ценностных ориентаций этих больных, по-видимому, являются результатом распада идентичности личности и переосмысления основных жизненных позиций и стратегий в направлении оскудевания ценностно – смысловой системы и утраты личностью стабильности и устойчивости.

4.3. Результаты исследования осмысленности жизни (смысложизненных ориентаций)

Естественнонаучные (биомедицинские) представления о психических расстройствах и ограничивающиеся этими представлениями стандарты оказания психиатрической помощи рассматривают пациента как определенную совокупность симптомов, игнорируя изучение ценностно – смысловых структур человеческого бытия. В то же время смысл жизни (смысложизненные ориентации) являются одним из критериев, позволяющих оценить личность пациента как целостную функциональную систему и особенности ее дезорганизации.

Выдающийся психолог XX века А.Н. Леонтьев [200] писал: «Проблема смысла... – это последнее аналитическое понятие, венчающее общее учение о психике, так же как понятие личности венчает всю систему психологии». Смысл обозначает ощущение значения, целостности, связности [201]. Приведенный Д.А. Леонтьевым [202] обзор учений о смысле показал основные его характеристики: контекстуальность (зависимость от контекста, от конкретного субъекта); интенциональность; связь со значимостью для субъекта определенных объектов, явлений, действий и событий; рассмотрение

потребностей, мотивов и интенций субъекта, как источников смысла; зависимость смысла от когнитивных процессов переработки информации и построения образа мира; обусловленность смыслов уникальным опытом субъекта; роль активности самого субъекта в порождении смыслов; социокультурная детерминация смыслов, зависимость их от ценностей, обусловленность поведения смыслами, влияние смысла на протекание познавательных процессов, способность человека к самодетерминации, ситуативная изменчивость смысла и зависимость его от актуального состояния субъекта; не всегда осознанность и доступность смысла.

Идея смысла жизни является интегрирующим фактором человеческой жизни. По мнению В. Франкла (1990), человек живет идеалами и ценностями и стремление к смыслу является первичной движущей силой в жизни человека. При неспособности и неготовности к осуществлению смысла человек испытывает состояние смыслоутраты, невозможности контроля над собственной жизнью, снижается ресурс совладания с жизненными трудностями [202,204,205].

Фрустрацию стремления к смыслу В. Франкл [203] называет экзистенциальной фрустрацией или фрустрацией специфически человеческого способа бытия, смысла существования. С психологической точки зрения утрата смысла проявляется в ряде взаимосвязанных феноменов: переживании пустоты и бессмысленности жизни, чувства скуки, неудовлетворенности жизнью; утрате переживания субъективной значимости намерений и видов деятельности; снижении широты круга мотивов; преобладании потребностной регуляции над ценностной; возникновении неспецифической клинической симптоматики [202,206].

Неудача в поиске человеком смысла своей жизни (экзистенциальная фрустрация) и вытекающие из нее ощущения утраты ее смысла (экзистенциальный вакуум) являются причиной особых душевных состояний, не тождественных просто психической патологии [203]. Это такие феномены, как личностная беспомощность, отчуждение, ноогенный невроз, психическая

депривация и др. По данным В. Франкла [203], около 20% неврозов возникает в результате потери смысла жизни. В этих случаях неврозу предшествует духовный кризис с состоянием фрустрации, нарастанием эмоционального напряжения и накоплением отрицательных эмоций.

Исходя из представлений о смысле, как первичной силе жизни и общепризнанном значении ценностно – смысловых образований в обеспечении собственно человеческого функционирования (Э. Гуссерль, М. Хайдеггер, К. Ясперс, Ж.-П. Сартр), можно высказать гипотезу о фундаментальном значении дефицитарности смысловых образований в формировании различных форм дезорганизации личности, составляющих психопатологическую основу психических расстройств. Эта гипотеза нашла определенное подтверждение при изучении смысложизненных ориентаций у больных с некоторыми клиническими состояниями, в частности, с различного рода зависимостями [196,209].

Методика смысложизненных ориентаций, разработанная Д. Крамбо и Л. Махоликом (1968) в адаптации Д.А. Леонтьева (2000) позволяет изучить смысложизненные ориентации личности, составляющие основу образа «Я». Показатели методики включают в себя общий показатель осмысленности жизни, а также пять субшкал, отражающих три конкретные смысложизненные ориентации и два аспекта локуса контроля: 1) цели в жизни, 2) процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни, 3) результативность жизни или удовлетворенность самореализации; 4) локус контроля Я и 5) локус контроля – жизнь или управляемость жизни. С помощью этих субшкал оценивались: эмоциональная насыщенность настоящего, наличие осмысленной перспективы будущего, удовлетворенность самореализацией в прошлом, убежденность в принципиальной возможности влиять на события, убежденность в собственной способности влиять на события.

В данной методике жизнь считается осмысленной при наличии целей; удовлетворении, получаемом при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из наличных, и

добиваться результатов. Важным является соотношение элементов со временем. Это предполагает ясное соотнесение целей – с будущим, эмоциональной насыщенности – с настоящим, удовлетворения – с достигнутым результатом, прошлым. Ситуация предоставляет каждому человеку возможность сделать в настоящем определенный выбор в виде поступка, действия или бездействия. Основой такого выбора является сформированное представление о смысле жизни или его отсутствии. Совокупность осуществленных, актуализированных выборов формирует «прошлое», которое неизменно, вариациям подвержены лишь его интерпретации. Таким образом, методика смысложизненных ориентаций позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс), или в прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни. В таблице 12 представлены показатели смысложизненных ориентаций у больных с различными типами дезорганизации личности.

Таблица 12 - Показатели смысложизненных ориентаций у больных с различными типами дезорганизации личности ($M \pm m$)

Шкалы	Нормативные показатели	Больные с невротическим типом личности	Больные с пограничным типом личностной дезорганизации	Больные с психотическим типом личностной дезорганизации
Цели в жизни	$32,90 \pm 3,1$	$23,6 \pm 2,7$	$27,2 \pm 2,4$	$23,4 \pm 2,7$
Процесс жизни	$31,09 \pm 2,9$	$24,0 \pm 2,5$	$29,1 \pm 3,3$	$25,6 \pm 1,9$
Результативность жизни	$25,46 \pm 3,3$	$24,1 \pm 2,6$	$25,7 \pm 3,1$	$23,4 \pm 2,4$
Локус контроля - Я	$21,13 \pm 2,8$	$20,1 \pm 2,1$	$23,7 \pm 2,9$	$18,3 \pm 2,1$
Локус контроля – жизнь	$30,14 \pm 4,2$	$21,6 \pm 2,3$	$25,9 \pm 3,0$	$23,7 \pm 2,3$
Общий показатель (осмысленность жизни)	$103,10 \pm 6,4$	$62,5 \pm 5,8$	$65,4 \pm 6,1$	$72,9 \pm 7,3$
Примечание: общий показатель смысложизненных ориентаций не соответствует прямому суммированию баллов потому, что ряд утверждений (пунктов) повторяется в 2-х или 3-х шкалах.				

Анализ показателей по отдельным шкалам смысложизненных ориентаций и общего показателя осмысленности жизни свидетельствует о снижении уровня смысложизненных ориентаций во всех сравниваемых группах больных без фиксации достоверных различий между ними. На рисунках 3-8 в графической форме приведены показатели по отдельным шкалам методики смысложизненных ориентаций.

Шкала «цели в жизни». Баллы по этой шкале характеризуют наличие или отсутствие в жизни пациента целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и перспективу. Низкие баллы по этой шкале, характерные для всех категорий больных, свидетельствуют о том, что эти люди живут сегодняшним или вчерашним днем, планы их не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Они значительно чаще, чем здоровые, отмечали отсутствие определенных планов и намерений на будущее, что жизнь представляется в той или иной мере сложившейся.

Наиболее низкие показатели по этой шкале получены у больных с невротической и психотической дезорганизацией личности. Они отражали общее удовлетворение жизнью, отсутствие реальных жизненных целей и потребности напряжения для их достижения, нежелание что-либо кардинально менять. Больные с пограничным типом личностной дезорганизации, напротив, не исключают возможности каких-либо перемен в жизни, однако не пытаются приложить к этому собственные усилия (рисунок 3).

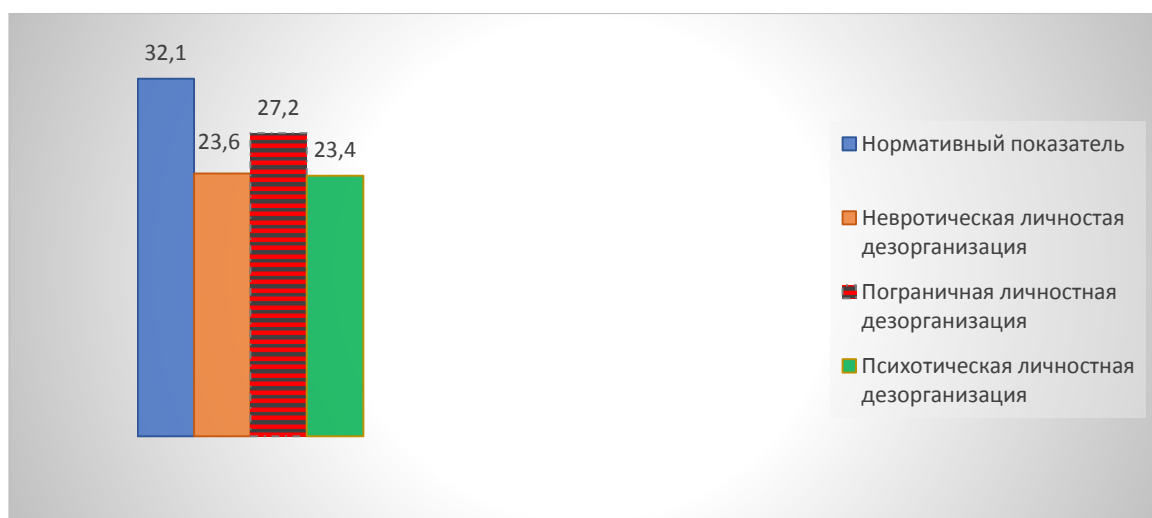


Рисунок 3. Показатели по шкале «цели в жизни» (баллы).

Шкала «процесс жизни» позволяет оценить интерес и эмоциональную насыщенность жизни, наполненность ее смыслом. Как и при анализе данных по предыдущей шкале, во всех группах больных отмечено снижение усредненного показателя. Это указывает на то, что сама по себе дезорганизация личности, а не ее феноменологическое оформление, оказывает негативное влияние на содержательные характеристики смысловых ориентаций больных. Низкие баллы по шкале «процесс жизни» отражают неудовлетворенность своей жизнью в настоящем. Наибольшая дефицитарность смысловых ориентаций по данным этой шкалы отмечена у больных с невротической личностной дезорганизацией, что, на наш взгляд, связано с выраженным дисбалансом и нестабильностью эмоциональной насыщенности жизни у этой категории больных (рисунок 4).

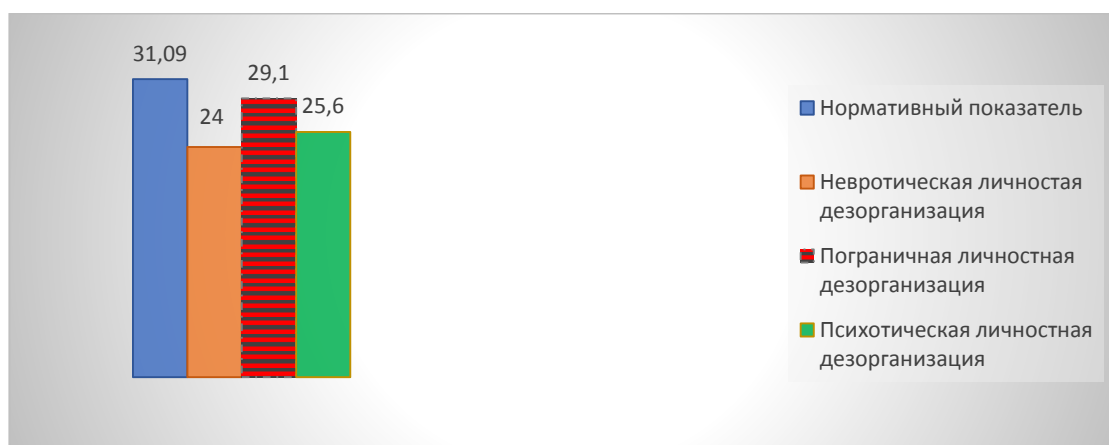


Рисунок 4. Показатели по шкале «процесс жизни» (баллы).

Шкала «результативность жизни». Баллы по этой шкале отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмыслена была прожитая ее часть, насколько человек удовлетворен самореализацией. Низкие показатели по этой шкале установлены у больных с невротической и психотической дезорганизацией личности; у лиц с пограничной личностной дезорганизацией показатель «результативность жизни» оказался несколько превышающим норму, что свидетельствует об удовлетворенности своей жизнью и отсутствии стремления к ее изменению. Напротив, низкие баллы указывают на неудовлетворенность жизненной ситуацией, ощущение того, что жизнь была недостаточно продуктивной и осмысленной с низким уровнем реализации личностных ресурсов (рисунок 5).

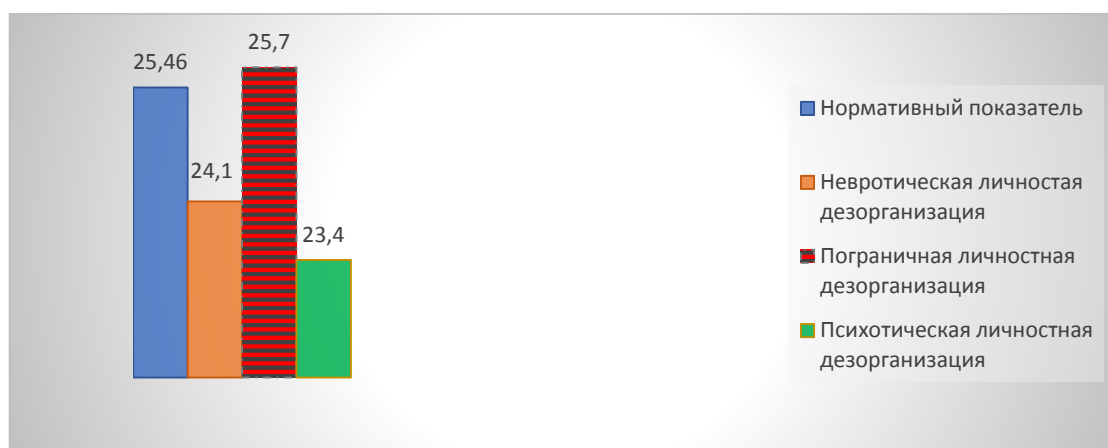


Рисунок 5. Показатели по шкале «результативность жизни» (баллы).

Шкала локус-контроля Я позволяет оценить, насколько испытуемый ощущает себя хозяином своей жизни, насколько он чувствует, что может управлять ею, мобилизоваться в нужное время. Именно такие смысложизненные ориентации оказались характерными для большей части больных с пограничной личностной дезорганизацией. В двух других сравниваемых группах больных показатели локус-контроля Я были ниже нормы (у лиц с психотическим типом дезорганизации – значительно, с достоверностью $p < 0,05$), что свидетельствует о снижении волевых качеств, неверии в свои силы и способности контролировать события собственной жизни и свой образ жизни (рисунок 6).

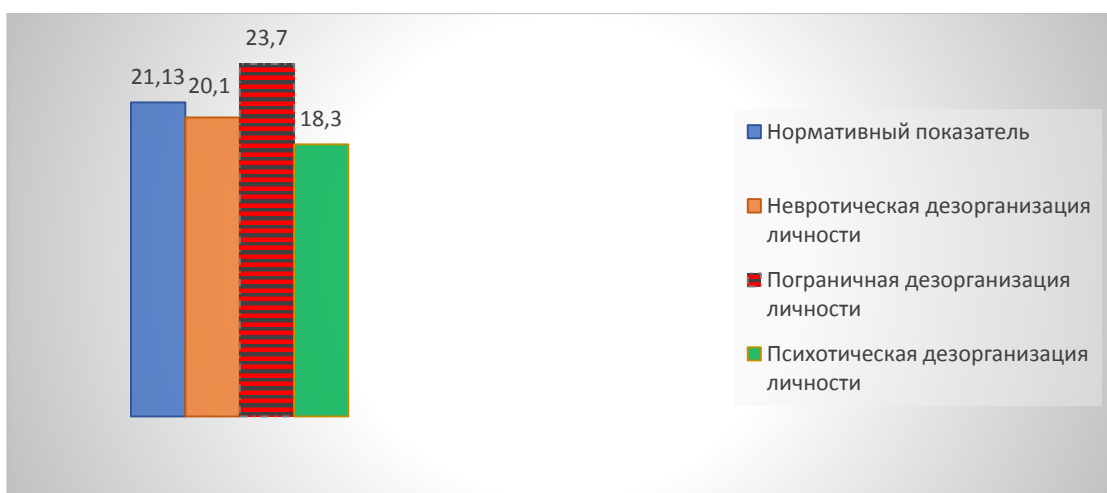


Рисунок 6. Показатели по шкале «локус-контроля-Я» (баллы).

Шкала «локус-контроля-жизнь» нацелена на выявление управляемости жизнью, возможности контролировать ее, принимать решения, адекватные обстоятельствам, и воплощать их в жизнь. Усредненный показатель по этой шкале во всех сравниваемых группах больных оказался значительно ниже ($p < 0,05$) нормативного. Самый низкий показатель ($18,3 \pm 2,1$) получен у больных с психотическим типом личностной дезорганизации. Это свидетельствует о резком снижении самооценки и ресурсных возможностей больных, о невозможности осуществить свой жизненный выбор по своему желанию, справляться с обстоятельствами жизни, управлять и контролировать собственную жизнедеятельность (рисунок 7).

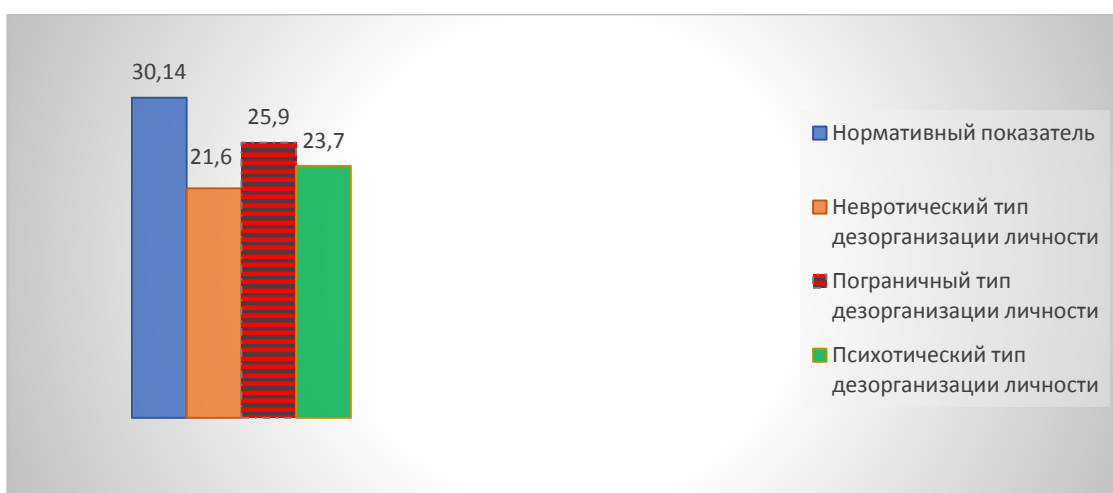


Рисунок 7. Показатели шкалы «локус-контроля – жизнь» (баллы).

Шкала «общий показатель смысловых ориентаций». Данная оценка выводится с учетом всех пунктов теста. Она характеризует общую

осмысленность жизни. Этот показатель коррелирует с представлениями испытуемых о своих достижениях в жизни (как в производственной, так и в семейной сферах); с представлениями о состоянии своего здоровья и наличии или отсутствии у себя болезни; с восприятиями качества своей жизни, а также своей жизненной компетентности и своих когнитивных и адаптивных возможностей; с самоотношением к себе и самоуважением; со своими ценностными ориентациями и со своей активностью в жизни.

Выраженность общего показателя смысложизненных ориентаций в группах обследованных лиц представлена на рисунке 8 и в таблице 12.

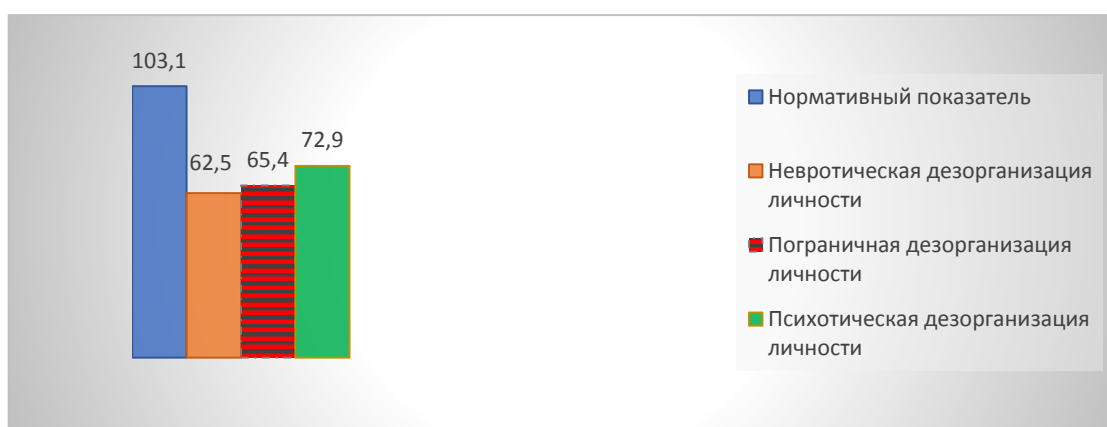


Рисунок 8. Общий показатель смысложизненных ориентаций (баллы).

Общий показатель смысложизненных ориентаций как показатель осмысленности жизни, не отражая суммарное количество баллов по различным субшкалам свидетельствует о достоверном ($p < 0,05$) крайне низком уровне смысложизненных ориентаций у всех категорий обследованных больных. Несмотря на отдельные и относительно нормальные показатели по отдельным субшкалам, глобальный показатель осмысленности жизни отражает дезорганизацию смыслового состояния как типичное проявление дезорганизации личности, вне зависимости от клинических особенностей психических расстройств. Поскольку личностные смыслы возникают в реальной жизнедеятельности, которая у всех обследованных была связана с ситуацией болезни и ее негативными феноменами, представляется возможным объяснить глубокую и во многом однотипную дефицитарность смысложизненных ориентаций состоянием экзистенциальной фрустрации с

вытекающими из него существенными затруднениями в поиске смысла своей жизни.

Снижение показателей смысложизненных ориентаций по всем шкалам, включая шкалу осмысленности жизни, можно, с нашей точки зрения рассматривать в контексте представлений об актуальных смысловых состояниях, представляющих собой совокупность актуализированных, генерализованных смыслов, размещенных во временной перспективе [197]. На формирование актуального смыслового состояния влияет способность индивида анализировать и обобщать актуальные смыслы и формировать жизненные цели. Адекватное осмысление реальности в настоящем возможно при критическом осмыслении прошлого опыта и относительно индивидуальной цели. Посредством синхронизации смысловых локусов происходит расширение границ субъективной реальности, т.е. интеграция личности в новые условия жизни.

Исходя из этого, низкие показатели смысложизненных ориентаций, включая общий показатель, у больных с различными типами дезорганизации личности свидетельствуют о низком уровне осмысленности прошлого, настоящего и будущего (первый класс актуальных смысловых состояний по А.В. Серому и др.,) [198]. Для них характерны неудовлетворенность прожитой частью жизни, низкая осмысленность своей жизни в настоящем, отсутствие целей в будущем и, следовательно, дискретное восприятие своей жизни в целом. Независимо от типа личностной дезорганизации, сам по себе процесс нарушения идентичности сопровождается утратой направленности личностных смыслов. Однотипный характер нарушения процесса синхронизации смысловых локусов не позволяет многим больным с дезорганизацией личности расширять границы субъективной реальности и обеспечивать социальную интеграцию пациента. Существенные затруднения в поиске смысла своей жизни лежат в основе неверия в свои силы контролировать события собственной жизни, фатализма, убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, бессмысленно что-либо загадывать на

будущее (низкие баллы по субшкалам «Локус контроля Я» и «Локус контроля – жизнь»).

Следует отметить, что в меньшей степени сказанное выше относится к лицам с пограничной дезорганизацией личности (несмотря на присутствие в этой группе больных с заболеваниями психотического регистра). Более того, у этих пациентов, на фоне снижения потенциала смысловых ориентаций, сохраняются представления о себе как о сильной личности.

РАЗДЕЛ 5. ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСУРСОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ (СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ) И ФИКСИРОВАННЫХ СПОСОБОВ РЕАГИРОВАНИЯ (КОПИНГ- СТРАТЕГИЙ) У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

5.1 Результаты исследования ресурсов психологической устойчивости (субъективного благополучия)

Проблема адаптации и успешного функционирования человека является одной из наиболее важных аспектов гуманистических подходов в психиатрии. Ее рассмотрение с позиции структурно – личностной организации человека и ее целостности, и интегрированности при нормальном психическом состоянии делает возможным изучение этих вопросов у больных с психическими расстройствами в контексте различных уровней дезорганизации личности и субъективного преломления в сознании конкретного пациента различных составляющих личностного потенциала или ресурсов личности.

Содержание понятия «ресурсы» разрабатывается, главным образом, в рамках развития теории психологического стресса. По определению В.А. Бодрова [115], ресурсы являются теми физическими и духовными возможностями человека, мобилизация которых обеспечивает преодоление неблагоприятных жизненных событий. В ресурсной концепции стресса С. Хобфолла [118] ресурсы определяются как то, что является значимым для человека и помогает ему адаптироваться в трудных жизненных ситуациях. В концепции С. Хобфолла потеря внутренних (личностных) и внешних (социальная поддержка) ресурсов рассматривается, как первичный механизм, запускающий стрессовые реакции, влекущие за собой потерю субъективного благополучия и негативно влияющие на состояние здоровья личности.

По данным многочисленных исследований личностные ресурсы могут быть представлены как система способностей человека к устранению противоречий личности с жизненной средой, преодолению неблагоприятных жизненных обстоятельств посредством трансформации ценностно – смыслового измерения личности, задающего ее направленность и создающего основу для самореализации. Другими словами, личностные ресурсы выступают как системная, интегральная характеристика личности позволяющая преодолевать трудные жизненные ситуации, актуализирующаяся и проявляющаяся в процессах самодетерминации личности.

Комплексное изучение личностного потенциала включает исследование таких составляющих как ресурсы устойчивости, ресурсы саморегуляции и операциональные ресурсы [125]. Ресурсы устойчивости, как мера психологического благополучия (неблагополучия) человека, отражает одновременно и оценку качества жизни в настоящем и уровень субъективно воспринимаемой проблемности различных, в том числе неблагоприятных ситуаций в будущем. В частности, у лиц с низким уровнем ресурсов устойчивости (субъективного благополучия) даже умеренно неблагоприятная ситуация может представляться серьезной (критической, экстремальной) проблемой.

Сторонники гуманистического подхода рассматривали психологическое благополучие в контексте развития и личностного роста. Так, А. Маслоу [210] ввел понятие самоактуализации, приводящей к достижению идентичности. К Роджерс [53] определял психологически здорового человека через конгруэнтность, самопознание и реализацию потребности в актуализации, называя таких людей полноценно функционирующими. Р. Райан и Э. Дэси [211,212], разрабатывая теорию самодетерминации, ввели три потребности, степень реализации которых определяет благополучие личности: автономность, компетентность и чувство общности.

Н. Брэдбурн [213] автор термина психологическое благополучие, разработал первую структурную модель данного феномена, выделяя в его основе позитивные и негативные аффекты. Таким образом, благополучие личности достигалось через удовлетворенность жизнью и ощущение счастья.

Э. Динер [214], в свою очередь, ввел понятие субъективного благополучия, считая его компонентом психологического. Субъективное благополучие – это оценка личностью качества своей жизни. Оно состоит из трех компонентов: интеллектуальной оценки степени удовлетворенности жизнью, положительных и отрицательных эмоций. М. Селигман [215] выделил следующие компоненты психологического благополучия: положительные эмоции, смысл как принадлежность чему-то и служение ему, вовлеченность, позитивные отношения и достижения.

В 90-х годах 20 века К. Рифф [216] была разработана, на наш взгляд, наиболее полная теоретическая модель психологического благополучия. Ей удалось интегрировать в единую модель различные подходы к пониманию данного феномена: теории, рассматривающие независимость, самодостаточность и личностный рост как определяющие критерии полноценного функционирования личности (К. Роджерс, А. Маслоу, К.Г. Юнг, К. Хорни, Р. Райан, Э. Дэси); концепции, акцентирующие внимание на значимости позитивных межличностных отношений для субъективного ощущения счастья и благополучия (А. Адлер, М. Селигман, И. Бонивелл, Х. Фридман); подходы, считающие поиск смысла жизни и осуществление жизненных целей детерминантами развития личности (В. Франкл, М. Селигман, И. Бонивелл, Х. Фридман, М. Чиксентмихайн). К. Рифф определила психологическое благополучие как стремление человека к совершенству, которое представляет собой реализацию им своего истинного потенциала.

Психологическое благополучие представляет собой целостное переживание, связанное с базовыми человеческими ценностями и потребностями и выраженное в субъективном ощущении удовлетворенности

собой и собственной жизнью. Для оценки уровня психологического благополучия необходимо учитывать соотношение, с одной стороны, внутренних условий, порождающих психологические проблемы человека (эмоциональные, коммуникативные, когнитивные), а с другой – влияние внешних социальных факторов (стрессоров разной интенсивности). С этой точки зрения чувство психологического благополучия может быть описано как психологическое состояние человека, связанное с его способностью справляться с внешними и внутренними угрозами и тем самым обуславливающее эффективность его социального функционирования [217].

К важнейшим показателям психологического благополучия относят систему отношений человека к себе и миру, личностные качества, в том числе эмоциональную и волевую сферу, умение поддерживать ощущение субъективного благополучия, сохранять оптимальный фон функциональных состояний. Таким образом, субъективная оценка психологического благополучия или неблагополучия является индивидуальным критерием, позволяющим оценить и проанализировать степень самоэффективности, а также удовлетворенности качеством жизни в целом [218]. Представления о собственном психологическом благополучии и его оценкам ограничивают или расширяют возможность получения удовольствия от жизни, определенным образом влияют на способность личности к полноценному функционированию, успешной самореализации и социальной адаптации в целом [219].

Психологическое благополучия рассматривается как интегральный показатель степени направленности человека на личностный рост, самопринятие, на способность быть компетентным в управлении повседневными делами, а также противостоять социальному давлению, иметь цели в жизни [220].

К. Рифф и Б. Сингер [221], проанализировав различные подходы к исследованию субъективного благополучия в разных сферах жизни, определили структуру психического благополучия, включающую такие

переменные, как самопринятие, позитивные взаимоотношения, личностный рост, целеустремленность, умение преуспевать в среде функционирования, автономия.

Эта модель была выбрана в качестве теоретической основы для изучения психологического благополучия больных с различным уровнем личностной дезорганизации.

Дезорганизация личности – это прежде всего дезорганизация самосознания и поведения. А.О. Бухановский [222] под термином «дезорганизация» понимает патологический процесс разрушения сложившейся к моменту начала болезни структуры личности в целом или отдельных ее компонентов. По его мнению, дезорганизация приводит к разнообразным по выраженности и структуре дефектам личности.

Дезорганизация структуры личности является альтернативой (полной противоположностью) состоянию структурной сбалансированности личности, включающему в себя волевую регуляцию поведения, использование нравственных и мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов. В качестве обязательного компонента для оптимального, стабильного функционирования личность должна обладать определенными социально – психологическими образованиями, включающими оценку и отношение человека к своей жизни и самому себе. Таким образованием является феномен психологического (субъективного) благополучия. Его количественный эмоциональный и поведенческий компоненты характеризуются субъективностью, позитивностью и глобальностью измерений. В доступной нам литературе существует единичные работы, посвященные изучению психологического благополучия при психических расстройствах [223].

Для измерения уровня актуального психологического благополучия и оценки выраженности его отдельных компонентов использовалась «Шкала психологического благополучия» К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко [220]. Опросник содержит пункты, образующие 6 шкал, ответы

по которым оцениваются с помощью классических ключей: «Позитивные отношения с окружающими», «Автономия», «Управление средой», «Личностный рост», «Цели в жизни», «Самопринятие». *Самопринятие* – это аутентичное понимание своих чувств, поступков, возможностей и способностей. Проявляется в позитивной Я-концепции, понимании и принятии многочисленных аспектов Я, включая темные стороны личности. Также самопринятие выражается в положительном отношении к пошлему. Является основой психического здоровья, самоактуализации личности, личностной целостности и оптимального функционирования. *Позитивные взаимоотношения* – универсальный тип отношений с людьми вне зависимости от степени аффективной близости, стремление создавать атмосферу поддержки близким людям, ожидания от других преимущественно положительных реакций на свое поведение. Выражается в культивировании чувств теплоты, доверия и интимности в отношениях с окружающими. Проявляется в стремлении делать добро, эмпатически выслушивать собеседника, склонности к компромиссу и сотрудничеству. *Личностный рост* – процесс поступательного положительного самоосуществления личности. Стремление совершенствовать свои способности и таланты для личностного развития и реализации личностного потенциала. *Целеустремленность* – наполненность жизни смыслом, поддержание целостности личности на разных периодах жизни. Выражается в наличии высшей цели. *Умение преуспевать в среде* (управление средой) функционирования – способность использовать возможности среды для духовного роста и оптимального функционирования. Выражается в расширении ролевого репертуара и границ «Я», за счет формирования чувства самоэффективности, внутренней мотивации и самоконтроля. Способность улаживать повседневные дела, не теряя связи с сущностными стремлениями. Умение использовать возможности окружения для саморазвития личностного потенциала. Способность вносить продуктивные новации на микро- и макросоциальном уровне. *Автономия* – выражается в

самодетерминации, независимости и опоре на внутренние ценности. Личная ответственность, способность противостоять давлению извне, невзирая на существующие в среде функционирования стандарты поведения.

Бланк методики представляет собой список утверждений, респонденту необходимо выразить степень своего согласия или несогласия с тем или иным утверждением, поставив отметку на шкале, содержащей 6 возможных градаций от «абсолютно согласен» до «абсолютно не согласен».

Анализ полученных данных выявил четкую тенденцию, выразившуюся в значительном снижении показателей психологического благополучия у больных с различным уровнем дезорганизации личности (таблица 13).

Это снижение затронуло все субшкалы методики, но наименьшую выраженность имело у больных с невротической дезорганизацией личности. И по среднему баллу показателей всех субтестов ($67 \pm 4,7$), и по общему показателю психологического благополучия ($405,5 \pm 29,7$) у них выявлены более высокие баллы (хотя и не достигающие нормативных), чем в двух других сравниваемых группах больных. Наиболее низкие показатели психологического благополучия (соответственно $50,1 \pm 6,2$ и $300 \pm 24,3$) зарегистрированы у больных с психотическим уровнем дезорганизации личности. Промежуточное положение заняли пациенты с пограничным уровнем личностной дезорганизации ($58,15 \pm 5,8$ и $348 \pm 21,4$). Приведенные результаты во всех сравниваемых группах больных имели уровень статистической значимости. Такой же уровень различий имели результаты сравнения по шкале «позитивные отношений».

Аналогичная тенденция установлена при сравнении удельного веса больных с различным уровнем дезорганизации личности в зависимости от степени выраженности субъективного благополучия (таблица 14,15,16). При анализе уровней психологического благополучия обследованных больных использовался диапазон нормативных показателей по всем субшкалам (версия И. Лепешинского):

Шкалы	Низкие показатели	Средние показатели	Высокие показатели
Позитивные отношения	44 - 61	62 - 78	79 - 84
Автономия	42 - 54	55 - 67	68 - 75
Управление средой	41 - 58	59 - 75	76 - 80
Личностный рост	44 - 59	60 - 75	76 - 79
Цели в жизни	44 - 62	63 - 79	80 и более
Самопринятие	39 - 57	58 - 75	76 - 81
Психологическое благополучие	274 - 353	354 - 433	434 - 454

Таблица 13 - Сравнительная характеристика показателей психологического благополучия у больных с различным уровнем личностной дезорганизации

Шкалы	Средние значения, (X) ± m		
	Невротический уровень дезорганизации личности	Пограничный уровень дезорганизации личности	Психотический уровень дезорганизации личности
Позитивные отношения	63,7 ± 5,7*	60,7 ± 5,8	54,8 ± 4,7**
Автономия	57,3 ± 4,9	58,9 ± 4,7	53,2 ± 5,2
Управление средой	58,3 ± 4,4	56,5 ± 4,3	50,3 ± 3,8
Личностный рост	55,7 ± 5,1	58,6 ± 5,7	54,0 ± 6,4
Цели в жизни	57,5 ± 5,7	58,5 ± 4,6	55,1 ± 5,4
Самопринятие	56,5 ± 3,9	55,7 ± 4,8	53,3 ± 4,9
Средний балл	67,5 ± 4,7*	58,15 ± 5,8**	50,1 ± 6,2**
Психологическое благополучие	405,5 ± 29,7*	348 ± 21,4**	300 ± 24,3**
Примечание: *- различия с нормативными показателями являются статистически значимыми (p < 0,05). ** - различия с показателями предыдущей группы являются статистически значимыми (p < 0,05).			

Таблица 14 - Характеристика уровня психологического благополучия у больных с невротической дезорганизацией личности (%)

Шкалы	Степень выраженности психологического благополучия		
	Высокая	Средняя	Низкая
Позитивные отношения	6,3	31,2	62,5
Автономия	12,5	25,0	62,5
Управление средой	-	37,5	62,5
Личностный рост	-	43,7	56,2
Цели в жизни	-	50,0	50,0
Самопринятие	6,3	18,7	75,0

Таблица 15 - Характеристика уровня психологического благополучия у больных с пограничной дезорганизацией личности (%)

Шкалы	Степень выраженности психологического благополучия		
	Высокая	Средняя	Низкая
Позитивные отношения	-	31,6	68,4
Автономия	10,5	21,1	68,4
Управление средой	10,5	31,6	57,9
Личностный рост	5,3	26,3	68,4
Цели в жизни	-	31,6	68,4
Самопринятие	10,5	15,9	73,6

Таблица 16 - Характеристика уровня психологического благополучия у больных с психотической личностной дезорганизацией (%)

Шкалы	Степень выраженности психологического благополучия		
	Высокая	Средняя	Низкая
Позитивные отношения	3,0	23,5	73,5
Автономия	5,9	11,8	82,3
Управление средой	-	8,8	91,2
Личностный рост	3,0	17,6	79,4
Цели в жизни	-	23,5	76,5
Самопринятие	5,9	23,5	70,6

Высокая (оптимальная) степень психологического благополучия для больных сравниваемых групп была нехарактерной и встречалась у незначительного количества обследованных (от 5,3 до 12,5%) по разным

шкалам. По некоторым шкалам высокие показатели вообще отсутствовали: больные с невротической дезорганизацией личности (шкалы «управление средой», «личностный рост», «цели в жизни»), больные с пограничной личностной дезорганизацией (шкалы «позитивные отношения» и «цели в жизни») и больные с психотической дезорганизацией личности (шкалы «управление средой» и «цели в жизни»). Обращает на себя внимание, что ни один из больных по субшкале «цели в жизни» не обнаружил высоких показателей.

У подавляющего количества больных во всех сравниваемых группах преобладал низкий уровень субъективного благополучия по всем шкалам методики. С наибольшей частотой значительная дефицитарность психологического благополучия, как важнейшего компонента личностного потенциала и ресурсов устойчивости личности, наблюдалась у больных с психотическим типом личностной дезорганизации.

Низкие показатели, выявленные у больных с различными уровнями дезорганизации личности по всем шкалам методики, свидетельствуют о значительном снижении субъективной и объективной стороны психологического благополучия. Ниже представлена содержательная интерпретация шкал, показатели которых соответствуют низкому уровню субъективного благополучия – основному для обследованного контингента больных:

Шкала «Позитивные отношения с другими» - больные испытывают недостаток близких, доверительных отношений с окружающими, неспособность к эмпатии, недостаток навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми; в межличностных отношениях они изолированы и фрустрированы, не желают идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими.

Шкала «Автономия» - больные характеризуются как несамостоятельные, зависимые от мнения и оценок окружающих; неспособные самостоятельно регулировать собственное поведение и

оценивать себя в соответствии с личными критериями и собственными стандартами; при принятии важных решений полагаются на мнение других, имеют низкий ресурс самоопределения и самоорганизации своей жизнедеятельности.

Шкала «Управление средой» - пациенты не обладают чувством уверенности и компетенцией в управлении окружением, не способны контролировать свою внешнюю деятельность, создавать необходимый контекст и условия для реализации личных потребностей и достижения целей; испытывают сложности в организации повседневной деятельности, чувствуют себя неспособными изменить, улучшить и эффективно использовать складывающиеся обстоятельства, испытывают дефицит чувства контроля за происходящим вокруг.

Шкала «Личностный рост» - больные испытывают чувство личностной стагнации, осознают отсутствие собственного развития, не ощущают развитие своего потенциала и соответствующих условий для этого; испытывают скуку, не имеют интереса к жизни, ощущают неспособность устанавливать новые отношения или изменить свое поведение; отсутствует ощущение личностного прогресса с течением времени, чувство самореализации своей субъектности.

Шкала «Жизненные цели» - больные лишены смысла в жизни; имеют мало целей или намерений; отсутствует чувство направленности, не находят цели в своей прошлой жизни; не имеют перспектив или убеждений, определяющих смысл жизни, оснований и причин для того, чтобы жить.

Шкала «Самопринятие» - больные испытывают чувство неудовлетворенности собой, разочарования своим прошлым, личностными качествами, не принимают себя теми, кем являются на самом деле, не осознают и отвергают разные стороны своего Я, включая как положительные, так и отрицательные качества.

Таким образом, изучение структурных и содержательных характеристик психологического благополучия, как интегрального,

системного состояния человека, у больных с различным уровнем личностной дезорганизации (безотносительно типологических клинических особенностей этих пациентов) выявило значительное снижение уровня их удовлетворенности собой и собственной жизнью.

Показатели всех изучавшихся факторов (объективированных в виде соответствующих субшкал), способствующих формированию и поддержанию психологического благополучия пациентов, отражают низкий уровень самореализации своей субъектности, целеустремленности к управлению жизнью, утрату стремления к саморазвитию и самосовершенствованию. Это существенно ограничивает субъективную и объективную способность личности в сфере взаимодействия с собой и окружающим миром, снижает удовлетворенность межличностными отношениями и общением, возможность достижения внутреннего баланса личности в ситуации болезни («жизни с болезнью и «жизни в болезни»).

Качественная интерпретация различных составляющих психологического благополучия и этого феномена в целом показала важность попыток объективации субъективных впечатлений пациента об уровне самореализации своей субъективности и устойчивости личностных ресурсов, в значительной мере определяющих возможность субъективно-личностного восстановления больного и объективного контроля за этим процессом.

5.2. Особенности совладающего поведения (копинг – стратегий) в ситуации «жизни с болезнью»

В гуманистически ориентированной психиатрии интегральной характеристикой психического расстройства является личностная дисфункция или дезорганизация личностного потенциала. Личность – это внутренний мир человеческого Я как результат самоактуализации. Ключевым является понимание того, что каждый человек уникален,

неповторим, что высшая ценность – это жизнь конкретного и его самоактуализация, то есть способность максимально реализовать свои способности и стремления или личностный потенциал.

Личностный потенциал (ресурсы личности) – это интегральная системная характеристика индивидуально – психологических особенностей личности, лежащая в основе способности личности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности в неблагоприятных условиях жизни (жизни с болезнью). Это способность личности проявлять себя в качестве личности, выступать автономным саморегулируемым субъектом активности, сочетающим устойчивость к воздействию внешних обстоятельств и гибкое реагирование на изменения внешней и внутренней ситуации [224,225,226].

Всемирная организация здравоохранения, развивая парадигму личностно – ориентированной психиатрии [2], подчеркивает 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. С этих позиций психическое расстройство может рассматриваться как проявление личностной дисфункции, неблагоприятной трансформации ценностно – смысловой системы или дезорганизации личностного потенциала (потенциала самоактуализации и саморегуляции) в условиях взаимодействия человека (пациента) с жизненной средой. Это взаимодействие, как правило, приобретает дегуманизирующий, ограничительно – стигматизирующий колорит, что позволяет интерпретировать его как трудную жизненную ситуацию (жизнь с болезнью, жизнь в болезни), насыщенную системными стрессогенными воздействиями.

Это делает актуальным изучение у больных с различными типами дезорганизации личности индивидуальных психологических ресурсов, в том

числе копинг – стратегий (стратегий преодоления трудных жизненных ситуаций), определяющих устойчивость личности и соотношение смыслообразующих мотивов с определенными поведенческими особенностями человека [226,227,228]. Особенность копинг – стратегий (стратегий совладающего поведения) лежат в основе способности человека преодолевать трудные жизненные ситуации, сохраняя целостность своей личности, ее интегративные свойства и обеспечивая стрессоустойчивость [229].

Совладание с жизненными трудностями есть постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать трудностей, либо вытерпеть их. Можно определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, через осознание стратегии действий. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддается контролю. Его стили и стратегии рассматриваются как отдельные элементы сознательного поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями. Эффективность той или иной стратегии зависит от особенностей актуальной ситуации и имеющихся личностных ресурсов.

Чем разнообразнее и активнее выбор копинг – механизмов, тем выше адаптационный потенциал и тем успешнее происходит психологическая адаптация личности и реализация ее ресурсных возможностей [230].

Для изучения копинг – механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности и копинг – стратегий использовался опросник «Способы совладающего поведения». Методика разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом и стандартизирована Л.И. Вассерманом и другие (2009). Опросник состоит из 50 утверждений, сгруппированных в 8 шкал: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Таким образом, исследовались 8 ситуативно – специфических типов совладания со стрессом, проявляющихся в поведенческой, эмоциональной и когнитивных сферах. Анализ полученных данных осуществлялся с ориентацией на три основных критерия качественной оценки копинг – стратегий [231,232]:

1. Эмоциональный / проблемный: эмоционально – фокусированный копинг – направлен на урегулирование эмоциональных реакций; проблемно – фокусированный – направлен на то, чтобы справиться с проблемой.

2. Когнитивный / поведенческий: когнитивный копинг – когнитивное решение проблемы; поведенческий копинг – ориентирован на поведенческие действия.

3. Успешный / неуспешный: успешный копинг – используются конструктивные стратегии, приводящие к преодолению стрессогенной ситуации; неуспешный копинг – используются неконструктивные стратегии, которые препятствуют совладанию с проблемой.

Стратегии планирования решения проблем и самоконтроля являются наиболее адаптированными, способствующими мобилизации личностных ресурсов. Стратегии конфронтации, дистанцирования и бегства – избегания имеют отчетливый неконструктивный характер, способствуют формированию и нарастанию нервно – психического напряжения и симптомов дистресса. Стратегии поиска социальной поддержки и принятия ответственности относятся к условно – конструктивным, так как при умеренной выраженности они улучшают возможность преодоления стресса

за счет внешних ресурсов и осознания своей роли и своих возможностей в преодолении стресса, но при более активном использовании способствуют формированию зависимой позиции или разочарований в силу чрезмерных ожиданий от окружающих, или же имеют риск необоснованной самокритики и принятия чрезмерной ответственности с формированием чувства вины и неудовлетворенности в собственных силах. Преимущественное использование когнитивных возможностей при стратегиях принятия ответственности и положительной переоценки дает основание для отнесения последней к условно – конструктивным видам копинга.

В таблице 17 представлены средние значения показателей копинг – стратегий у больных с различными типами дезорганизации личности. Учитывались нормативные показатели, полученные Е.Р. Исаевой (2009).

Таблица 17 - Показатели копинг – стратегий у больных с различными уровнями дезорганизации личности

Копинг - стратегии	Средние значения в Т-баллах; М ± m			
	Нормативные показатели	Невротический уровень дезорганизации личности	Пограничный уровень дезорганизации личности	Психотический уровень дезорганизации личности
Конфронтация	50,7 ± 0,7	48,2 ± 0,9	58,7 ± 1,2*	69,05 ± 1,9*
Дистанцирование	49,4 ± 0,6	54,9 ± 1,7	50,2 ± 1,26	48,4 ± 1,54
Самоконтроль	63,7 ± 0,5	47,8 ± 0,7*	48,4 ± 1,05*	43,3 ± 0,8*
Поиск социальной поддержки	62,8 ± 0,6	49,5 ± 0,24*	54,5 ± 1,26	48,1 ± 1,07*
Признание ответственности	62,9 ± 0,7	51,1 ± 1,6	46,5 ± 1,2*	45,8 ± 1,15*
Бегство – избегание	45,2 ± 0,5	51,25 ± 1,14	54,6 ± 1,24*	55,2 ± 0,86*
Планомерное решение проблемы	67,8 ± 0,6	44,8 ± 1,16*	47,7 ± 2,1*	40,0 ± 0,93*

Положительная переоценка	56,1 ± 0,5	46,6 ± 0,76*	52,0 ± 0,81	46,02 ± 1,14*
Примечание: *- различия с нормативными показателями являются статистически значимыми (p < 0,05).				

Анализ приведенных в таблице 17 данных позволяет прийти к выводу, что система совладания с трудными жизненными ситуациями у больных с различными типами дезорганизации личности существенно отличается от нормативных показателей. Больные всех сравниваемых групп используют как продуктивные, так и непродуктивные копинг – стратегии, однако соотношение этих способов и их активность (напряженность, предпочтительность) имели как общие, так и индивидуально специфические особенности.

Общей тенденций, характерной для всех категорий пациентов, явилось редкое использование и низкий уровень ресурсной значимости копинг – стратегий, которые обычно отражают конструктивные усилия личности, направленные на преодоление жизненных трудностей (стратегии самоконтроля, планомерного решения проблем, социальной поддержки, признания ответственности) и предпочтительное обращение к таким непродуктивным способам совладания, не способствующим адаптивному поведению больных, как конфронтация и бегство – избегание.

Такое соотношение и диапазон «работающих» поведенческих стратегий подавляет активность личности, являющейся ядром функционального состояния и побудительной силой мотивационного статуса человека, и свидетельствует об ограниченных ресурсных возможностях личности как саморегулирующейся системы приспосабливаться к изменяющимся внешним условиям.

Стратегия конфронтации. Эта стратегия предполагает попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с

возникающими трудностями. У больных с невротической дезорганизацией личности эта непродуктивная стратегия ($48,2 \pm 0,9$ Тбаллов) рассматривалась как дефицитарная, редко используемая, то есть не имеющая ресурсного значения для личности больных. Это можно расценить как индикатор относительной интегрированности поведенческой, эмоциональной и когнитивных сфер.

У больных с пограничным ($58,7 \pm 1,2$ Т баллов) и особенно с психотическим ($69,05 \pm 1,9$ Т баллов) типом личностной дезорганизации наблюдалось значительное повышение этого показателя (стратегии противостоящего совладания). Предпочтительное использование неконструктивного конфронтационного копинга предполагает усиление активности, часто импульсивной, непоследовательной и хаотичной с целью попытаться хоть как – то повлиять на ситуацию, эмоциональное возбуждение со стеническими эмоциями (агрессивностью, злостью), настойчивостью, чрезмерной прямолинейностью и отсутствием гибкости; отсутствие плана действий, дезорганизацию мыслительной деятельности, аффективную захваченность ситуацией. Активация этой копинговой стратегии связана со стремлением разрешения проблемы, однако за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности и осуществления конкретных действий без рациональной обоснованности поведения.

Стратегия дистанцирования предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. У больных невротической группы ($54,9 \pm 1,7$ Т баллов) она характеризовалась незначительной тенденцией к повышению стремления совершенствовать сознательные усилия по подавлению неприятных переживаний и переключению внимания на другие более приемлемые виды деятельности. Не конструктивность этой стратегии заключается в отказе от решения проблемы нестандартными методами, использовании стереотипно –

автоматизированных подходов, ограничивающих возможность максимального использования ресурсов самореализации и самоактуализации.

В группе больных с пограничной ($50,2 \pm 1,26$) и психотической ($48,4 \pm 1,54$ Т баллов) дезорганизацией личности не наблюдалось активных попыток дистанцироваться от трудных жизненных ситуаций и использовать когнитивные стратегии преодоления стресса. Такой стиль поведения отражает не столько сознательную стратегию снижения внутренней напряженности, сколько соответствует поведению по типу личностной беспомощности и не является подлинной и надежной стратегией преодоления. Отказ от активации этой стратегии в ситуации болезни и включения ее в диапазон ресурсных преодолевающих усилий, скорее всего, свидетельствует об общем угнетении волевых побуждений пациентов и снижении возможностей их потребностно – смысловой системы. Можно также думать о вероятностном обесценивании собственных переживаний, недооценке больными значимости и возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций.

Стратегия самоконтроля предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемной за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию. Эта копинг-стратегия, которая обычно отражает конструктивные усилия личности, направленные на преодоление жизненных трудностей, пациентами всех сравниваемых групп использовалась редко, отражая низкий уровень ресурсных возможностей различных категорий психически больных вне связи с конкретными диагностическими категориями. По-видимому, решающим фактором в дезактивации стратегии самоконтроля является сама по себе дезорганизация личности, не способствующая адаптивному поведению больных и процессам совладания. Переживание ситуации болезни не сопровождается у них активацией этой стратегии и ее включением в спектр реальных ресурсных

возможностей больных. У них отсутствует стремление к контролю за действиями и высказываниями, проявление сдержанности в своих спонтанных проявлениях; сознательные усилия по сохранению самообладания, уверенности и оптимизма; резко снижается способность к продуктивной активации мыслительной деятельности, продумыванию своих слов и действий, внимание к новой информации и настороженность к внешним рациональным сигналам.

Стратегия поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Аналогично с тенденцией, характерной для самоконтроля, во всех группах больных выявлена значительная дефицитарность использования стратегии поиска социальной поддержки как ключевых проявлений осознанной психологической защиты от нарушений сети взаимосвязей больных, одиночества и отчуждения. В наибольшей степени эта тенденция была присуща больным с психотическим уровнем дезорганизации личности ($48,1 \pm 1,07$ Т баллов). Отказ от поиска социальной поддержки означает отказ от обращения к помощи окружающих и не предполагает активного взаимодействия, общения с другими людьми, эмоциональную включенность в ситуацию, острую потребность в защите и безопасности, ориентацию на чужой опыт, стремление ослабить эмоциональное напряжение. В целом, поиск социальной поддержки при различных уровнях дезорганизации личности ограничивается ее пассивным ожиданием, а не активным поисковым поведением и разрешением проблемы за счет привлечения внешних ресурсов.

Стратегия принятия ответственности предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. Эта разновидность продуктивного копинга в той или иной мере характеризовалась низкой степенью активности или

самовостребованности и так же, как две предыдущие копинг – стратегии не может считаться ресурсной. Обесценивание стратегии «принятие ответственности» явилось общим вектором дезадаптивного реагирования на трудную жизненную ситуацию для всех групп обследованных больных. В содержательном отношении они характеризовались неуверенностью и непоследовательностью действий, «впадением» в состояние беспомощности, зависимой позицией; чувством вины с депрессивным оттенком; растерянностью, отсутствием четкого плана, ориентацией на внешнюю оценку, неустойчивостью представлений о себе, самообвинением, фиксацией на собственной некомпетентности и отсутствием плана действий по выходу из ситуации.

Стратегия «бегство – избегание» характеризуется иным стилем противодействия стрессу у всех категорий обследованных больных, её активацией и предпочтительным использованием. Стратегия бегства – избегания представляет собой попытки преодоления личностно негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу отрицания проблемы, неоправданных ожиданий ее разрешения, уклонения от ответственности. Больные характеризуются утратой стремления осмыслить ситуацию, пассивностью, уходом от активных действий, мысленным избеганием проблемы и анализа своей роли в ней. Сохранению надежды на благоприятный исход сопутствует тревога и эмоциональное напряжение.

Стратегия планирования решения проблемы предполагает попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей. Использование этой стратегии означает признание пациентом своей роли в возникновении актуальных проблем и ответственности за их решение. Эта копинг – стратегия имела

наиболее низкую востребованность и ресурсную активность в ответ на трудную жизненную ситуацию у больных с различными типами дезорганизации личности. Речь идет об отсутствии необходимых ресурсов (способностей и готовности) продуктивного решения проблемы, в частности активного взаимодействия с внешней ситуацией, сохранении самообладания, уравновешенности, глубокого анализа ситуации, обращения к прошлому опыту. У таких больных повышена вероятность чрезмерной рациональности, недостаточной эмоциональности, интуитивности и спонтанности в поведении.

Стратегия положительной переоценки предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Эта когнитивная стратегия, как и другие продуктивные стратегии не имела для больных с различными типами дезорганизации личности ресурсного значения. Больные не использовали усилия, направленные на сохранение веры, надежды и оптимизма при анализе ситуации, поиск смысла случившегося, не фокусировали внимание на возможность положительных аспектов, не пытались переосмыслить свои отношения и жизненные ценности, что свидетельствует о недооценке личностью возможностей действенного разрешения проблемной ситуации. По – видимому, усилия, направленные на поиск преимуществ или, по крайней мере, позитивных оттенков сложившейся ситуации, не являются характерными механизмами совладания при различных формах дезорганизации личности, утрате ее целостности и идентичности.

У больных с невротической дезорганизацией личности к базовым копинговым стратегиям с умеренной степенью их выраженности относятся стратегии дистанцирования и бегства – избегания. Использование больными этих стратегий способствует формированию нервно – психической напряженности, неудовлетворенности собой и усугубляет проявления дистресса. Поэтому обе копинг – стратегии являются непродуктивными. Их

интенсивное использование чревато невозможностью справиться со стрессовой ситуацией. Однако, если стратегия бегство – избегание оставалась умеренно выраженной, то, несмотря на уклонение от ответственности и действий по разрешению трудностей, пассивность и уход от проблем, сохранялась способность к снижению эмоциональной напряженности в ситуации стресса. При более выраженной активации копинга «бегство – избегание» возможность активного противостояния трудностям исключалась, в т.ч. из-за отрицания ее как таковой.

Наиболее предпочтительными способами совладания у больных с пограничной и психотической дезорганизацией личности на фоне общего снижения копинговой активности являются неконструктивные копинги конфронтации ($58,7 \pm 1,2$ и $69,05 \pm 1,9$) и бегство – избегания ($54,6 \pm 1,24$ и $55,2 \pm 0,86$), а также условно-продуктивный копинг поиска социальной поддержки ($54,5 \pm 1,26$ и $49,5 \pm 0,24$). Эти формы копинговой активности означают приспособленческую пассивность больного, не выходящую за рамки усилий, направленных на снижение эмоционального напряжения. Следует отметить, что копинг «поиск социальной поддержки» у этой категории больных оказался наиболее востребованным среди всех больных, принимавших участие в исследовании. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявлялась стремлением больных разделить свои переживания и страхи, получить эмпатическое сочувствие у родственников или знакомых. Неуспешность этих попыток приводила к неудовлетворенности, разочарованию и подавленности, что субъективно переживалось как апатия и способствовало формированию зависимой позиции.

Продуктивные стратегии, связанные с актуализацией процессов самосознания, целенаправленной деятельности, этим больным недоступны, что лишает их шансов успешно справиться с трудными ситуациями.

Такое соотношение показателей (предпочтительности использования) разнополюсных копинговых стратегий свидетельствует об отсутствии у

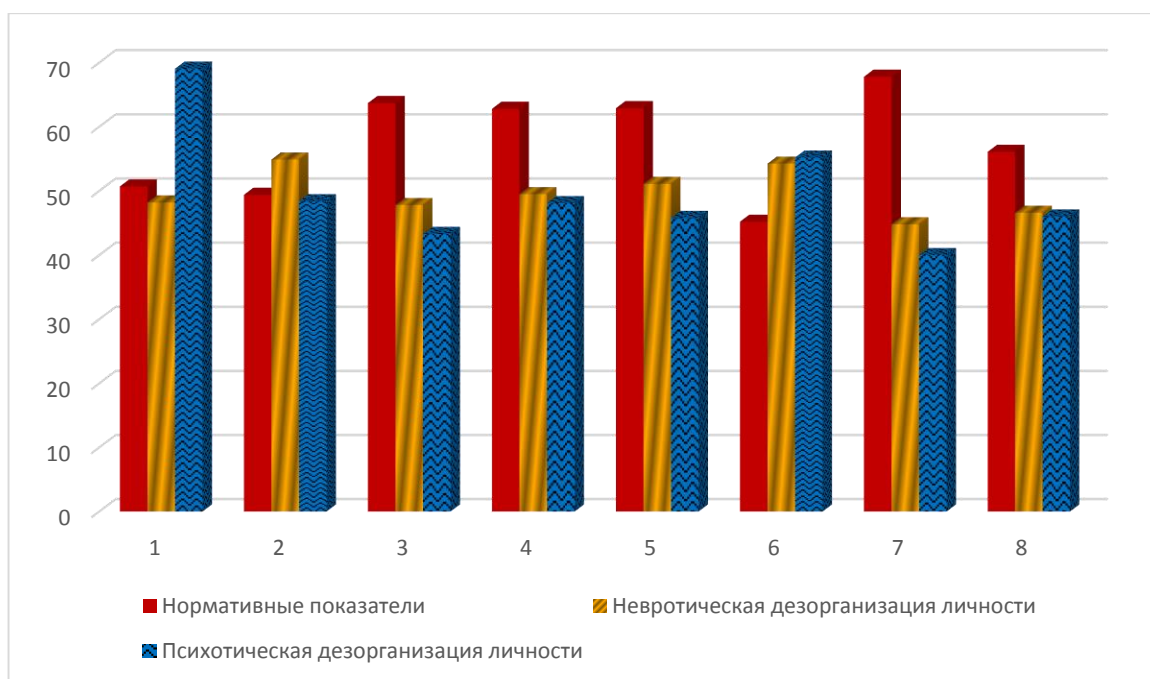
больных четкого стремления осмыслить ситуацию и организовать свою деятельность в контексте ее благоприятного развития. Преобладающей формой реагирования у них является или активация (не всегда адекватная) эмоциональной составляющей личностных ресурсов, или уход от активных действий. И в том, и другом случае, совладание со стрессом (с болезнью) не фокусируется на решении проблем и рассматривается как неэффективный набор индивидуальных личностных стратегий.

Снижение копинговой активности и разнообразия стратегий совладания, отражает преимущественное использование больными интрапсихических способов преодоления стресса (механизмов психической защиты), которые направлены не на изменение стрессовой ситуации, а на редукцию эмоционального напряжения. Такой уровень ресурсных возможностей не содержит внутренних условий для сохранения индивидуальной устойчивости личностной структуры, то есть набора определенных, соответствующих индивидуально-личностным характеристикам и эмоционально-динамическим свойствам индивида, вариантов поведения и реагирования в стрессовой ситуации. В этих обстоятельствах личность не может использовать широкий спектр (репертуар) разнообразных стратегий преодоления стресса, ограничиваясь пассивными или дезадаптивными и чаще всего неосознаваемыми формами защиты. В этих условиях повышается риск активации дезорганизирующих личность механизмов, приводя к еще большим трудностям при возникновении необходимости для мобилизации собственных ресурсов и проблемно – сфокусированных стратегий поведения. Возникающая при этом потеря внутренних и внешних ресурсов влечет за собой потерю ощущения субъективного благополучия и возможности адаптироваться к вариативному ряду условий жизненной среды.

Психическое расстройство в этом случае представляет собой экзистенциальную несвободу с полным или частичным отказом от собственных возможностей, от использования собственных ресурсов,

выпадение всех или нескольких потенций. В рамках экзистенциальной теории и гуманистического подхода психотический уровень дезорганизации личности соответствует полному подавлению существования собственных проектов мира, полной утрате собственных возможностей бытия, а невротический уровень – ограниченному проекту мира в связи с отказом существования от части своих бытийных возможностей.

Учитывая определенное сходство в использовании копинговых механизмов у больных с пограничной и психотической дезорганизацией личности представилось возможным сопоставить показатели интенсивности использования копинг – стратегий только в двух группах больных: невротического и психотического уровня дезорганизации личности. Схематически средние значения этих показателей показаны на рисунке 9.



Стратегии: 1) конфронтация; 2) дистанцирование; 3) самоконтроль; 4) поиск социальной поддержки; 5) признание ответственности; 6) бегство-избегание; 7) планомерное решение проблемы; 8) положительная перспектива.

Рисунок 9. Соотношение конструктивных и неконструктивных копинг-стратегий у больных с невротической и психотической дезорганизацией личности.

Как показано на рисунке 9, в сравниваемых группах больных, в определенной мере отражавших клинически измеряемый уровень психических расстройств (невротический и психотический), наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) снижение активности (интенсивности использования) конструктивных и условно – конструктивных копинг – стратегий. Напротив, неконструктивные стратегии (конфронтации и бегства – избегания) были наиболее предпочтительными в использовании для решения трудных жизненных проблем. Особое значение приобретает использование конфронтационного копинга ($69,05 \pm 1,9$), при котором поведение теряет целенаправленность и рациональное обоснование.

Таким образом, личностные ресурсы больных с различными типами дезорганизации личности не представляют собой системной, интегральной характеристики личности, обеспечивающей адекватное взаимодействие пациентов с жизненной средой. Используемые больными преимущественно непродуктивные копинг – стратегии не позволяют им эффективно преодолевать трудные жизненные ситуации, осознанно актуализировать процессы самореализации и субъективно – личностного восстановления больных.

Определенное сходство направленности совладающих усилий пациентов с различными регистрами психических расстройств свидетельствует об отсутствии нозологической (категориальной) специфичности проявлений дезорганизации личности. Из этого следует необходимость разработки индивидуализированных реабилитационных программ, направленных на восстановление ресурсов самоактуализации и устойчивости личности, и личностного потенциала в целом.

РАЗДЕЛ 6. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО – ЛИЧНОСТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

6.1 Теоретическое обоснование программы экзистенциально – личностной реабилитации

На основе результатов проведенного исследования психологических механизмов дезорганизации личности (личностной дисфункции) при расстройствах невротического и психотического регистров была разработана программа экзистенциально – личностной реабилитации этого контингента больных. Термин «личностная дисфункция» мы рассматриваем не как неспецифическую идентификацию того или иного психического расстройства, а в более широком контексте бытийной дисфункции, дезорганизации бытия – в – мире, человеческого в человеке. Эта личностная дезорганизация имеет многофакторную обусловленность: от биологических оснований до стрессогенных обстоятельств жизни человека с болезнью.

Понимание психического расстройства как уникальной личностной дисфункции характеризуется представлениями о нарушении экзистенциальных параметров и личностного потенциала в целом (рисунок 10).

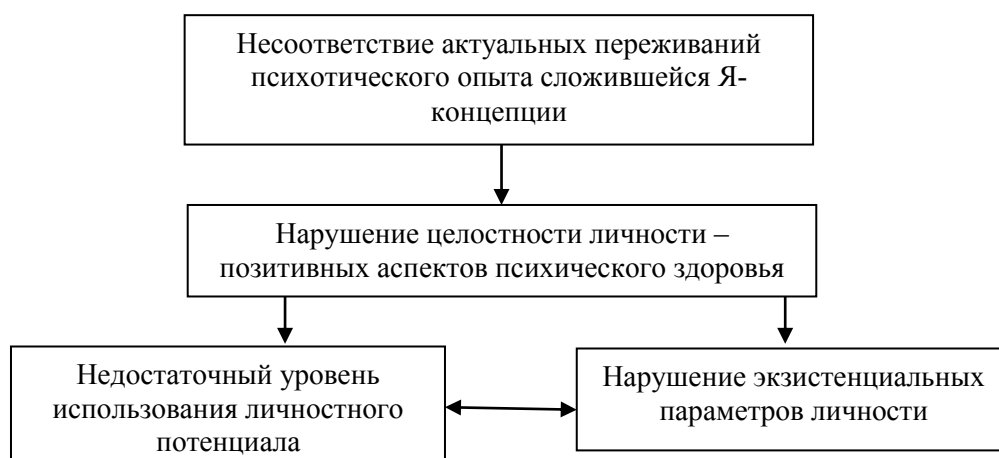


Рисунок 10. Дисфункция личности как явление уникального, единственного и неповторимого.

Экзистенциально – личностная реабилитация больных различными формами дезорганизации личности осуществлялась в рамках гуманистического подхода, направленного на осознание смысла жизни, самостоятельный выбор способа реализации своих личностных ресурсов, принятие ответственности и формирование позитивной Я – концепции. В качестве методологической основы для разработки системы мер по активации личностного потенциала больных с расстройствами невротического и психотического регистров, преодолению структурной дезорганизации личности и стресса, обусловленного негативными аспектами «жизни с болезнью» использовались данные экзистенциально – гуманистического направления в психологии и психотерапии (А. Маслоу, Д. Бьюдженталь, К. Роджерс, В. Франкл); концепция личностного потенциала Д.А. Леонтьева; теория ресурсов личности С.Е. Хобфолла; диспозиционная и контекстуальная модели совладающего поведения (R. Lazarus, S. Foklman).

В качестве конкретно-целевых ориентиров реабилитационная программа включала:

- активацию самоактуализации – процесса наиболее полного раскрытия и развития потенциала личности, продуктивной и целостной самореализации собственных возможностей пациента;
- реконструкцию личностной направленности, путем восстановления индивидуальной ценностной системы и связанных с ней личностных смыслов;
- экзистенциально – личностное восстановление больного.

С позиций экзистенциальной психиатрии восстановление при психических расстройствах – это не традиционно понимаемое классической психиатрией устранение психопатологических симптомов и клиническое восстановление пациента, связанное с внешним (прежде всего медикаментозным) воздействием. Это восстановление фрагментированной целостности человека, его бытийной целостности, ликвидация

сформировавшегося патологического опыта переживаний, миро – проекта, наконец, восстановление подлинного существования пациента. Субъективно (экзистенциально) – личностное восстановление – это (в значительной степени) преодоление «дефектного» субъективного состояния психики и восстановление дефицита субъективности или субъектно – компетентного статуса больного, восстановление индивидуальных качеств субъективности или целостного бытия человека. Это процесс восстановления уникального и индивидуального внутреннего мира, внутреннего содержания психической реальности пациента, который включает:

1. Реконструкцию психотического способа существования – внутреннего психотического мира переживаний больного в процессе феноменологического анализа.

2. Реконструкцию личностной направленности за счет переструктурирования системы ценностей, целей, смыслов, установок, мотивации и опоры на здоровье, ресурсные аспекты личности.

3. Восстановление самоидентичности, целостности Я, «самости» как необходимого условия для осмысленной жизни.

4. Осознание (понимание) смысла перенесенного психиатрического опыта его интеграцию в жизнь пациента.

5. Реконструкцию основных экзистенциальных параметров пациента, повышение его самоактуализации путем обретения личностных смыслов, осознания своих возможностей и конструктивного использования экзистенциальных переживаний.

6. Восстановление дефицита субъектности или субъектно-компетентного статуса больного.

Реабилитационная программа включала три базовых модуля: модуль самоуправления болезнью, модуль самоуправления стрессом и модуль субъективно – личностного восстановления. Такой подход предполагал использование комплекса психотерапевтических методов экзистенциально – гуманистического и когнитивно – поведенческого направлений,

сфокусированных на субъективной сфере пациента, личностном выздоровлении и улучшении социального функционирования. В качестве частных задач осуществлялось формирование устойчивости к стрессовым ситуациям (жизнестойкости), повышение контролируемости ситуации и способности воспринимать жизненные трудности как возможности.

Экзистенциально – личностная реабилитация больных с психическими расстройствами представляет собой подход к рассмотрению человеческого существования, и не имеет четкой системы психотерапевтических методов. Существующие философско – психологические модели экзистенциальной психотерапии ставят перед собой цель помочь больным научиться переживать свое существование, как реальное, так как любой психоз представляет собой проявления психотического способа существования, заключающегося в подавлении реализации своей индивидуальности, уменьшении внутреннего потенциала и глубины осознания. При этом нарушается способность осознанно выбирать свой способ существования в мире, реализовывать себя, как личность, в качестве «проекта» (Ясперс К., 1999). Основной **целью** психотерапии в экзистенциальном ключе является подведение пациента к той точке, когда он будет способен осознавать свои возможности, осознанно и свободно делать выборы и нести за них личную ответственность, реализуя тем самым смысл своего существования. Этот постулат наилучшим образом соотносится с важной задачей экзистенциально – личностной реабилитации больных – передачей пациенту «полномочий» к самостоятельному управлению своим здоровьем и жизнью с принятием за свои выборы личной ответственности.

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

Пациент – центрированная терапия, основателем которой является К. Роджерс, опирается на такие понятия как *самоидентичность* –

представление о себе, соотнесенность себя с собой, восприятие собственного сознания как самотождественного, а себя как уникальной, онтологически целостной и самостоятельной личности; *условие ценности* самого себя, связанное с правильной оценкой себя и своих возможностей; признание важности познания через *социальные отношения*.

Данная психотерапевтическая модель стремится создать рабочую атмосферу, в которой факторы, деформирующие личность, могут быть устранены, а здоровые силы личности – прийти в равновесие и привести к выздоровлению.

К основным **принципам** пациент – центрированной психотерапии относятся:

1. Признание стремления каждого человека к состоянию баланса, гармонии и здоровья (выздоровления).

2. Признание наличия заложенного в пациенте ресурса (потенциала), сильных сторон его личности, развитие и ориентирование которых в нужном направлении позволит пациенту обрести автономность в решении проблем и реализации своей высшей потребности в самоактуализации.

3. Формирование мотивации пациента к личностному росту и самоактуализации путем поощрения его активной позиции и установления с ним партнерских отношений.

4. Восприятие в процессе лечебно – реабилитационной работы пациента, как личности, как живого человека, а не как формального субъекта профессиональной деятельности или носителя болезненных симптомов.

5. Стимулирование участия пациента в дизайне и осуществлении психиатрической помощи с использованием не только эффективных, проверенных опытным путем вмешательств, но и тех мероприятий, которые воспринимаются как значимые самим пациентом.

6. Ориентировка в процессе реабилитационной деятельности на потребности пациента, его ценности и поставленные им личные цели.

7. Ориентировка на доверие пациенту, предоставление ему возможности свободного выбора, передача ему ответственности, «полномочий» и самоконтроля своего заболевания и своей жизни в той степени, в которой пациент может их принять и реализовать.

8. Фокусировка на интеграцию в сообщество пациентов, при наличии их готовности видеть возможности реализации себя в обществе, наличии у них целей, ценностно – смысловой системы и субъективного чувства выздоровления.

Позитивная психотерапия, предложенная Н. Пезешкианом, стремится изменить негативную точку зрения пациента на свою болезнь и ее симптомы, изменить субъективный взгляд на ситуацию и самого себя, следствием чего является повышение самооценки и формирование мотивации на поиск новых возможностей и личностных резервов в борьбе с болезнью. Эта психотерапевтическая модель, благодаря использованию позитивного подхода к болезни, ее симптомам, факту госпитализации, всей прошлой, настоящей и будущей жизни пациента, активно помогает сформировать внутренние детерминанты выздоровления (веру, надежду, оптимизм) и делает стойкой внутреннюю мотивацию.

Позитивная психотерапия базируется на следующих **принципах**:

1. Позитивный подход к пациенту и заболеванию, включающий: позитивную интерпретацию симптомов, поведения больного и болезни в целом; положительную формулировку терминов и определений, касающихся пациента, болезни и ситуации, связанной с госпитализацией; нахождение позитивных аспектов опыта перенесенного психоза, переживания экзистенциальной тревоги, изоляции, «небытия», и конструктивное их использование; фокусировка на достоинствах, сильных, здоровых аспектах личности, а не акцентирование внимания пациента на проблемах, недостаточности и дефицитарности.

2. Вербализация во время реабилитационной работы с пациентами термина «выздоровление», «здоровье», что несет терапевтическую нагрузку с точки зрения субъективного восприятия пациентов.

3. Акцент на сохранных, здоровых аспектах личности пациента, их вербализация и развитие, поощрение новых, конструктивных способов мышления и поведения, основанных на сильных сторонах личности.

4. Переориентация с традиционной медицинской модели оказания психиатрической помощи на личностно – ориентированный подход, ставящий во главу угла потребности пациента, его потенциал выздоровления, целостность личности, субъективный мир переживаний, смысл жизни, стремление к самоактуализации и продолжению плодотворной жизни с ощущением психического здоровья.

5. Максимальная актуализация позитивных личностных особенностей и сведение к минимуму негативных.

6. Формирование новой личностной направленности в позитивном ключе, определение ценностной системы пациента, расширение жизненных целей, научение видению альтернативных возможностей, стимуляция к самостоятельной активной деятельности, осознанным и ответственным выборам, мотивирование на достижение успеха.

Все психотерапевтические модели, используемые в экзистенциально – личностной реабилитации больных, признают важным учет **ресурсов** и **потребности** пациентов, с опорой на которые строится вся реабилитационная работа. Позитивная психотерапия основные потребности пациентов рассматривает, как положительно сформулированные нужды и проблемы, тем самым подчеркивая не «проблемность» человека, а «возможность» его деятельности и социальных достижений.

В качестве системообразующих понятий при разработке концепции и программы (модели) преодоления стресса и оценке факторов, влияющих на ее эффективность, мы рассматривали ряд относительно близких психологических конструктов, описанных в рамках различных школ

когнитивно – поведенческого направления. Это представляется вполне обоснованным, учитывая, то значение, какое имеет субъективная модель стрессовой ситуации в процессе психической адаптации у изученного контингента больных. Фактически речь идёт о способности и готовности личности к адекватной оценке проблемных (стрессовых) ситуаций и конструктивному реагированию на них.

Проведенный теоретико – методологический анализ различных стратегий совладания со стрессом, а также результаты комплексного исследования основных составляющих личностного потенциала, позволили разработать рабочую схему психологических ресурсов преодоления стресса трудных жизненных ситуаций у больных с различными типами дезорганизации личности. К копинг – ресурсам относятся характеристики личности и социальной среды, которые повышают стрессоустойчивость человека – все то, что индивид привлекает для того, чтобы совладеть. Это личностные структуры, которые помогают индивиду с угрожающими обстоятельствами, облегчают адаптацию. К ним, прежде всего, относятся ресурсы самоактуализации и ресурсы устойчивости личности. Наиболее часто применяемые стратегии объединяются в стили совладающего поведения – устойчивые и обобщенные личностные образования. В настоящей работе мы рассматривали три базовых стиля совладающего поведения в диапазоне их конструктивности/неконструктивности:

1) Проблемно – ориентированный стиль, направленный на рациональный анализ проблемы, связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации и проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации;

2) Эмоционально – ориентированный стиль является следствием эмоционального реагирования на ситуацию и проявляется в виде погружения в собственные переживания, самообвинения, вовлечения других в свои переживания;

3) Избегание как стиль совладания в виде ухода от проблемы, попыток не думать о проблеме вообще, желания забыться во сне, растворить свои невзгоды в алкоголе или компенсировать отрицательные эмоции едой, спрятаться за спиной компетентных людей, гарантирующих социальную поддержку. Нередко это поведение характеризуется наивной, инфантильной оценкой происходящего.

Ресурсы личности (ресурсы совладающего поведения, копинг – ресурсы) рассматриваются как совокупность личностных и средовых факторов, ценностей и возможностей, которые имеются в наличии в потенциальном состоянии и которые человек может осознанно использовать при необходимости в совладании с трудной жизненной ситуацией. В контексте настоящего исследования трудная жизненная ситуация рассматривалась как ситуация, связанная с переживанием пациентом опыта психической болезни. Будет ли ситуация принята как трудная, зависит, во – первых, от индивидуальной специфики ее восприятия и когнитивной оценки пациентом и, во – вторых – от его личностных ресурсов, в том числе ресурсов стрессоустойчивости. Ситуация жизни с болезнью (психическим расстройством) вне всяких сомнений может рассматриваться как трудная, так как она соответствует общепринятым критериям трудной жизненной ситуации: значимость, неподконтрольность, неопределенность, малая прогнозируемость, стрессогенность, недостаточное соответствие собственных ресурсов требованиям ситуации.

При развитии личностных дисфункций в контексте той или иной официально выделенной диагностической категории (диагноза психического расстройства) субъективный образ трудной жизненной ситуации (жизни с болезнью) и оценка ее стрессогенности смещаются в сторону переживаний непредсказуемости и неконтролируемости ситуации, обесценивания личностных ресурсов и использования неконструктивных стратегий.

Избирательность копинг – поведения определяется параметрами субъективных репрезентаций трудных ситуаций. Ситуации, преломляемые

через осознание ограничений и ущербности жизни с болезнью, репрезентируется больными чаще всего как мало прогнозируемые, не контролируемые и не зависящие от их деятельности. Это и обуславливает предпочтительность неконструктивных копинг – стратегий.

Неконструктивное совладающее поведение усугубляет иррациональное восприятие и интерпретацию трудных ситуаций и ведет к снижению уровня субъективности, искажению жизненных смыслов, развитию структурной дезорганизации личности.

Разрабатывая программу активации продуктивных копинг – стратегий, мы исходили из того, что, с одной стороны, копинг – стратегии – это индивидуальная устойчивая личностная структура, то есть набор определенных способов совладающего поведения, соответствующих индивидуально – личностным характеристикам пациента, с другой стороны, это широкий спектр разнообразных стратегий преодоления стресса, которые личность может использовать в зависимости от внешних обстоятельств, условий деятельности и индивидуальных целей. В соответствии с этим реабилитационные мероприятия были направлены не только на активацию, но и на расширение репертуара продуктивных форм копинга, потенциала саморегуляции и интегративных характеристик личности.

6.2 Структура и особенности методического комплекса экзистенциально – личностной реабилитации больных с различными формами дезорганизации личности

В соответствии с гуманитарным, личностно – ориентированным подходом дезорганизация личности представляется не как неспецифическая идентификация того или иного психического расстройства, а в более широком контексте бытийной дисфункции, дезорганизации бытия – в – мире, человеческого в человеке. Эта личностная дезорганизация имеет многофакторную обусловленность: от биогенетических оснований до

стрессогенных обстоятельств жизни человека; эти обстоятельства в настоящей работе рассматриваются с позиции ресурсных возможностей личности в преодолении трудной (негативной) жизненной ситуации, связанной с комплексом стигматизирующих и дезадаптирующих пациента факторов.

Содержательная сторона экзистенциально – личностной реабилитации больных с различными формами дезорганизации личности представляет собой комплекс тренинговых процедур, направленных на активацию личностных ресурсов пациента (ресурсов совладания со стрессом), в частности, ресурсов жизнестойкости (стрессоустойчивости), саморегуляции и конструктивных копинг – стратегий. При осуществлении всех тренингов учитывались элементы герменевтического диалога как способа психотерапевтической коммуникации, основанного на понимании психопатологических переживаний пациента [233].



Рисунок 11. Ресурсы преодоления стресса и его негативных последствий.

На рисунке 11 схематически представлен комплекс личностных характеристик (характеристик личностного потенциала и особенностей

социальной поддержки), которые использовались как терапевтические «мишени» при разработке методологического инструментария экзистенциально – личностной реабилитации.

Тренинг совладающего поведения. На основе теоретического анализа литературы и обобщения результатов проведенного исследования была разработана система экзистенциально – личностной реабилитации, направленная на формирование конструктивного совладающего поведения и субъективно – личностное восстановление больных с различными формами структурной дезорганизации личности. Использовался комплекс целевых психообучающих и психокоррекционных программ и специальных тренингов. Занятия проводились в течение 3 – х недель, ежедневно (кроме выходных), по 2 часа в день.

Содержательная наполненность тренинговых программ конструктивному совладающему поведению в условиях жизни с болезнью реализовалась с помощью следующих обучающе – коррекционных средств:

1. Расширение знаний о совладающем поведении, признаках его эффективности, когнитивно – смысловых препятствиях использования конструктивных стратегий. Расширение понимания связи между субъективными установками, репрезентациями типично трудных жизненных обстоятельств и особенностей поведения в них. Формирование осведомленности о средствах совладания с трудной ситуацией и их последствиях для удовлетворенности качеством жизни и социальным функционированием.

Осуществлялось средствами мини – лекций и дискуссий.

2. Повышение мотивации в отношении совершенствования совладающего поведения. Прояснение ожиданий от тренинга, уровня притязаний, представлений о «Я – концепции», актуальных смыслов жизнедеятельности, выявление и коррекция сопротивлений к самоизменению и самодетерминации.

Осуществлялось в процессе обсуждения в группе, выполнения проективных тестов, упражнений на развитие мотивации к совершенствованию совладающего поведения, а также с помощью группового подведения итогов о преимуществах овладения конструктивными копинг – стратегиями для личной, семейной жизни и здоровья.

3. Помощью в осознании особенностей собственного совладающего поведения, репертуара копинг – стратегий, их конструктивности/деструктивности в ситуационном контексте жизненного пути и жизни с болезнью.

Достигалось анализом копинг – поведения в играх, моделирующих типичные трудные ситуации, с позиции методологии субъективно – деятельностного подхода. Проводится психологический анализ восприятия и интерпретации этих ситуаций, а также поиск ресурсного обеспечения нового копинг – поведения.

4. Обучение новым стратегиям конструктивного совладающего поведения, способствующего более высокому уровню субъективности при взаимодействии с трудной ситуацией.

Достигалось за счет широкого спектра методов активной обратной связи о поведении в ситуациях, моделирующих типичные для пациентов трудности жизни, активации и гибкости копинг – поведения, адекватного объективным характеристикам сложившейся ситуации. С помощью дискуссий и ролевых игр повышается осознанность преимуществ новых способов совладания для повышения удовлетворенности качеством жизни.

5. Помощью в индивидуальном планировании и проектировании стратегий в широком диапазоне трудностей, приносимых ситуацией болезни.

Осуществлялось посредством расширения пространства целей, обучения принципам и критериям эффективного целеполагания, обсуждения

стратегий совладающего поведения, способствующих их достижению в реальных жизненных ситуациях.

В процессе реализации тренинговой программы на различных ее этапах использовались следующие техники:

- обсуждение ожиданий от тренинга в контексте успешного совладания с трудными ситуациями;
- сплочение участников тренинга вокруг целей и задач по овладению эффективными копинг – стратегиями, расширение представлений о широком спектре совладающего поведения, критериях его конструктивности, зависимости совладающего поведения от личных (копинговых и поведенческих) усилий и подведение участников группы к идентификации своих проблем в контексте феноменов совладающего поведения, зависящего от активности и контроля самого человека; повышение уверенности в возможности лучшего понимания и управления совладающим поведением;
- осознание репертуара копинг – поведения, его сильных и слабых сторон, соотношение поведения с личными ценностями и целями, поиск аналогов в поведении других людей и жизненных установках, фиксация на важности рационального мышления, недопустимости «катастрофизации» трудных ситуаций и полезности оптимистичного взгляда на совладание с ними;
- обсуждение важности субъективных характеристик для совладания с трудными ситуациями; групповая дискуссия о роли личности в выборе стратегий совладающего поведения с целью расширения представлений о личностно – ситуационном контексте совладающего поведения; повышение мотивации к освоению конструктивных копинг – стратегий;
- обсуждение ресурсной базы участников группового взаимодействия и возможности их использования в стрессогенных ситуациях;
- освоение элементов конструктивного копинг – поведения, обучение рациональному мышлению и конструктивному совладающему поведению.

Обсуждение личных барьеров и трудностей реализации конструктивных копинг – стратегий в жизни и профессиональной деятельности. Использование техник когнитивного переструктурирования для исправления иррациональных убеждений, углубление понимания глубинных причинно – следственных связей между субъективным видением ситуации и мобилизацией ресурсов совладающего поведения;

- обучение техникам проактивного совладающего поведения для преодоления типичных ограничительно – стигматизационных ситуаций (игры на гармонизацию целеполагания, перспективную рефлекссию, стратегическое планирование, превентивное совладание и поиск инструментальной и эмоциональной поддержки – внешней и внутренней). Поиск личных смыслов для продуктивного внедрения проактивного копинга в деятельность. Составление индивидуального плана по освоению и внедрению конструктивного совладающего поведения (групповая и индивидуальная форма работы).

Аутотренинг (саморегуляция, аутогенная тренировка). Использование аутотренинга для повышения стрессоустойчивости больных было связано с тем, что этот феномен не является врожденным свойством личности и зависит от уровня сформированности навыков эмоциональной саморегуляции (саморегуляция – воздействие личности на саму себя с целью приведения собственного функционирования в нормальное состояние). Нами использовалась классическая методика И. Шульца, включающая шесть стандартных упражнений:

1. Направленная мышечная релаксация посредством образного ощущения тяжести в такой последовательности: правая рука – левая рука – правая нога – левая нога – туловище.

2. Навык произвольного расслабления кровеносных сосудов. Когда мысленно пробуем ощутить тепло в теле. Последовательность та же: правая рука – левая нога... туловище.

3. Совершенствование навыков произвольного дыхания.

4. Произвольное расширение кровеносных сосудов внутренних органов.

5. Произвольное изменение частоты сердечных сокращений в сторону учащения или замедления.

6. Управление сосудистыми реакциями в области головы, направленное на сужение кровеносных сосудов. Для этого используется представление прохлады, ветерка в области лба и висков.

Задача аутотренинга – снятие нервно – психической напряженности, быстрое восстановление сил, управление эмоциональным состоянием.

После формирования групп, состоящих из 6 – 8 человек на первом занятии сообщались основные сведения об аутогенной тренировке, её возможностях, основных механизмах и этапах. Затем проводилось обучение правильному принятию позы для релаксации – полулежа в мягких креслах с затылком и спиной удобно опирающимися на спинку, расслабленными руками. Обучение приёмам аутогенной тренировки состояло из 1– 12 занятий длительностью до 40 – 60 минут, причем самовнушение на них в различных пропорциях сочеталось с гетеротренингом – внушением предусмотренных ощущений и эффектов. В каждом занятии условно выделялись два этапа: в начале (до 10 минут) – разъясняющий природу и механизмы ощущений, возникающих на осваиваемом этапе; затем (25 – 30 минут) собственно аутогенной (гетерогенной) тренировки с погружением в аутогенное состояние.

Сокращенный вариант аутогенной тренировки обычно содержал следующие формулы самовнушения: 1) «Я постепенно и медленно погружаюсь в аутогенное состояние»; 2) «Я полностью спокоен, я достиг покоя и расслабления»; 3) «Мои руки и ноги тяжелые, я достиг приятного отдыха, ощущения тепла в конечностях и животе, приятной прохлады лба»; 5) «Мое сердце бьется ровно, мое дыхание спокойно, я достиг приятного глубокого отдыха, чувства легкости всего тела»; 6) «Я достиг желаемого

результата, я справлюсь со своими трудностями»; 7) «Я медленно выхожу из аутогенного состояния – отдохнувший, бодрый, спокойный». Формулы повторяются сначала по 3 – 5 раз, а затем по 2 – 4 раза; при хорошем овладении техникой аутогенной тренировки они могут становиться более краткими, комплексными.

В процессе овладения навыками аутогенной тренировки отмечалось потенцирование ее эффективности при синхронной работе группы; одновременное овладение навыками, по субъективному мнению больных способствовало установлению более близких, доверительных отношений в коллективе. Это способствовало «смягчению» эмоциональной напряженности и повышению стрессоустойчивости.

Тренинг жизнестойкости. Тренинг основан на предположении (Khoshaba, Maddi, 1999), что жизнестойкость не является врожденным качеством, а представляет собой систему убеждений, которая может быть развита. С другой стороны, жизнестойкость представляет собой гипотетический конструкт, поэтому воздействие на нее может быть лишь опосредованным и осуществляться через такие составляющие как ресурс жизнестойкости, социальная поддержка, жизнестойкое совладание, практики здоровья.

Тренинг жизнестойкости преследовал две основных цели: 1) достижение более глубокого понимания стрессовых обстоятельств, путей совладания с ними; нахождение путей активного разрешения проблем; 2) постоянное использование обратной связи, за счет чего углубляется самовосприятие вовлеченности, контроля и принятия риска. Тренинг проводился в небольших группах по 5 – 6 человек и включал в себя три основных техники, предложенные S. Maddi (2002):

1. Реконструкция ситуаций. При использовании этой техники акцент делался на воображении и разрешении проблемы. Определялись ситуации, воспринимаемые как стрессовые; стрессовые обстоятельства рассматривались в расширенной перспективе. Совершая реконструкцию

ситуаций, пациент узнает о формируемых им самим латентных допущениях, которые определяют, насколько обстоятельства воспринимаются как стрессовые и какие шаги могут облегчить ситуацию. Реконструируя ситуацию, пациент пытается представить себе лучшие и худшие варианты развития ситуации.

2. Фокусировка. Применялась в случае невозможности прямой трансформации стрессовых обстоятельств. Техника представляет собой поиск плохо осознаваемых эмоциональных реакций (в особенности препятствующих принятию решения путем обращения к «внутреннему смыслу»). Целью является эмоциональный инсайт, способствующий переформулированию стрессовых ситуаций в терминах возможностей, которые открываются перед пациентом.

3. Компенсаторное самосовершенствование. Если трансформировать ситуацию невозможно, делался акцент на другой проблеме, которая как – то связана с данной. Ее решение побуждало человека уделять внимание тому, что поддается изменению.

Тренинг жизнестойкости включал также упражнения, посвященные поиску и получению социальной поддержки в стрессовой ситуации, обучению навыкам саморегуляции своего состояния и поддержке здорового образа жизни. К навыкам саморегуляции относилось обучение: релаксации, мониторингу своего физического состояния, правильному дыханию, отдельным техникам медитации и визуализации.

В структуре жизнестойкости – копинг – компетентности (специфическая характеристика личности, отражающая умение точно отражать существенные признаки проблемной ситуации и выбирать адекватный способ поведения) в качестве ключевого элемента выделяли когнитивные тенденции, противоположные когнитивным искажениям – предикторам состояния выученной беспомощности (тенденции воспринимать негативные события как глобальные, стабильные и неподконтрольные (L. Abramson, 1978; K. Schroder 2004). В процессе

тренинга жизнестойкости участвовали следующие компоненты копинг – компетентности:

- адекватность (точность, относительная объективность) в интерпретации и оценивании различных параметров ситуации как на уровне общей тенденции, так и в отношении специфических стрессоров;
- адекватность (точность, относительная объективность) восприятия внешних и внутренних ресурсов для преодоления стресса;
- богатый репертуар копинг – стратегий (сформированность необходимых навыков проблемно – разрешающего поведения, представление о возможных вариантах поведения в проблемных ситуациях и) и сформированность навыков выбора наиболее эффективных стратегий поведения в соответствии с параметрами ситуации;
- адекватность (точность, относительная объективность) результатов копинга, последствий осуществленных действий, их эффективности, возможности и необходимости коррекции и так далее.

Герменевтический диалог: использовался как антропоцентрическая психиатрическая (психотерапевтическая) практика, в основе которой лежит процесс понимания переживаний пациента (субъект – субъективные отношения). Герменевтический диалог – это альтернатива клинико – психологическому подходу. Его сущностью является процесс самопонимания пациентом своих проблем и понимания врачом понимания переживаний пациента (взаимопонимание). Герменевтический диалог позволяет врачу на основе собственного опыта переживания той же экзистенциальной ситуации, что и у пациента добиться превращения лишённой смысла ситуации в осмысленную или поддающуюся осмыслению. Задача врача в этом случае заключается в создании условий для достижения взаимопонимания, выстраивая единый горизонт смысла, имеющего не знаковую, а феноменальную, то есть, бытийную основу.

Различия клинической и психотерапевтической (гуманитарной) коммуникации показаны на рисунке 12

Клиническая коммуникация в рамках медико-биологической ориентации психиатрического вмешательства	Психотерапевтическая коммуникация в контексте гуманитарной модели психиатрической помощи
1. Отношение к пациенту как к объекту воздействий и предмету врачебных манипуляций.	1. Отношение к пациенту как к субъекту (участнику) психотерапевтического процесса и собственного восстановления.
2. Диагностика, опирающаяся на объективное исследование и наблюдение.	2. Диагностика, опирающаяся на подлинный герменевтический диалог с использованием механизма понимания / самопонимания проблем пациента.
3. Работа с симптомом, болезнью, суживающая границы Я и человеческую свободу.	3. Работа с целостной личностью как с антропоцентрической субстанцией
4. Лечение, основанное на прямых фармакологических интервенциях и строгом соблюдении предписаний врача.	4. Лечение, опирающееся на развитие способности к самопониманию психопатологических феноменов и собственный опыт переживания и конструктивного развития экзистенциальной ситуации.

Рисунок 12. Различия клинической и психотерапевтической коммуникаций.

6.3 Комплексная оценка эффективности экзистенциально – личностной реабилитации больных с различными формами личностной дезорганизации

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

Группу сравнения составили соответственно 30 и 25 больных с сопоставимыми гендерно – возрастными и клинико – динамическими характеристиками заболеваний. Терапевтическая тактика по отношению к этим пациентам ограничивалась использованием медикаментозного лечения. В специальные реабилитационные программы они не вовлекались. В качестве критериев эффективности экзистенциально – личностной реабилитации больных использовались показатели: а) общепозитивной ресурсной динамики; б) психологического благополучия; в) жизнестойкости; г) стратегий копинг – поведения; д) уровня социальной фрустрированности.

1. Общепозитивная ресурсная динамика заключалась в изменении рефлексивных, поведенческих и когнитивных субъективных характеристик участников тренинговых групп. Эти изменения категоризировались нами как содержательные и динамические.

Содержательные изменения – изменения субъективных репрезентаций, смыслов, способов ориентировки, интерпретации и взаимодействия с затруднительными ситуациями:

- рост уверенности в возможности повышения контролируемости сложившейся ситуации за счет повышения когнитивной активности и адекватности совладающего поведения;
- тенденция к более позитивному описанию личностных ресурсов совладания;
- повышение рациональности при интерпретации трудной жизненной ситуации;
- расширение ценностно-смыслового поля (образа) будущего – желание и конструирование собственных целей, планов в краткосрочной и среднесрочной временной перспективе;
- повышение показателей компетенции проактивного совладания: целеполагания, рефлексии, предвосхищения и планирования превентивных мер, стратегического планирования копинг-поведения, понимания источников возможной социальной поддержки;

- повышение ответственности («интернальности») за результаты взаимодействия с ситуацией болезни;

Динамические изменения – изменения в самочувствии, эмоциональном фоне, энергетике, межличностных отношениях в группе, которые способствовали получению нового опыта и личностным изменениям:

- снижение напряженности (переживаний тревожности, безнадежности, фрустрированности) при оценке стрессогенности ситуации;
- улучшение субъективного психического состояния (самочувствие, активность, настроение);
- повышение внимания и контроля за своими мыслями и поведением при взаимодействии с трудной ситуацией;
- ослабление психологической защиты (открытость новому опыту).

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

2. Для определения доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий больных была использована методика «копинг-поведение в стрессовых ситуациях» С. Нормана. Анализ динамики копинг-стратегий показал, что у больных с невротической дезорганизацией личности, включенных в реабилитационную программу, нарастала интенсивность используемых конструктивных вариантов копинга и снижалась актуальность применения его неконструктивных вариантов (таблица 18).

Таблица 18 - Динамика показателей интенсивности использования копинг-стратегий у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности ($\bar{X} \pm m$)

Копинг-стратегии	Исходные данные	Основная группа	Группа сравнения
Копинг, ориентированный на решение проблем	46,21 $\pm$ 1,35	58,36 $\pm$ 0,76*	49,38 $\pm$ 1,16 [#]
Копинг, ориентированный на эмоции	59,31 $\pm$ 0,64	47,41 $\pm$ 0,56*	55,27 $\pm$ 0,64 [#]
Копинг, ориентированный на избегание	37,61 $\pm$ 0,48	36,74 $\pm$ 0,41	35,14 $\pm$ 0,65
Примечание: * - значения для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия с исходными данными (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок); # - значения для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия относительно основной группы (W-критерий Вилкоксона для независимых выборок).			

Положительная динамика копинг ресурсов у больных с невротической личностной дезорганизацией, включенных в программу экзистенциально – личностной реабилитации, отражала актуализацию способов рационального (продуктивного) преодоления проблем и более или менее успешного адаптивного поведения, направленного на преодоление трудностей. Содержательными характеристиками такой функционально адаптивной стратегии совладания с ситуацией болезни, явились когнитивные усилия больных, направленные на расширение диапазона ресурсных возможностей, в том числе потенциала самоактуализации больных.

Интенсивность использования копинга, ориентированного на эмоции, представляющего собой условно – конструктивный его вариант, снижалась по мере реализации реабилитационной программы. Тем самым менее актуальными становились механизмы пассивного преодоления стресса через редукцию эмоциональной напряженности. При этом возрастала роль поисковой активности пациентов.

В группе сравнения показатели конструктивных и условно – конструктивных стратегий не имели достоверных отличий от исходных

данных, что доказывает явную недостаточность только медикаментозного лечения для достижения реабилитационных целей и восстановления способности преодоления трудных жизненных ситуаций.

Стратегии избегания в динамике реабилитационного процесса существенных изменений не претерпевали. Отсутствие положительной динамики этой стратегии совладания свидетельствует о низком уровне его значимости для формирования ресурсных интеграционных механизмов, предназначенных для активации продуктивной поведенческой активности больных с невротической личностной дезорганизацией.

У больных с психотической дезорганизацией личности, вошедших в реабилитационную программу, также наблюдалось значительное ($p < 0,05$) повышение показателей конструктивной и условно – конструктивной копинговой активности, что свидетельствует о достаточно высокой способности этих больных гибко активизировать ресурсный потенциал копинг – стратегий и терапевтической эффективности предложенного комплекса экзистенциально – личностной реабилитации. Однако, в отличие от больных «невротической группы», при психотической дезорганизации личности невключение больных в реабилитационную программу сопровождается значительной ($p < 0,05$) актуализацией стратегий, ориентированных на избегание. Напротив, использование реабилитационного комплекса позволяет удерживать функционирование этой конструктивной стратегии в стабильном состоянии. Динамика показателей интенсивности использования копинг – стратегий у больных с психотическим уровнем дезорганизации личности показана в таблице 19.

Таблица 19 - Динамика показателей интенсивности использования копинг – стратегий у больных с психотическим уровнем дезорганизации личности ($X \pm m$)

Копинг – стратегии	Исходные данные	Основная группа	Группа сравнения
Копинг, ориентированный на решение проблем	$38,44 \pm 1,13$	$46,24 \pm 0,93^*$	$39,18 \pm 0,78^{\#}$
Копинг, ориентированный на эмоции	$55,37 \pm 0,93$	$40,14 \pm 0,73^*$	$48,36 \pm 0,31^{*\#}$
Копинг, ориентированный на избегание	$41,31 \pm 0,84$	$40,54 \pm 0,64$	$48,26 \pm 0,81^{*\#}$
Примечание: * - значения для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия с исходными данными (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок); # - значения для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия относительно основной группы (W-критерий Вилкоксона для независимых выборок).			

При анализе динамики конкретных копинг – стратегий, относящихся к различным сферам жизнедеятельности больных, получены следующие результаты. Показатели динамики копинг – стратегий у больных с невротической дезорганизацией личности показаны в таблице 20.

Таблица 20 - Динамика средних значений показателей конструктивных и неконструктивных копинг – стратегий у больных с невротической дезорганизацией личности ($M \pm m$)

	Стратегии копинг – поведения							
	К	Дис	Ск	Псп	По	Би	П	Пп
Исходные данные	38,4	59,0	64,4	37,2	44,3	36,9	49,6	41,6
	$\pm 2,4$	$\pm 3,08$	$\pm 2,24$	$\pm 2,1$	$\pm 2,74$	$\pm 1,93$	$\pm 2,83$	$\pm 2,37$
Основная группа	42,2	37,4	66,8	27,1	61,7	39,4	63,8	44,2
	$\pm 2,6$	$\pm 2,71^*$	$\pm 3,31$	$\pm 2,82$	$\pm 3,18^*$	$\pm 2,14$	$\pm 3,17^*$	$\pm 2,65$
Группа сравнения	39,7	56,1	61,7	39,4	42,3	38,5	45,8	39,5
	$\pm 2,6$	$\pm 2,8$	$\pm 3,12$	$\pm 2,24$	$\pm 2,38$	$\pm 1,97$	$\pm 2,65$	$\pm 2,24$
* - отличие от исходного показателя статистически значимо ($p < 0,05$) К – конфронтация; Дис – дистанцирование; Ск – самоконтроль; Псп – поиск социальной поддержки; По – признание ответственности; Би – бегство-избегание; П – планомерное решение проблем; Пп – положительная переоценка.								

В основной группе больных с невротической дезорганизацией личности на фоне стабильно низких показателей «конфронтация» и «бегство – избегание» наблюдалось существенное снижение показателя «дистанцирование». Это свидетельствует о сужении (до максимума) диапазона непродуктивных копинг – стратегий, которые под влиянием психокоррекционных мероприятий теряют свое ресурсное значение для личности. В то же время в арсенал продуктивных копинг – стратегий и ресурсов первой линии мобилизации дополнительно вошли копинги «принятие ответственности» и «планирование решения проблем». При этом значительно снизилось значение показателя, ассоциировавшегося со стремлением больных к социальной поддержке. Таким образом, использование тренинговых программ позволило обеспечить предпочтительное использование больными продуктивных способов совладания со стрессом, повысив тем самым их стрессоустойчивость.

В группе сравнения, не участвующей в тренинговых занятиях, полученные психодиагностические данные отличались стабильностью и существенно не отличались от исходных показателей.

Таблица 21 - Динамика средних значений показателей конструктивных и неконструктивных копинг – стратегий у больных с психотической дезорганизацией личности ($M \pm m$)

	Стратегии копинг-поведения							
	К	Дис	Ск	Псп	По	Би	П	Пп
Исходные данные	76,4 ± 3,21	44,8 ± 2,34	44,6 ± 2,34	68,7 ± 3,2	58,6 ± 2,84	61,3 ± 2,71	39,4 ± 1,74	38,7 ± 1,72
Основная группа	59,4 ± 2,84*	46,9 ± 2,41	48,7 ± 2,41	69,8 ± 3,24	56,4 ± 2,75	47,8 ± 2,34*	41,7 ± 1,96	42,3 ± 2,01
Группа сравнения	74,6 ± 3,02	42,1 ± 2,22	45,3 ± 2,23	65,1 ± 3,14	54,8 ± 2,69	63,4 ± 2,96	37,4 ± 1,68	42,9 ± 2,07

* - отличие от исходного показателя статистически значимо ($p < 0,05$)
К – конфронтация; Дис – дистанцирование; Ск – самоконтроль; Псп – поиск социальной поддержки; По – признание ответственности; Би – бегство-избегание; П – планомерное решение проблем; Пп – положительная переоценка.

У больных с психотическим типом дезорганизации личности и прошедших цикл тренинговых занятий, на фоне большинства стабильных показателей спектра возможных способов совладания наблюдалось существенное ($p < 0,05$) снижение активности неконструктивных копингов «конфронтация» и «бегство – избегание» (таблица 21). Это свидетельствует о менее активном использовании больными нецеленаправленной поведенческой активности и негативных эмоций при возникновении жизненных трудностей, а также тактик уклонения от решения проблем (отрицание проблем, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения).

В группе сравнения какой – либо динамики использования копинг – стратегий не отмечено: на протяжении всего периода наблюдения фиксировался низкий ресурсный потенциал копинг – стратегий.

3. Уровень (индекс) социальной фрустрированности определялся с помощью методики диагностики социальной фрустрированности Вассермана (модификация Бойко). Применительно к целям настоящего исследования регистрировалась степень неудовлетворенности социальными достижениями в пяти сферах жизнедеятельности: 1) удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими; 2) удовлетворенность ближайшим социальным окружением; 3) удовлетворенность своим социальным статусом; 4) удовлетворенность социально-экономическим положением и 5) удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью. Формат балльной оценки от 3,5 – 4 баллов (очень высокий уровень фрустрации) до 0 – 0,5 баллов (отсутствие фрустрации).

Социальная фрустрированность рассматривалась как следствие реальной социальной ситуации – ситуации жизни с болезнью и невозможности реализации личностью своих актуальных социальных потребностей. Уровень социальной фрустрированности отражал эффективность использования личностью копинг – стратегий, направленных на преодоление дисбалансированного поведения.

Результаты исследования по этой методике позволяют наполнить конкретным внутренним содержанием качества жизни (субъективного благополучия) с позиций социального функционирования личности и ее адаптивных возможностей, а также индивидуального опыта и способности решения проблемных ситуаций. В таблицах 22 и 23 показана динамика индекса основных направлений фрустрированности в сравниваемых группах больных.

Таблица 22 - Динамика индекса основных направлений социальной фрустрированности у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности ($\bar{X} \pm m$)

Направления СФ	Индекс фрустрированности		
	Исходный показатель	Основная группа	Группа сравнения
1. Удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими	$2,45 \pm 0,38$	$1,39 \pm 0,32^*$	$2,38 \pm 0,35^\#$
2. Удовлетворенность ближайшим социальным окружением	$1,65 \pm 0,24$	$1,21 \pm 0,14^*$	$1,84 \pm 0,12^\#$
3. Удовлетворенность своим социальным статусом	$1,95 \pm 0,27$	$2,01 \pm 0,28$	$1,74 \pm 0,23$
4. Удовлетворенность социально-экономическим положением	$2,25 \pm 0,31$	$2,31 \pm 0,37$	$2,35 \pm 0,32$
5. Удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью	$1,97 \pm 0,17$	$1,24 \pm 0,12^*$	$2,14 \pm 0,16^\#$
Примечание: * - значения, для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок); # - значения для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия относительно основной группы (W-критерий Вилкоксона для независимых выборок).			

В группе больных с невротическим уровнем дезорганизации личности, включенных в программу экзистенциально – личностной реабилитации, индекс социальной фрустрированности, обобщающий уровень социального

функционирования в 5 сферах, выявил тенденцию к существенному уменьшению (возрастанию удовлетворенности) в сферах «взаимоотношения с родными и близкими», «взаимоотношения с ближайшим социальным окружением» и «здоровье и работоспособность». Это свидетельствует о значительном снижении (практическом отсутствии) социальной фрустрированности в процессе межличностного взаимодействия, укреплении в процессе психотерапевтических тренингов коммуникативных ресурсов. В соответствии с транзактной теорией стресса, такую динамику социальной фрустрированности можно рассматривать как фактор благоприятного психосоматического прогноза.

Показатели сфер удовлетворенности социально – экономическим положением и социальным статусом оказались стабильными (не реагирующими на психокоррекционные воздействия), что, скорее, связано с объективной социальной ситуацией, чем с личностными ресурсами больных.

Таблица 23 - Динамика индекса основных направлений социальной фрустрированности у больных с психотическим уровнем дезорганизации личности ($X \pm m$)

Направления СФ	Индекс фрустрированности		
	Исходный показатель	Основная группа	Группа сравнения
1. Удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими	$2,6 \pm 0,4$	$1,9 \pm 0,24^*$	$2,44 \pm 0,38^{\#}$
2. Удовлетворенность ближайшим социальным окружением	$1,97 \pm 0,27$	$2,04 \pm 0,34$	$2,14 \pm 0,31$
3. Удовлетворенность своим социальным статусом	$2,37 \pm 0,31$	$2,14 \pm 0,28$	$2,18 \pm 0,29$
4. Удовлетворенность социально-экономическим положением	$2,92 \pm 0,18$	$3,01 \pm 0,21$	$3,11 \pm 0,37$

5. Удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью	3,37 ± 0,24	2,58 ± 0,24*	3,44 ± 0,41
Примечание: * - значения, для которых выявлены статистически значимые (p<0,05) различия (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок); # - значения для которых выявлены статистически значимые (p<0,05) различия относительно основной группы (W-критерий Вилкоксона для независимых выборок).			

В группе больных с психотическим уровнем дезорганизации личности только по двум направлениям установлена положительная динамика фрустрированности: «удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими» и «удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью». Остальные показатели, структурирующие индекс социальной фрустрированности, оказались резистентными по отношению к психокоррекционным воздействиям. Тем не менее, даже избирательное снижение уровня социальной фрустрированности под влиянием специально подобранных тренингов способствует повышению самооценки и стрессоустойчивости больных, формируя для них более благоприятную терапевтическую перспективу.

В группе сравнения (больные с невротическим и психотическим типами дезорганизации личности, получавшие психофармакологическое лечение) существенной динамики индекса основных направлений социальной фрустрированности не было выявлено.

4. Результаты сравнительного анализа эффективности экзистенциально – личностной реабилитации больных по критерию динамики показателей их жизнестойкости приведены в таблицах 24 и 25.

Таблица 24 - Сравнительный анализ динамики показателей жизнестойкости у больных с невротической дезорганизацией личности (M±m)

Показатели	Исходные данные	Основная группа	Группа сравнения
Жизнестойкость	65,68 ± 2,75	82,19 ± 3,21*	65,71 ± 2,94 [§]
Вовлеченность	30,14 ± 1,85	37,24 ± 2,19*	28,56 ± 1,74 [§]

Контроль	21,36 ± 1,58	29,81 ± 1,89*	22,41 ± 1,65 ^s
Принятие риска	14,18 ± 0,74	15,14 ± 0,91	14,74 ± 0,79
Примечание: * - отличие от исходного показателя статистически значимо (p<0,05); S– отличие от группы сравнения статистически значимо (p<0,05).			

У больных с невротической дезорганизацией личности, включенных в тренинговую программу, улучшились (p<0,05) показатели жизнестойкости и всех ее компонентов (за исключением показателя «принятие риска»). Это свидетельствует об активизации возможности совладания и восприятия стрессовых ситуаций как менее значимых и, следовательно, снижении риска возникновения внутреннего напряжения. Отсутствие положительной динамики показателя «принятие риска» можно объяснить тем, что и по исходным данным больные демонстрировали определенную уверенность и решительность при осуществлении выбора в различных жизненных ситуациях.

В группе сравнения показатели жизнестойкости практически не уменьшились и соответствовали первоначальным данным, что свидетельствует о стабильности стремления больных к комфорту, преобладании мотивации избегания неудач и риска.

Таблица 25 - Сравнительный анализ динамики показателей жизнестойкости у больных с психотической дезорганизацией личности (M±m)

Показатели	Исходные данные	Основная группа	Группа сравнения
Жизнестойкость	44,8 ± 2,73	65,58 ± 3,44*	45,47 ± 2,34 ^s
Вовлеченность	21,84 ± 1,54	29,98±1,71*	19,24± 1,48 ^s
Контроль	14,08±0,86	23,24±1,39*	17,12± 1,21 ^s
Принятие риска	8,26± 0,54	12,36± 0,94*	9,11± 0,72
Примечание: * - отличие от исходного показателя статистически значимо (p<0,05); S– отличие от группы сравнения статистически значимо (p<0,05).			

У больных, с психотической дезорганизацией личности, включенных в тренинговую программу, наблюдалось значительное (p<0,05) улучшение всех

показателей жизнестойкости, по сравнению с исходными данными, хотя они и не достигали уровня жизнестойкости у больных с невротической дезорганизацией и тем более в нормативной группе. Тем не менее, положительная динамика показателей жизнестойкости является надежной предпосылкой для формирования у этих больных эффективных стратегий преодоления неблагоприятных физических последствий стресса и укрепления здоровья.

В группе больных, получавших традиционное лечение, показатели жизнестойкости существенно не изменились, что не способствовало преодолению характерных проявлений выученной беспомощности и снижению психосоматического риска.

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

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

АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Традиции отечественной биологически ориентированной психиатрии концептуализируют все психические расстройства в зависимости от уровня мозговой дисфункции в рамках дихотомии «невроз-психоз» или как не имеющих четких разграничительных критериев заболеваний невротического и психотического регистров, не выделяя при этом специфики индивидуально – личностных характеристик больных [1]. Однако, начиная с 2005 года Всемирная психиатрическая ассоциация взяла курс на практическое внедрение принципов гуманитарного, личностно – ориентированного подхода, который делает основной мишенью при оказании психиатрической помощи личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях (Х. Меззич, 2007). С тех пор осуществляются попытки интегративного понимания психических расстройств с позиции нарушения ресурсных возможностей личности, отражающих внутреннюю, субъективную составляющую адаптивного функционирования, душевного благополучия и смысложизненных ориентаций больных [4,5,198,206].

В качестве основополагающего и системообразующего понятия, отражающего уровень индивидуальной дисфункциональности личности при психических расстройствах, обоснованным можно считать использование понятия «дезорганизация личности» как индикатора нарушения субъективного внутреннего мира человека [8,9], отражающего степень интеграции идентичности, уровень психологических ресурсов и уровень тестирования реальности, являющихся базовыми критериями психического здоровья.

Оптимальной формой целостного представления о больном с дезорганизацией личности как сущности психического расстройства является состояние его личностного потенциала – совокупности взаимосвязанных

корреляционными связями структурных компонентов и индивидуально – специфических адаптационных стратегий личности [15,16,17,18], обеспечивающая высшие произвольные формы регуляции человека [19].

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

Вместе с тем, до настоящего времени не достигнуто единства в разработке клинической типологии и этапов формирования дезорганизованной личности у больных с различными психическими расстройствами. При описании структурно – содержательных характеристик дезорганизованной личности больных психотического и невротического регистров отсутствует глубокий анализ механизмов качественного стратегического планирования (копинг – стратегий) и деструктивных изменений идентичности. К числу недостаточно изученных относятся также вопросы, связанные с изучением роли ресурсных возможностей личности и социальной поддержки больных в преодолении признаков нарушения личностной организации.

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

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

частности, осуществлять диагностические и реабилитационные процедуры, индивидуальные и групповые психотерапевтические, и психосоциальные вмешательства. В проведении общих реабилитационных мероприятий принимали участие психотерапевты и медицинские психологи.

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

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

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

Использование личностно – ориентированного подхода как концептуальной модели структурно – диагностического рассмотрения психических расстройств предполагало обследование контингента больных с различными нарушениями психики, объединенных в три группы в зависимости от уровня их личностной структурной дезорганизации (невротический, пограничный, психотический). Целостность личности при этом выступала как системообразующий фактор, лежащий в основе дисфункциональных проявлений в психической сфере.

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

Невротическая дезорганизация личности (50 человек) – F43 расстройства адаптации – 15 человек; F45 соматоформные расстройства – 8 человек; F41 тревожно-депрессивное расстройство – 14 человек.; F42 обсессивно – компульсивное расстройство – 6 человек; F44 диссоциативное

расстройство – 4 человек; F.31 биполярное аффективное расстройство – 3 человека.

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

Психотическая дезорганизация личности (60 человек) – F23 острое полиморфное расстройство без симптомов шизофрении – 10 человек; F25 шизоаффективное расстройство – 4 человека; F20 параноидная шизофрения – 32 человека; F21 шизотипическое расстройство – 8 человек; F22 хроническое бредовое расстройство – 6 человек.

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

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

Клинико – психопатологический метод заключался в общепринятом классическом подходе к психиатрическому обследованию больных и содержал традиционный опрос, анализ психического состояния и диагностику в соответствии с критериями Международной классификации болезней –10.

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

При определении типа дезорганизации личности мы исходили из критериев, разработанных О. Кернбергом (2000) и методически оформленных в виде структурного диагностического интервью, направленного на познание субъективного мира человека. Интервью позволяло установить связь между особенностями организации личности и общим психическим поведением пациента, между взаимодействием пациента и психиатра, определить способности к личностной интеграции в противоположность патологической диффузии личности, выявить зрелые или примитивные механизмы защиты, определить степень способности к восприятию реальности.

Ресурсы устойчивости и уровень самоактуализации личности как меры психологического благополучия/неблагополучия, а также операциональные ресурсы личности изучались при помощи валидизированных и стандартизированных личностных опросников, разработанных сотрудниками кафедры психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова под руководством профессора Д.А. Леонтьева. Использованные методики позволили комплексно оценить уровень дезорганизации различных составляющих личностного потенциала и

субъективно воспринимаемой проблемности жизненных ситуаций, связанных с болезнью (жизнью с болезнью).

Структурное интервью опирающиеся на критерии структурной организации личности, предложенное О. Кернбергом, позволило у больных с психическими расстройствами различного регистра выделить три качественно своеобразных типа личностной дезорганизации, отличающихся друг от друга уровнем интеграции идентичности, зрелостью защитных психологических механизмов и способностью к тестированию реальности.

При невротическом типе дезорганизации личности наблюдался наиболее высокий уровень психической интеграции: у $74 \pm 4,5\%$ больных он достигал целостно – дифференцированного уровня и только у $26 \pm 6,1\%$ больных он соответствовал более низкому, диффузно – фрагментарному уровню. Больными использовались зрелые механизмы психической защиты и адекватные способы тестирования реальности. Эти защиты оберегают Эго интрапсихического конфликта путем отгорожения влечения, всех связанных с ним действий и представлений от сознательного Эго.

Менее однозначными следует признать качественные характеристики пограничного типа личностной дезорганизации, при котором значительно повысилось число больных ($62,5 \pm 5,0\%$) с диффузно – фрагментарным уровнем интеграции идентичности, достигая в $17,5\% \pm 6,2\%$ случаев кризисного уровня. При сохранности у большинства больных способности к тестированию реальности у них преобладал набор декомпенсирующих механизмов психологической защиты и в первую очередь вытеснение и расщепление.

У больных с психотической личностной дезорганизацией в 100,0% происходит полный распад Я – концепции с наиболее выраженным уровнем дезинтеграции идентичности, утратой её ценностно – смысловых свойств и способности к тестированию реальности. Как и при пограничном типе личностной дезорганизации у этих больных наблюдались примитивные, незрелые формы психологической защиты – из этого следует, что при

пограничной и психотической личностной дезорганизации работают одни и те же защитные механизмы, хотя они и выполняют различные функции. Это свидетельствует о феноменологической близости пограничной дезорганизации личности и ее психотического варианта, что подтверждается преобладанием у таких больных расстройств психотического регистра. При этом следует учитывать, что пограничная или психотическая личностная структура обусловлена не столько наличием примитивных, сколько отсутствием зрелых защит.

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

Полученные данные по самоактуализационному тесту показали, что средние значения показателей по большинству шкал, переведенные по специальной шкале в Т – баллы, у больных с психотической личностной дезорганизацией соответствуют низкому уровню самоактуализации и характеризуются высокой степенью зависимости, конформности, несамостоятельности («извне направляемые» личности), внешнем локусе контроля, ориентации на конкретный промежуток времени, низкой осознанности своих потребностей и чувств, низкой степени гибкости в реализации своих ценностей в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, отсутствии способности быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию, и другими признаками «самоактуализационного дефицита», затрудняющими процесс саморазвития личности, становления пациентов как субъектов собственной жизнедеятельности, актуализации своих потенциальных возможностей. Имея значительный дефицит самоактуализируемых тенденций, больные теряют автономию, независимость, чувство внутренней свободы и приобретают качества, отражающие негативную трансформацию идентичности личности в сторону отчуждения и смыслоутраты.

К наиболее значительным и принципиальным различиям показателей самоактуализации больных с психотическим и невротическим уровнем дезорганизации личности относятся показатели по таким шкалам как шкала спонтанности ($30 \pm 3,4$ и $63 \pm 5,1$; $p < 0,05$), принятие агрессии ($33 \pm 2,4$ и $58 \pm 4,3$; $p < 0,05$) и контактности ($24 \pm 3,5$ и $62 \pm 4,4$; $p < 0,05$). В качественном выражении по отношению к больным с психотической деструкцией личности это означает: неспособность спонтанно и непосредственно выражать свои чувства, вести себя расковано и естественно, сопровождается неуверенностью в себе и недоверием к окружающему миру (шкала спонтанности); ограниченная способность человека принимать своё раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы, стремление подавить агрессию в себе, не проявлять ее в межличностных контактах (шкала принятия агрессии); низкая способность к быстрому установлению глубоких, тесных и эмоционально насыщенных контактов с людьми, недоброжелательные, лишённые смысла взаимоотношения с людьми (шкала контактности).

Показатели больных с пограничным типом дезорганизации личности имели определенное сходство с показателями психотической группы. Структура и диапазон низких показателей у них в основном соответствовал показателям сравниваемой (психотической) группы, за исключением более высоких показателей по шкалам познавательных способностей ($45 \pm 3,6$ и $33 \pm 4,0$; $p < 0,05$) и принятие агрессии ($44 \pm 2,7$ и $33 \pm 2,4$; $p < 0,05$). Исходя из этого, уровень самоактуализации больных с пограничной дезорганизацией личности на общем фоне низких показателей характеризовался относительно высоким уровнем к приобретению знаний об окружающем мире и способности к быстрому установлению эмоционально насыщенных контактов с людьми при отсутствии недоброжелательных, лишённых смысла взаимоотношений с другими людьми. Это заметно повышает их ресурсы самоактуализации и личностного потенциала в целом, однако не позволяет

считать их достаточными для полноценного личностного восстановления больных.

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

Таким образом, у больных с невротической дезорганизацией личности иерархия ценностно – смысловых отношений имеет тенденцию к некоторой дефицитарности, однако без грубых качественных нарушений конкретных терминальных ценностей и способности выбора жизненных целей. Эти пациенты не теряют возможности полноценно функционировать в обществе, взаимодействовать с другими людьми, устанавливать с ними доверительные отношения, несмотря на определенные ограничения жизненных интересов и смысловой сферы жизни.

У больных с психотическим уровнем личностной дезорганизации ценностный ресурс, как внутренний носитель социальной регуляции, подвергается существенной деформации, затрагивая возможность осмысленной продуктивной жизни, способность оценивать пространство своих возможностей, гибкость при выборе наиболее значимых целей – ценностей – как общечеловеческих, так и индивидуальных. Такие пациенты хуже справляются с социальными нагрузками и взаимодействием с окружающим миром.

Значительное и тотальное разрушение ценностно – смысловой системы больных с психотической дезорганизацией личности, на наш взгляд, связано с изменившимися условиями социальной среды и социального статуса больных, привнесенными ситуацией «жизни с болезнью» и ее

деформирующими влияниями на процесс интерпоризации социальных ценностей и формирование уникального миропроекта личности. Качественные характеристики ценностных ориентаций этих больных, по-видимому, являются результатом распада идентичности личности и переосмысления основных жизненных позиций и стратегий в направлении оскудевания ценностно – смысловой системы и утраты личностью стабильности и устойчивости.

Анализ показателей по отдельным шкалам смысложизненных ориентаций и общего показателя осмысленности жизни свидетельствует о достоверном ($p < 0,05$) снижении уровня смысложизненных ориентаций во всех сравниваемых группах больных без фиксации достоверных различий между ними. Несмотря на отдельные и относительно нормальные показатели по отдельным субшкалам, глобальный показатель осмысленности жизни отражает дезорганизацию смыслового состояния как типичное проявление дезорганизации личности, вне зависимости от клинических особенностей психических расстройств. Поскольку личностные смыслы возникают в реальной жизнедеятельности, которая у всех обследованных была связана с ситуацией болезни и ее негативными феноменами, представляется возможным объяснить глубокую и во многом однотипную дефицитарность смысложизненных ориентаций состоянием экзистенциальной фрустрации с вытекающими из него существенными затруднениями в поиске смысла своей жизни.

Снижение показателей смысложизненных ориентаций по всем шкалам, включая шкалу осмысленности жизни, можно, с нашей точки зрения рассматривать в контексте представлений об актуальных смысловых состояниях, представляющих собой совокупность актуализированных, генерализованных смыслов, размещенных во временной перспективе [197]. На формирование актуального смыслового состояния влияет способность индивида анализировать и обобщать актуальные смыслы и формировать жизненные цели. Адекватное осмысление реальности в настоящем возможно

при критическом осмыслении прошлого опыта и относительно индивидуальной цели. Посредством синхронизации смысловых локусов происходит расширение границ субъективной реальности, то есть интеграция личности в новые условия жизни.

Исходя из этого, низкие показатели смысложизненных ориентаций, включая общий показатель, у больных с различными типами дезорганизации личности свидетельствуют о низком уровне осмысленности прошлого, настоящего и будущего (первый класс актуального смыслового состояния по А.В. Серому и другие) [197]. Для них характерны неудовлетворенность прожитой частью жизни, низкая осмысленность своей жизни в настоящем, отсутствие целей в будущем и, следовательно, дискретное восприятие своей жизни в целом. Независимо от типа личностной дезорганизации, сам по себе процесс нарушения идентичности сопровождается утратой направленности личностных смыслов. Однотипный характер нарушения процесса синхронизации смысловых локусов не позволяет многим больным с дезорганизацией личности расширять границы субъективной реальности и обеспечивать социальную интеграцию пациента. Существенные затруднения в поиске смысла своей жизни лежат в основе неверия в свои силы контролировать события собственной жизни, фатализма, убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, бессмысленно что – либо загадывать на будущее (низкие баллы по субшкалам «Локус контроля Я» и «Локус контроля – жизнь»).

Следует отметить, что в меньшей степени сказанное выше относится к лицам с пограничной дезорганизацией личности (несмотря на присутствие в этой группе больных с заболеваниями психотического регистра). Более того, у этих пациентов, на фоне снижения потенциала смысложизненных ориентаций, сохраняются представления о себе как о сильной личности.

Анализ результатов исследования ресурсов психологической устойчивости выявил четкую тенденцию, выразившуюся в значительном снижении показателей психологического благополучия у больных с

различным уровнем дезорганизации личности. Это снижение затронуло все субшкалы методики, но наименьшую выраженность имело у больных с невротической дезорганизацией личности. И по среднему баллу показателей всех субтестов ($67 \pm 4,7$), и по общему показателю психологического благополучия ($405,5 \pm 29,7$) у них выявлены более высокие баллы (хотя и не достигающие нормативных), чем в двух других сравниваемых группах больных. Наиболее низкие показатели психологического благополучия (соответственно $50,1 \pm 6,2$ и $300 \pm 24,3$) зарегистрированы у больных с психотическим уровнем дезорганизации личности. Промежуточное положение заняли пациенты с пограничным уровнем личностной дезорганизации ($58,15 \pm 5,8$ и $348 \pm 21,4$). Приведенные результаты во всех сравниваемых группах больных имели уровень статистической значимости.

Таким образом, изучение структурных и содержательных характеристик психологического благополучия, как интегрального, системного состояния человека, у больных с различным уровнем личностной дезорганизации (безотносительно типологических клинических особенностей этих пациентов) выявило значительное снижение уровня их удовлетворенности собой и собственной жизнью.

Показатели всех изучавшихся факторов (объективированных в виде соответствующих субшкал), способствующих формированию и поддержанию психологического благополучия пациентов отражают низкий уровень самореализации своей субъектности, целеустремленности к управлению жизнью, утрату стремления к саморазвитию и самосовершенствованию. Это существенно ограничивает субъективную и объективную спешность личности в сфере взаимодействия с собой и окружающим миром, снижает удовлетворенность межличностными отношениями и общением, возможность достижения внутреннего баланса личности в ситуации болезни («жизни с болезнью и «жизни в болезни»).

Качественная интерпретация различных составляющих психологического благополучия и этого феномена в целом показала

важность попыток объективации субъективных впечатлений пациента об уровне самореализации своей субъективности и устойчивости личностных ресурсов, в значительной мере определяющих возможность субъективно – личностного восстановления больного и объективного контроля за этим процессом.

Система совладания с трудными жизненными ситуациями у больных с различными типами дезорганизации личности существенно отличается от нормативных показателей. Больные всех сравниваемых групп используют как продуктивные, так и непродуктивные копинг – стратегии, однако соотношение этих способов и их активность (напряженности, предпочтительность) имели как общие, так и индивидуально специфические особенности.

Общей тенденцией, характерной для всех категорий пациентов, явилось редкое использование и низкий уровень ресурсной значимости копинг – стратегий, которые обычно отражают конструктивные усилия личности, направленные на преодоление жизненных трудностей (стратегии самоконтроля, планомерного решения проблем, социальной поддержки, признания ответственности) и предпочтительное обращение к таким непродуктивным способам совладания, не способствующим адаптивному поведению больных, как конфронтация и бегство – избегание.

Такое соотношение и диапазон «работающих» поведенческих стратегий подавляет активность личности, являющейся ядром функционального состояния и побудительной силой мотивационного статуса человека, и свидетельствует об ограниченных ресурсных возможностях личности как саморегулирующейся системы приспосабливаться к изменяющимся внешним условиям.

У больных с невротической дезорганизацией личности к базовым копинговым стратегиям с умеренной степенью их выраженности относятся стратегии дистанцирования и бегства – избегания. Использование больными этих стратегий способствует формированию нервно – психической

напряженности, неудовлетворенности собой и усугубляет проявления дистресса. Поэтому обе копинг – стратегии являются непродуктивными. Их интенсивное использование чревато невозможностью справиться со стрессовой ситуацией. Однако, если стратегия бегство – избегание оставалась умеренно выраженной, то, несмотря на уклонение от ответственности и действий по разрешению трудностей, пассивность и уход от проблем, сохранялась способность к снижению эмоциональной напряженности в ситуации стресса. При более выраженной активации конфронтационного копинга возможность активного противостояния трудностям исключалась, в том числе из – за отрицания ее как таковой.

Наиболее предпочтительными способами совладания у больных с пограничной и психотической дезорганизацией личности на фоне общего снижения копинговой активности являются неконструктивные копинги конфронтации ($58,7 \pm 1,2$) и бегство – избегания ($54,6 \pm 1,24$), а также условно – продуктивный копинг поиска социальной поддержки ($54,5 \pm 1,26$). Эти формы копинговой активности означают приспособленческую пассивность больного, не выходящую за рамки усилий, направленных на снижение эмоционального напряжения. Следует отметить, что копинг «поиск социальной поддержки» у этой категории больных оказался наиболее востребованным среди всех больных, принимающих участие в исследовании. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявлялась стремлением больных разделить свои переживания и страхи, получить эмпатическое сочувствие у родственников или знакомых. Неуспешность этих попыток приводила к неудовлетворенности, разочарованию и подавленности, что субъективно переживалось как апатия и способствовало формированию зависимой позиции.

Продуктивные стратегии, связанные с актуализацией процессов самосознания, целенаправленной деятельности, этим больным недоступны, что лишает их шансов успешно справиться с трудными ситуациями.

Такое соотношение показателей (предпочтительности использования) разнополюсных копинговых стратегий свидетельствует об отсутствии у больных четкого стремления осмыслить ситуацию и организовать свою деятельность в контексте ее благоприятного развития. Преобладающей формой реагирования у них является или активация (не всегда адекватная) эмоциональной составляющей личностных ресурсов или уход от активных действий. И в том и другом случае, совладание со стрессом (с болезнью) не фокусируется на решении проблем и рассматривается как неэффективный набор индивидуальных личностных стратегий.

Снижение копинговой активности и разнообразия стратегий совладания, отражает преимущественное использование больными интрапсихических способов преодоления стресса (механизмов психической защиты), которые направлены не на изменение стрессовой ситуации, а на редукцию эмоционального напряжения. Такой уровень ресурсных возможностей не содержит внутренних условий для сохранения индивидуальной устойчивости личностной структуры, то есть набора определенных, соответствующих индивидуально – личностным характеристикам и эмоционально – динамическим свойствам индивида, вариантов поведения и реагирования в стрессовой ситуации. В этих обстоятельствах личность не может использовать широкий спектр (репертуар) разнообразных стратегий преодоления стресса, ограничиваясь пассивными или дезадаптивными и чаще всего неосознаваемыми формами защиты. В этих условиях повышается риск активации дезорганизирующих личность механизмов, приводя к еще большим трудностям при возникновении необходимости для мобилизации собственных ресурсов и проблемно – сфокусированных стратегий поведения. Возникающая при этом потеря внутренних и внешних ресурсов влечет за собой потерю ощущения субъективного благополучия и возможности адаптироваться к вариативному ряду условий жизненной среды.

Таким образом, личностные ресурсы больных с различными типами дезорганизации личности не представляют собой системной интегральной характеристики личности, обеспечивающей адекватное взаимодействие пациентов с жизненной средой. Используемые больными преимущественно непродуктивные копинг – стратегии не позволяют им эффективно преодолевать трудные жизненные ситуации, осознанно актуализировать процессы самореализации и субъективно – личностного восстановления больных.

Определенное сходство направленности совладающих усилий пациентов с различными регистрами психических расстройств свидетельствует об отсутствии нозологической (категориальной) специфичности проявлений дезорганизации личности. Из этого следует необходимость разработки индивидуализированных реабилитационных программ, направленных на восстановление ресурсов самоактуализации и устойчивости личности, и личностного потенциала в целом.

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

Экзистенциально – личностная реабилитация больных различными формами дезорганизации личности осуществлялась в рамках гуманистического подхода, направленного на осознание смысла жизни, самостоятельный выбор способа реализации своих личностных ресурсов, принятие ответственности и формирование позитивной Я – концепции. В качестве методологической основы для разработки системы мер по активации личностного потенциала больных с расстройствами невротического и психотического регистров, преодолению структурной дезорганизации личности и стресса, обусловленного негативными аспектами «жизни с болезнью» использовались данные экзистенциально –

гуманистического направления в психологии и психотерапии (А. Маслоу, Д. Бьюдженталь, К. Роджерс, В. Франкл); концепция личностного потенциала Д.А. Леонтьева; теория ресурсов личности С.Е. Хобфолла; диспозиционная и контекстуальная модели совладающего поведения (R. Lazarus, S. Foklman).

В качестве конкретно – целевых ориентиров реабилитационная программа включала: активацию самоактуализации – процесса наиболее полного раскрытия и развития потенциала личности, продуктивной и целостной самореализации собственных возможностей пациента; реконструкцию личностной направленности, путем восстановления индивидуальной ценностной системы и связанных с ней личностных смыслов и экзистенциально – личностное восстановление больного, а также три базовых модуля: модуль самоуправления болезнью, модуль самоуправления стрессом и модуль субъективно – личностного восстановления. Такой подход предполагал использование комплекса психотерапевтических методов экзистенциально – гуманистического и когнитивно – поведенческого направлений, сфокусированных на субъективной сфере пациента, личностном выздоровлении и улучшении социального функционирования. В качестве частных задач осуществлялось формирование устойчивости к стрессовым ситуациям (жизнестойкости), повышение контролируемости ситуации и способности воспринимать жизненные трудности как возможности.

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

Содержательная сторона экзистенциально – личностной реабилитации больных с различными формами дезорганизации личности представляет собой комплекс тренинговых процедур, направленных на активацию личностных ресурсов пациента (ресурсов совладания со стрессом), в частности, ресурсов жизнестойкости (стрессоустойчивости), саморегуляции

и конструктивных копинг – стратегий. При осуществлении всех тренингов учитывались элементы герменевтического диалога как способа психотерапевтической коммуникации, основанного на понимании психопатологических переживаний пациента [233].

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

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

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

ВЫВОДЫ

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

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

полный распад Я – концепции с наиболее выраженным уровнем дезинтеграции идентичности, утратой её ценностно – смысловых свойств и способности к тестированию реальности, преобладанием примитивных, незрелых форм психологической защиты.

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

4. Ценностно – смысловая сфера больных с различными формами дезинтеграции личности характеризуется общетипическими и специфическими особенностями. Для всех групп обследованных больных доминирующим и действительно значимым является содержательный блок «ценности благополучия» (ранг 6,9; ценности: здоровье, материально обеспеченная жизнь, продуктивная жизнь, уверенность в себе). Остальные ценностные блоки по своему ранговому значению («личная жизнь» – 10,03;

«профессиональная самореализация» – 11,0; «абстрактные ценности» – 12,4) соответствуют уровню индифферентных, безразличных ценностей. Деформация ценностей нарастает от минимальных проявлений с ограничением жизненных интересов и смысловой сферы жизни, но без грубых качественных нарушений конкретных терминальных ценностей при невротической дезорганизации личности, до максимальных со значительной их трансформацией, охватывающей весь спектр терминальных ценностей при психотической дезорганизации личности.

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

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

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

7. Использование предложенной программы экзистенциально-личностной реабилитации, включающей комплекс тренинговых процедур (тренинг совладающего поведения, аутотренинг, тренинг жизнестойкости) и элементы герменевтического диалога как способа психотерапевтической коммуникации основанного на понимании психопатологических переживаний пациентов независимо от уровня их личностной дезорганизации привело к значительному статистически достоверному ($p < 0,05$) улучшению всех показателей жизнестойкости, снижению диапазона и ресурсной значимости непродуктивных копинг – стратегий и предпочтительное использование продуктивных способов совладания, снижение уровня социальной фрустрированности, что свидетельствует об активации процессов самоактуализации и психологической устойчивости больных как необходимых предпосылок их клинического восстановления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Жмуров, В. А. Психиатрия [Текст] / В. А. Жмуров. – Умный доктор, 2018. – 1312 с.
2. Меззич, Х. Личностно-ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма [Текст] / Х. Мезич // Независимый психиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 17-20.
3. Mezzich, J. E. Positive health: conceptual place, dimensions and implications [Text] / Mezzich J. E. // Psychopathology. – 2005. – N 38. – P. 177-179.
4. Ключко, В. Е., Галажинский Э. В. Самоорганизация личности: системный взгляд [Текст] / В. Е. Ключко, Э. В. Галажинский. – Томск : Из-во Томского ун-та, 1999. – 154 с.
5. Абрамов, В. А. Неклассическая психиатрия: дискурс гуманизма и здравомыслия [Текст] / В. А. Абрамов. – Донецк, 2021. – 367 с.
6. Агафонов, А. Б. Человек как смысловая модель мира. Прологомены к психологической теории смысла [Текст] / А. Б. Агафонов. – Самара : Издательский дом «Бахрах – М», 2000. – 336 с.
7. Шадриков, В. Д. Введение в психологию (эмоции и чувства) [Текст] / В. Д. Шадриков. – М., 2007.
8. Шадриков, В. Д. О предмете психологии (мир внутренней жизни человека [Текст] / В. Д. Шадриков // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2004. – Т. 1, № 1. – С. 5-19
9. Ясперс, К. Общая психопатология [Текст] / К. Ясперс. – М. : Практика, 1997. – 1056 с.
10. Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии [Текст] / О. Кернберг. – М. : Класс, 2000. – 464 с.
11. МакВильямс, Н. Психоаналитическая диагностика [Текст] / Н. МакВильямс. – М., 1998. – 480 с.

12. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис [Текст] / Э. Эриксон ; перевод с англ. А. В. Толстых. – М. : Издательская группа «Прогресс», 1996. – 344 с.
13. Абрамов, В. А., Осокина, О. И., Путятин, Г.Г. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы [Текст] / В. А. Абрамов, О. И. Осокина, Г. Г. Путятин. – Донецк : «Каштан», 2014. – 296 с.
14. Аверин, В. А. Психология личности [Текст] / В. А. Аверин. – М. : Из-во Михайлова В. А., 2001. – 192 с.
15. Леонтьев, Д. А. Личностный потенциал: структура и диагностика [Текст] / Д. А. Леонтьев – Москва : Смысл, 2011. – 675 с.
16. Резник, Ю. М. Феноменология человека: бытие возможного [Текст] / Ю. М. Резник – М. : Канон + РООИ «Реабилитация», 2017. – 632 с.
17. Величко, С. В. Роль личностного потенциала в процессах социальной реадaptации [Текст] / С. В. Величко // Перспективные информационные технологии и интеллектуальные системы. – 2004. – Т 1, № 17. – С. 126-130
18. Марков, В. Н. Личностные основы социальной устойчивости [Текст] / В. Н. Марков // Общественные науки и современность. – 2002. - № 1. – С. 136-143
19. Конопкин, О. А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека [Текст] / О. А. Конопкин // Вопросы психологии. – 1999. - № 3 – С. 35-45
20. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность [Текст] / А. Н. Леонтьев – М. : Смысл, 2004. – 352 с.
21. Рубинштейн, С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир [Текст] / С. Л. Рубинштейн – СПб. : Питер, 2003. – 512 с.
22. Абульханова – Славская, К. А. Стратегия жизни [Текст] / К. А. Абульханова – Славская – М. : Мысль, 1991. – 299 с.

23. Бодалев, А. А. Восприятие человека человеком [Текст] / А. А. Бодалев -
24. Брушлинский, А. В. Один из вариантов системного подхода в психологии мышления [Текст] / А. В. Брушлинский // Принципы системности в психологических исследованиях – М. : Наука, 1990. – С. 97-130
25. Маслоу, А. Психология бытия : пер. с англ. [Текст] / А. Маслоу – М. : Рефл-Бук ; Киев : Валкер, 1997. – 300 с. – (Актуальная психология).
26. Кузьмина, С. В. Развитие личностного потенциала студента с позиции компетентного подхода [Текст] / С. В. Кузьмина // Вестник Нижегородского у-та им. Н. И. Лобачевского. – 2013. Т. 3, № 1. – С. 26-32
27. Куликов Л. В. Стресс и стрессоустойчивость личности [Текст] / Л. В. Куликов // Теоретические и прикладные вопросы психологии. – 1995. Т. 1 № 1.
28. Осин, Е. Н., Маклаков, А. Г. Личностный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях [Текст] / Е. Н. Осин, А. Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. Т. 22, № 1. – С. 16-24
29. Осин, Е. Н. Смыслоутрата как переживание отчуждения: структура и диагностика [Текст] : дисс. ... канд. психол. наук : защищена 2007 г. / Осин Евгений Николаевич ; Московский государственный университет. – Москва. 2007.
30. Маслоу, А. Мотивация и личность 3-е издание [Текст] / А. Маслоу – СПб. : Питер, 2018. – 399 с.
31. Markowitz, FE. Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept [Text] / FE. Markowitz // J Health SocBehav. – 2001. – N 42. – P. 64-79.
32. Markowitz, FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness [Text] / FE. Makowitz // J Health SocBehav. – 1998. – N 39. – P. 335-347.

33. Ritsher, J. B. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure [Text] / J. B. Ritsher, P. G. Otilingam, M. Grajales // Psychiatry Res. – 2003. – N 121. – P. 31-49.
34. Ritsher, J. B. Thternalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients [Text] / J. B. Ritsher, J. C. Phelan // Psychiatry Res. – 2004. – N 129. – P. 257-265.
35. Rosenfield, S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction [Text] / S. Rosenfield // Am Soc Rev. – 1997. – N 62. – P. 660-672.
36. Link, B. G. Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior [Text] / B. G. Link, A. Stueve // Epidemiologic Reviews. – 1995. N 17. – P. 172-181.
37. Link, B. G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection [Text] / B. G. Link // Am Soc Rev. – 1987. – N 52. – P. 96-112.
38. Hinshaw, S. P. The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change [Text] / S. P. Hinshaw. – New York: Oxford University Press, 2007.
39. Серебрянская, Л. Я. Социальные представления о психически больных в контексте проблемы стигматизации [Текст] / Л. Я. Серебрянская // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2005. – № 3. – С. 47-54
40. Vogel, D. L. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help [Text] / D. L. Vogel, N. G. Wade // J. Couns Psychol. – 2006. – N 53. – P. 325-337.
41. Vauth, R. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia [Text] / R. Vauth, B. Kleim, M. Wirtz // Psychiatry Res. – 2007. – N 150. – P. 71-80.

42. Польская, Н. А. Психически больной в современном обществе: проблемы стигмы [Текст] ? Социологический журнал. – 2004. – № 31/2. – С. 145-158.
43. Финзен, А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям [Текст] ? М., 2001. – 215 с.
44. Thompson, M. Discrimination Against People with Experiences of Mental illness Wellington: Mental Health Commision [Text] ? 1990.
45. Byrne, P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it [Text] / P. Byrne // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 65-72.
46. Phelan, J. Psychiatric illness and family stigma [Text] / J. Phelan, E. J. Bromet, B. G. Link // Schizophrenia Bulletin. – 1998. – N 24. – P. 115-126.
47. Белинская, Е. П. Социальная психология [Текст] / Е. П. Белинская, О. А. Тихомандрицкая // М.: Аспект Пресс. – 2003. – 475 с.
48. Блохина, О. А. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией [Текст] / Психиатрия. – 2005. - № 1. – С. 26-30.
49. Аведисова, В. И. Психические расстройства с точки зрения психически больных и здоровых [Текст] / В. И. Аведисова, В. И. Бородин, В. О. Чахова // Российский психиатрический журнал. – 2000. – Т. 6. - № 6. – С. 8-11.
50. Ясперс, К. Общая психопатология [Текст] / К. Ясперс. – М. : Практика, 1997. – 1056 с.
51. Абрамов, В. А. Психиатрия как сфера познания человеческой индивидуальности [Текст] / В. А. Абрамов. – Донецк, 2021. – 338 с.
52. Бьюдженталь, Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентом в гуманистической терапии [Текст] / Д. Бьюдженталь.; пер. с англ. – М. : Класс, 1998. – 336 с.
53. Роджерс, К. Р. Клиентцентрированная терапия [Текст] / К. Р. Роджерс.; пер. с англ. – М. : К. : Валкер, 1997. – 320 с.
54. Рубинштейн, С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир [Текст] / С. Л. Рубинштейн / СПб. : Питер, 2003. – 512 с.

55. Выготский, В. С. Сознание как проблема психологии поведения. Психология развития как феномен культуры [Текст] / В. С. Выготский / М., 1996.
56. Олпорт, Г. Становление личности [Текст] / Г. Олпорт // Избр. Труды. – М. : Смысл, 2002. – 314 с.
57. Яскевич, Я. Парадигма гуманитарной психиатрии: становление и перспективы [Текст] / Я. Яскевич // Наука и инновации. – 2015. - № 9 (131). – С. 68-75.
58. Буданов, В. Г. Синергическая методология [Текст] / В. Г. Буданов // Вопросы философии. – 2006. – № 5. – С. 79-94.
59. Ершова-Бабенко, И. В. Место психосинергетики в постнеклассике / И. В. Ершова-Бабенко [Текст] // Постнеклассика: философия, наука, культура / отв. ред. Д. П. Киященко, В. С. Степин. – СПб., 2009. – С. 460-490.
60. Яскевич, Я. С. Философия и наука: время диалога, ответственности и надежды [Текст] / Яскевич Я. С. // Избранные труды. – Мн., 2014. – С. 483.
61. Мелехов, Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни [Текст] / Д. Е. Мелехов // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. – М., 1997. – С. 5-61.
62. Франкл, В. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Франкл. – М., 1990.
63. Ясперс, К. Общая психопатология [Текст] / К. Ясперс. – М., 1997.
64. Юнг, К. Г. Воспоминания, сновидения, размышления [Текст] / К. Г. Юнг. – Минск, 2003.
65. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия [Текст] / И. Ялом. М. : Класс, 1999. – 265 с.
66. Братусь, Б. С. Смысловая вертикаль сознания личности [Текст] / Б. С. Братусь // Вопросы философии. – 1999. - № 11. – С. 81-89.

67. Роджерс, К. Р. Клиентцентрированная терапия [Текст] / К. Р. Роджерс.; пер. с англ. – М. : К. : Валкер, 1997. – 320 с.
68. Олпорт, Г. В. Личность в психологии [Текст] / Г. В. Олпорт. – СПб. : КСП+, М. : Ювента, 1998. – 345 с.
69. Олпорт, Г. Становление личности: избр. труды. [Текст] / Г. Олпорт. – М. : Смысл, 2002. – 277 с.
70. Кон, И. С. Социальная психология [Текст] / И. С. Кон. – М., 1999. – 560 с.
71. Матис, В. И. Социология образования и формирование личности [Текст] / В. И. Матис. – Барнаул, 1995. – 181 с.
72. Сухобская, Г. С. Понятие «зрелость социально-психологического развития человека» в контексте андрологии [Текст] / Г. С. Сухобская // Новые знания. – 2002. - № 4. – С. 17-20.
73. Портнова, А. Г. Личностная зрелость: подходы к определению [Текст] / А. Г. Портнова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – С. 4-7.
74. Семенов, М. Ю. Особенности отношения к деньгам людей с разным уровнем личностной зрелости [Электронный ресурс] / М. Ю. Семенов. – Режим доступа : <http://selfmoney.narod.ru/semen.htm>, свободный.
75. Шамионов, Р. М. Личностная зрелость и профессиональное самоопределение в подростковом и юношеском возрасте [Текст] : автореф. на соиск. ученой степ. канд. психол. наук. / Шамионов Раиль Мунирович. – СПб., 1997. – 19 с.
76. Эриксон, Г. Эрик. Детство и общество [Текст] / Г. Эрик Эриксон. – СПб. : Ленато, АСТ, 1996. – 592 с.
77. Реан, А. А. Личностная зрелость и социальная практика [Текст] / А. А. Реан // Теоретические и прикладные вопросы психологии. – СПб., 1995. – Вып. 1.
78. Бордовская, Н. В., Реан, А. А. Педагогика: учебное пособие [Текст] / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. – СПб.: Питер, 2006. – 304 с.

79. Русалов, В. М. Психологическая зрелость: единая и множественная характеристика? [Текст] / В. М. Русалов // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 5. – С. 83-97.
80. Роджерс, К. Клиенто-центрированная терапия [Текст] / К. Роджерс ; пер. с англ. – М. : Рефл-бук ; Киев : Валкер, 1997. – 320 с.
81. Дикая, Л. Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека (Системно-функциональный подход) [Текст] / Л. Г. Дикая. – М. : ИП РАН, 2003. – 318 с.
82. Видигер, Т. А. Психопатология взрослых: проблемы и споры [Текст] / Т. А. Видигер // Ежегодный обзор психологии. – 2000.
83. Лензенвегер, М., Лэйн, М., Лорангер, А., Кесслер, Р. DSM-IV. Расстройства личности в репликации национального исследования сопутствующих заболеваний [Текст] / М. Лензенвегер, М. Лэйн, А. Лорангер, Р. Кесслер // Биологическая психиатрия. – 2007. - № 62 (6). – С. 553-615.
84. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства [Текст] / Ю. А. Александровский. – 3-е издание. – М. : Медицина, 2000. – 495 с.
85. Минутко, В. Л. Шизофрения [Текст] / В. Л. Минутко. – Курск : ОАО «ИПП «Курск», 2009.
86. Абрамов, В. А. Представление о функциональности (функциональных возможностях) личности как субъекта самовосприятия [Текст] / В. А. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – № 2 (46). – С. 7-14.
87. Мельниченко, В. В. Представление о дисфункциональности личности в метафизическом контексте [Текст] / В. В. Мельниченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – № 3 (47). – С. 53-58.
88. Дунаевский, В. В. Феномен психиатрии. Части и целое, тогда и сейчас [Текст] / В. В. Дунаевский. – СПб. : Таро, 2015. – 224 с.
89. Мельниченко, В. В. Теоретический анализ базовых категорий дезорганизованной личности: идентичность, интеграция, целостность [Текст]

/ В. В. Мельниченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. – № 1 (49). – С. 20-27

90. Фоминых, Е. С. Взаимодействие с реальностью в проблематике трансформаций жизненного пути личности [Текст] / Е. С. Фоминых // Вестник Кемеровского государственного у-та. – 2019. Т. 21, № 2. – С. 451-458.

91. Фром, Э. Анатомия человеческой деструктивности [Текст] / Э. Фром ; пер. с англ. Э. М. Телятникова и др. – Минск : Поппури, 1999. – 624 с.

92. Злоказов, К. В. Деструктивность и идентичность личности [Текст] / К. В. Злоказов // Научный ежегодник Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук. – 2014. Т. 14, № 2. – С. 61-73.

93. Овчинникова, Ю. Г. Диагностика кризиса идентичности: анализ случая [Текст] / Ю. Г. Овчинникова // Вестник московского университета. – 2002. – С. 88-94.

94. Овчинникова, Ю. Г. О путях разрешения кризиса идентичности [Текст] / Ю. Г. Овчинникова // Вестник московского университета. Серия «Психология». – 2003. – № 4. – С. 37-46.

95. Овчинникова, Ю. Г. Роль конструктивного кризиса идентичности развития личности [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Овчинникова Юлия Германована. – М. : МГУ, 2008. – 29 с.

96. Дмитриева, Н. В. Психологические факторы трансформации идентичности личности [Текст] : дис. доктора психологических наук / Дмитриева Наталья Витальевна. – Новосибирск, 1999. – 361 с.

97. Дмитриева, Н. В. Психологические аспекты формирования здоровой идентичности ребенка [Текст] / Н. В. Дмитриева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Новосибирс, 1999. – JT 2. – 3, С.

98. Антонова, Н. В. Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной

психологии [Текст] / Н. В. Антонова // Вопросы психологии. – 1996. – JT. – С. 131-143.

99. Соколова, Е. Т. Изучение личностных особенностей и самосознания при пограничных личностных расстройствах [Текст] / Е. Т. Соколова // Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М. : Аргус, 1995. – С. 27-206.

100. Соколова, Е. Т. О метакоммуникации в процессе проективного исследования пациентов с пограничными расстройствами [Текст] / Е. Т. Соколова // Московский психотерапевтический журнал. – 1997. - № 3. – С. 16-18.

101. Непомнящая, Н. И. Психодиагностика личности. Теория и практика [Текст] / Н. И. Непомнящая. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС. – 2001. – 192 с.

102. Джейкобсон, Э. Самость и объективный мир [Текст] / Э. Джекобсон. – Лондон : Hogarth Press, 1964.

103. Гунгер, Н. Н. Психологические средства становления идентичности личности в период нормативного кризиса взрослости [Текст] : автореф. дис. ... на соискание науч. степени канд. психол. наук / Гунгер Наталья Николаевна. – Новосибирск, 2007. – 23 с.

104. Bosma, H. A. Identity development in adolescence: Coping with commitments [Text] / H. A. Bosma // Proefschu Groningen: Rijksuniv the Groningen. – 1985.

105. Bosma, H. A. Identity development in adolescence: Coping with commitments [Text] / H. A. Bosma // Proefschr. – Groningen, 1985.

106. Вид, В. Д. Психотерапия шизофрении [Текст] / В. Д. Вид. – СПб. : Питер, 2008. – 512 с.

107. Кабанов, М. М., Бурковский Г. В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных [Текст] / М. М. Кабанов, Г. В. Бурковский // Обозрение психиатрии и мед. Психологии. – 2000. - № 1. – С 3-8.

108. Толпина, И. А. Динамика идентичности при психотических расстройствах [Текст] : дис. ... канд. психол. наук / Толпина Инна Абрамовна. – М., 2009. – 281 с.
109. Кадыров, И. М. Динамика идентичности пациента с параноидной шизофренией в ходе психоаналитического интервью / И. М. Кадыров, Н. А. Толпина // 2008. - № 4. – С. 55-70.
110. Леонтьев, Д. А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации [Текст] / Д. А. Леонтьев // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова / под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2002. – Вып. 1. – С. 56 – 65.
111. Леонтьев, Д. А. Новые ориентации понимания личности в психологии: от необходимого к возможному [Текст] / Д. А. Леонтьев // Вопросы психологии – 2011. – №1 – С. 12.
112. Фромм, Э. Личностные ресурсы как интегральная характеристика личности [Текст] / Калашникова С.А. // Молодой ученый. – 2011 – Т.2, №8. – С. 84 – 87.
113. Фромм, Э. Бегство от свободы [Текст] / Э. Фромм. – 2016 – 231 с.
114. Франкл, В. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Франкл / М. : Прогресс, 1990. – 368 с.
115. Бодров, В. А. Психологический стресс [Текст] / В. А. Бодров // Развитие и преодоление. - М. : ПЕР-СЭ. – 2006. – С. 528
116. Муздыбаев, К. Стратегия совладения с жизненными трудностями. Теоретический анализ. [Текст] / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1998. – Т. 1, №2. – С. 100 – 109.
117. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса [Текст] / Н. Е. Водопьянова. - СПб. : Питер, 2009 – 336 с.
118. Hobfoll, S. E. Stress, culture and community [Текст] / S. E Hobfoll // N.Y. and London. – 1998
119. Дубровина, И. В. Психология [Текст] / И. В. Дубровина. - М. : Академия – 2003 – 464 с.

120. Каган, М.С. Человеческая деятельность [Текст] / М.С. Каган. М. : Изд-во политической литературы – 1974.
121. Марков, В. Н. Личностные основы социальной устойчивости. [Текст] / В. Н. Марков // Общественные науки и современность. – 2002. – № 1. – С. 136–143.
122. Лушин, П. В. Учимся фасилитировать: методическое пособие для учителей школ, студентов педагогических специальностей [Текст] / П. В. Лушин. – Кировоград: Имэкс ЛТД. – 2003. - 52 с.
123. Александрова, Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии [Текст] / Л. А. Александрова // Сибирская психология сегодня – Кемерово : Кузбассвуиздат. – 2004. – № 2. – С. 82–90.
124. Анцыферова, Л. Г. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита [Текст] / Анцыферова Л.Г. // Психологический журнал. – 1994. – № 1. – С. 3-16.
125. Леонтьев, Д. А. Личность как преодоление индивидуальности: основы неклассической психологии личности: под ред. Леонтьева Д.А. психологическая теория деятельности: вчера, сегодня, завтра [Текст] / Д. А. Леонтьев - М. : Смысл, 2006 – С. 134 – 147.
126. Маслоу, А. Мотивация и личность [Текст] / А. Маслоу; пер. А.М. Татлыбаевой. – СПб. : Евразия, 1999 – 478 с.
127. Роджерс, К. Р. Клиентцентрированная терапия [Текст] / К. Р. Роджерс // М. : Ваклер, 1997. – 320 с.
128. Весна, Е. Б. Понятия «личность» и «индивидуальность» в понятийном пространстве, описывающим человека [Текст] / Весна Е.Б. // Мир психологии. – 1999. – №4. – С. 279 – 295.
129. Дорфман, Л. Я. Детерминированность и свобода человека [Текст] / Л. Я Дорфман // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии.

130. Перлз, Ф. С. Гештальт-подход и Свидетель терапии [Текст] / Ф. С. Перлз. – М. : Академический проект. Гаудеамус, 2015.
131. Перлз, Ф. С. Гештальт-подход и Свидетель терапии [Текст] / Ф. С. Перлз. – М. : Либрис, 1996. – 235 с.
132. Шостром, Э. Анти-Карнеги [Текст] / Э. Шостром. – Минск : Попурри, 2004. – 54 с.
133. Абульханова, К. А. Психология и сознание личности (проблемы методологии, теории и исследования реальной личности): избранные психологические труды [Текст] / К. А. Абульханова. -М. : НПО «МОДЭК», 1999. – 224 с.
134. Калитеевская, Е. Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию. Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. [Текст] / Е. Р. Калитеевская ; под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щур. – М. : Смысл, 1997. – С. 231 – 238.
135. Леонтьев, Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности [Текст] / Д. А. Леонтьев. – М. : Смысл, 2003. – 487 с.
136. Лисовская, Е. Б. Самоактуализация личности. Научно-техническая революция и социальная психология [Текст] / Е. Б. Лисовская. – М., 1981. – С. 76 – 84.
137. Мэй, Р. Любовь и воля [Текст] / Р. Мэй ; пер. О.О. Чистякова, А. П. Хомика. – М. : Рефл-Бук, Киев. Ваклер, 1997. – 384 с.
138. Петровский, В. А. Феномен субъективности в психологии личности [Текст] : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. / Петровский Вадим Артурович. - М., 1993. – 76 с.
139. Полубабкина, Н. И. Самореализация личности [Текст] : дис. ... д-ра философ. наук. / Н. И. Полубабкина. – М., 1995. – 350 с.

140. Весна, Е. Б. Психологические закономерности и механизмы процесса социализации-индивидуализации в онтогенезе [Текст] : дис. ... д-ра психол. наук. / Весна Елена Борисовна. – М., 1998. – 490 с.
141. Королькова, И. Э. Психиатрия - социальный институт [Текст] / И. Э. Королькова // Современная терапия в психиатрии и неврологии. - 2017. - № 2. – С. 33 – 36.
142. Абрамов, В. А. Психиатрия как социальный институт [Текст] / В. А. Абрамов // Журнал психиатрии и мед. психологии. – 2020. – № 1 (49). – С. 4 – 12.
143. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия [Текст] / И. Ялом. - М. : Класс, 1999. – 265 с.
144. Мэй, Р. Экзистенциальная психология [Текст] / Р. Мэй. – К. : «PSYLIB», 2005. – 171 с.
145. Роджерс, К. Р. Клиентцентрированная терапия. [Текст] / К. Р. Роджерс. – М. : Ваклер, 1997. – 320 с.
146. Роджерс, К. Р. О групповой психотерапии [Текст] / К. Р. Роджерс. – М. : Гиль-Эстель, 1993. – 224 с.
147. Jacobson, N. Experiencing recovery: a dimensional analysis of consumers' recovery narratives [Text] / N. Jacobson // Psychiatr. Rehab. J. – 2001. Vol. 24. – P 248 – 256.
148. Jacobson, N., Greenley, D. What is recovery? A conceptual model and explication [Text] / N, Jacobson // Psychiatr. Serv. – 2001. – Vol. 52. – P 482 – 485.
149. Гурович, И.Я., Семенова Н. Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции [Текст] / И. Я Гурович, Н. Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. - № 4. – С. 78 – 85.
150. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. [Text] / P. Deegan. – Psychosoc. Rehab. J. – 1996. – Vol. 19. – P. 91 – 97.

151. Гурович, И. Я. Психосоциальная реабилитация в психиатрии [Текст] / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 3. – С. 5 – 13.
152. Ястребов, В. С., Митихин, В. Г., Солохина, Т. А. и др. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации [Текст] / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, Т. А. Солохина и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. № 6. – С. 4 – 10.
153. Абрамов, В. А., Ряполова, Т. Л., Бурцев, А. К. и др. Стандартизованная оценка клинической эффективности реабилитационных мероприятий при параноидной шизофрении [Текст] / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. К. Бурцев // Журнал психиатрии и мед. психологии. – 2007. - № 1 (17). – С. 3 – 16.
154. Былим, И. А. Клинико-экономическая и социальная эффективность психосоциальной реабилитации хронически больных [Текст] / И. А. Былим // Рос. психiatr. журнал. – 2007. - № 5. – С. 25–30.
155. Anthony, W. Psychiatric Rehabilitation. [Text] / W. Anthony. - 2nd ed. - Boston University : Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002. – 432 p.
156. Bachrach, L. L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia – what are the boundaries? [Text] / L. L. Bachrach // Acta Psychiatr. Scand. – 2000. – Vol. 407. – Suppl. 6 – 10.
157. Carling, P. J. Return to community: building support systems for people with psychiatric disabilities [Text] / P. J. Carling. – N.Y. : Guilford Press. 1995. – 348 p.
158. Spaniol, L., Gagne, C., Koehler, M. The recovery framework in rehabilitation and mental health. [Text] / L. Spinol, C. Gagne, M. Koehler // Sourcebook of rehabilitation and mental health practice ; D. Moxley. J. R. Finch (Eds.). – New York: Kluwer. Plenum, 2003. – P. 37-50.
159. Strauss, J. S., Rakfeldt, J., Harding, C. M. et al. Psychological and social aspects of negative symptoms [Text] / J. S. Strauss, J. Rakfeldt, C. M. Harding et al. // Br. J. Psychiatry. – 1989. – Vol. 155, Suppl. 7. – P. 128 – 132.

160. Sullivan, P. Recovery from schizophrenia: what we can learn from the developing nations [Text] / P. Sullivan // *Innov. Res. Clin. Serv., Com. Support, Rehab.* – 1994. – Vol. 3, №2. – P. 7 – 15.
161. Thompson, K. N., McGorry, P. D., Harrigan, S. M. Recovery style and outcome in first-episode psychosis [Text] / K. N. Thompson, P. D. McGorry, S. M. Harrigan // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 62, №1-2. – P. 31 – 36.
162. Torgalsboen, A. K., Rund, B. R. Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia [Text] / A. K. Torgalsboen, B. R. Rund // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 14. – P. 312 – 317.
163. Liberman, R. P., Kopelowicz, A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century [Text] / R. P. Liberman, A. Kopelowicz // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 14. – P. 245 – 255.
164. Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., Gutkind, D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia [Text] / R. P. Liberman, A. Kopelowicz, J. Ventura, D. Gutkind // *Int. Rev. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 14. – P. 256 – 272.
165. Liberman, R. P., Kopelowicz, A. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research [Text] / R. P. Liberman, A. Kopelowicz // *Psychiatric Services.* – 2005. – Vol. 56, №6. – P. 735 – 742.
166. Harrison, G., Hoper, K., Craig, T. et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study [Text] / G. Harrison, K. Hoper, T. Craig et al. // *Br. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 178. – P. 506 – 517.
167. Harrow, M., Grossman, L., Jobe, T. H., Herbener, E. S. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multifollow-up study [Text] / M. Harrow, L. Grossman, T. H. Jobe, E. S. Herbener // *Schizophr. Bull.* – 2005. – Vol. 31. – P. 723 – 734.
168. Farkas, M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. [Text] / M. Farkas // *World Psychiatry.* – 2007. – Vol. 6, № 2. – P. 4 – 10.

169. Jenkins, J.H., Strauss, M.E., Carpenter, E.A. et al. Subjective experience of recovery from schizophrenia-related disorders and atypical antipsychotics [Text] / J. H. Jenkins, M. E. Strauss, E. A. Carpenter et al. // Int. J. Soc. Psychiatry. - 2007. – Vol. 51. – P. 211 – 227.
170. Spaniol, L., Wewiorski, N.J., Gagne, C. et al. The process of recovery from schizophrenia [Text] / L. Spinol, N. J. Wewiorski, C. Gagne et al. // Int. Rev. Psychiatry. – 2002. – Vol. 14. – P. 327 – 336.
171. Rogers, E., Farkas, M., Anthony, W.A. Recovery and evidence-based practices. [Text] / E. Rogers, M. Farkas, W. A. Anthony // Handbook of evidence-based practice in behavioral healthcare: applications and new directions ; C. Stout, R. Hayes (Eds.). - New York: Wiley, 2005. – P. 199 – 219.
172. Bellack, A.S. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts and implications [Text] / A. S. Bellack // Schizophr. Bull. – 2006. – Vol. 32, №3. – P. 432 – 442.
173. Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L. et al K. T. Mueser, P. S. Meyer, D. L. Penn et al The Illness Management and Recovery Program: Rationale, development and preliminary findings. Schizophrenia Bull. 2006. Vol. 32, Suppl. 1. §32 - §43.
174. Ralph, R. Recovery. Psychiatr. Rehab. Skills. [Text] / R. Ralph. – 2000. – Vol. 4. – P. 480 – 517.
175. Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J. et al. Recovery in serious mental illness: paradigm shift or shibboleth? [Text] / L. Davidson, M. J. O'Connell, J. Tondora // Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice. L. Davidson, C.M. Harding, L. Spaniol (Eds.). Boston: Center for psychiatric rehabilitation. – 2005. – P. 5 – 26.
176. Deegan, P. E. Recovery: the lived experience of rehabilitation [Text] / P. E. Deegan // Psychosoc. Rehab. J. – 1988. – Vol. 11. – P. 11 – 19.
177. Deegan, P.E. Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. [Text] / P. E. Deegan // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. – 1993. – Vol. 31, №4. – P. 7 – 11.

178. Deegan, P. Recovery as a journey of the heart [Text] / P. Deegan // Psychosoc. Rehab. J. – 1996. – Vol. 19. – P. 91 – 97.
179. Roberts, G., Wolfson, P. The rediscovery of recovery: open to all [Text] / G. Roberts, P. Wolfson // Advances in Psychiatric Treatment. – 2004. - № 10. – P. 37 – 48.
180. Гурович, И. Я., Лобов, Е. Б., Сторожакова, Я. А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery». [Текст] / И. Я. Гурович, Е. Б. Лобов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т.18, № 2. – С. 7 – 14.
181. Гурович, И. Я., Шмуклер, А. Б., Сторожакова, Я. А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложение к II пересмотру МКБ [Текст] / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, №4. – С. 34 – 39.
182. Гурович, И. Я., Шашкова, Н. Г., Висневская, Л. Я. и др. Recovery (личностно-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителей психиатрической помощи [Текст] / И. Я. Гурович, Н. Г. Шашкова, Л. Я. Висневская и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 2. – С. 89 – 95.
183. Anthony, W. A. The one-two-three of client evaluation in psychiatric rehabilitation settings [Text] / W. A. Anthony // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1984. №8 (2). – P. 85 – 87.
184. Anthony, W. A. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base [Text] / W. A. Anthony // Schizophr. Bull. – 1986. – Vol. 12, №4. – P. 542 – 559.
185. Anthony, W. A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s [Text] / W. A. Anthony // Psychosoc. Rehab. J. – 1993. – Vol. 16. – P. 11 – 23.

186. Anthony, W., Rogers, E. S., Farkas, M. Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery [Text] / W. A. Anthony, E. S. Rogers, M. Farkas // Com. Ment. Health J. – 2003. – Vol. 39. – P. 101 – 114.
187. Шохин, В.К. Ценности. Этика: Энциклопедический словарь [Текст] / В. К. Шохин. – М. : Гардарики, 2001. – С. 535 – 536.
188. Абушенко, В. Л. Ценность. Всемирная энциклопедия: Философия [Текст] / В. Л. Абушенко. – М. : АСТ. Современный литератор, 2001. – 1200 с.
189. Беляев, И. А. Социальное и духовное в человеческом существовании [Текст] / И. А. Беляев ; сборник научных трудов [под ред. И.А.Беляева]. – Оренбург : ОФ УрАГС. – 2001. – вып. 2. – С. 5 – 20.
190. Rokeach, M. Beliefs, Attitudes and Values [Text] / M. Rokeach. - San Francisco : Josey-Bass Co, 1972. – 214 p.
191. Леонтьев, Д.А. Методика изучения ценностных ориентаций [Текст] / Д. А. Леонтьев. – М., 1992. – 17 с.
192. Серый, А. В., Яницкий, М. С. Ценностно-смысловая сфера личности: учебное пособие [Текст] / А. В. Серый, М. С. Яницкий. – Кемерово : Кемеровский гос. Университет, 1999. – 92 с.
193. Яницкий, М. С. Ценностные ориентации личности как динамическая система [Текст] / М. С. Яницкий. – Кемерово : Кузбассвуиздат, 2000.
194. Леонтьева, Е. М. Анализ ценностных ориентаций больных шизофренией [Текст] / Е. М. Леонтьева // Сибирский психологический журнал. – 2013. № 47. – С. 14 – 22.
195. Витютина, Т. А. Ценностно-смысловая сфера больных шизофренией. [Текст] / Т. А. Витютина // Вестник РГТУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». – 2010. - №1 (60). – С. 241 – 258.
196. Зенцова, Н. И., Каклюгин Н. В. Динамика смысложизненных ориентаций у лиц с опийной зависимостью, участвующих в реабилитационных программах религиозного и нерелигиозного типа. [Текст]

/ Н. И. Зенцова, Н. В. Каклюгин // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2012. – С. 49 – 59.

197. Серый, А. В., Юпитов, А. В. Применение теста смысложизненных ориентаций к диагностике актуальных смысловых состояний (новая концептуализация) [Текст] / А. В. Серый, А. В. Юпитов // Сибирская психология сегодня: сборник научных трудов. – Кемерово. – 2003. – Вып. 2. – С. 55 – 72.

198. Серый, А. В. Трансформация системы личностных конструктов как механизм динамики актуальных смысловых состояний в ходе психологического тренинга. [Текст] / А. В. Серый // Ползуновский вестник. – 2004. – С. 5 – 6.

199. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис [Текст] / Э. Эриксон ; общ. ред. и предесел. Э. Эриксон, А. В. Толстых. - М. : Прогресс, 1996. – 344 с.

200. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. [Текст] / А. Н. Леонтьев. – М. : Смысл, 2004. – 352 с.

201. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия [Текст] / И. Ялом. – М. : Класс, 1999. – 344 с.

202. Леонтьев, Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности [Текст] / Д. А. Леонтьев. – М. : Смысл, 2003. – 487 с.

203. Франкл, В. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Франкл. – М., 1990.

204. Maddi, S. R. The Existential Neurosis. [Text] / S. R. Maddi // Journal of Abnormal Psychology. – 1967. – N 4 (72). – P. 311 – 325.

205. Осин, Е. Н., Леонтьев, Д. А. Смыслоутрата и отчуждение. [Текст] / Е. Н. Осин, Д. А. Леонтьев // Международный научный журнал «Культурно-историческая психология». – 2007. - № 4. – С. 68 – 77.

206. Братусь, Б. С. Аномалии личности [Текст] / Б. С. Братусь. М. : Мысль, 1988. – 301 с.

207. Абрамов, В. Ал. Смысл как первичная сила жизни, смыслоутрата (отчуждение) как экзистенциальная вакуум [Текст] / В. Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2018. № 1 (41). – С. 21 – 31.
208. Братусь, Б. С. Смысловая вертикаль сознания личности [Текст] / Б. С. Братусь // Вопр. Философии. – 1999. - № 1. – С. 81 – 89.
209. Дереча, Г. И., Дереча, В. А. О значении изучения смысложизненных ориентаций у больных алкоголизмом [Электронный ресурс] / Г. И. Дереча, В. А. Дереча. – Режим доступа: <http://medpsy.ru>, свободный.
210. Маслоу, А. Самоактуализированные люди: исследования психологического здоровья. Мотивация и личность [Текст] / А. Маслоу ; пер. с англ. А.М. Татлыбаевой. – СПб. : Евразия, 1999.
211. Райан, Р. М., Дэш, Э. Л. Теория самодетерминации и поддержка внутренней мотивации, социальное развитие и благополучие [Текст] /Р. М. Райан, Э. Л. Дэш // Вестник Албанского ГПУ. – 2003. - 3-1. С. 97 – 111.
212. Ryan, R. M., Deci, E. L. Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior [Text] / R. M. Ryan, E. L. Deci // handbook of personality: theory and research. - New York : Guilfort. – 2008. - P. 654 – 78.
213. Brandburn, N. The structure of Psychological well-being [Text] / N, Brandburn. - Chicago: Aldine Pub. Co, 1969. – 320 p.
214. Diener, E. Subjective well-being [Text] / E. Diener // Psychological Bulletin. – 1984. N 95. – P. 542 – 575.
215. Селигман, М. Путь к процветанию. Новое понимание счастья и благополучия [Текст] / М. Селигман. – М. : Манн, Иванов и Фербер. – 2013. – 440 с.
216. Ryff, C., Keyes, C. The Structure of psychological well-being revisited [Text] / C. Ryff, C. Keyes // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – Vol. 69, №4 (Oct). – P. 719 – 727.

217. Тарабрина, Н. В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика [Текст] / Н. В. Тарабрина. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН». – 2009.

218. Марищук, Л. В., Пыжьянова, Е. В. Удовлетворенность качеством жизни как критерий психологического здоровья. [Текст] / Л. В. Марищук, Е. В. Пыжьянова ; Под ред. Н.В. Гришиной // Психология XXI века: Мат-лы Междунар. науч.-практ. конф. Молодых ученых (С.-Петербург, 24 – 26 апреля 2008 г.). – СПб. – 2008. – С. 457 – 459.

219. Тарабрина, Н. В., Быховец, Ю. В., Казымова, Н. Н. Специфика психологического благополучия в группах респондентов с различной интенсивностью переживания террористической угрозы. [Электронный ресурс] / Н. В. Тарабрина, Ю. В. Быховец, Н. Н. Казымова // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2012. №2. 22. Режим доступа: <http://psystudy.ru>, свободный.

220. Шевеленкова, Т. Д., Фесенко, П. П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) [Текст] / Т. Д. Шевеленкова, П. П. Фесенко // Психологическая диагностика. – 2005. - №3. – С. 95 – 129.

221. Ryff, C. D., Singer, B. Psychological well-being: Meaning, measurement and implications for psychological research. [Text] / C. D. Ryff, B. Singer // Psychotherapy and Psychosomatics. – 1996. - № 65. – P. 14 – 23.

222. Бухановский, А. О., Кутявин, Ю. А., Литвак, М. Е. Общая психопатология [Текст] / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак. - Ростов н/Д. : Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2003. – 416 с.

223. Мельниченко, В. В., Абрамов, В. Ал. Влияние иррациональных установок на психологическое благополучие и самоэффективность [Текст] / В. В. Мельниченко, В. Ал. Абрамов

224. Асмолов, А. Г. Психология личности [Текст] / А. Г. Асмолов. - М. : Изд-во Моск. ун-та, 1990.

225. Зарковский, Г. М. Качество жизни населения России: психологические составляющие [Текст] / Г. М. Зарковский. - М. : Смысл, 2009.
226. Леонтьев, Д. А. Что такое экзистенциальная психология? Психология с человеческим лицом. Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии [Текст] / Д. А. Леонтьев. - М. : Смысл, 1997. С. 40 – 43.
227. Ашанина, Е. Н. Психологические механизмы копинг-поведения специалистов экстремальных профессий. [Текст] / Е. Н. Ашанина // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. Т. 37. №2. - С. 46 – 50.
228. Баскакова, С. А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами [Текст] / С. А. Баскакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. Т. 20, №2. - С. 88 – 97.
229. Рыбников, В. Ю., Ашанина, Е. Н. Психология копинг-поведения специалистов опасных профессий [Текст] / В. Ю. Рыбников, Е. Н. Ашанина. - СПб. : Политехника-сервис, 2012. - 120 с.
230. Lazarus, R. S. Psychological stress and coping process [Text] / R. S. Lazarus. - N.Y. : Mc Graw-Hill Book, 1966. – 466 p.
231. Lazarus, R. S., Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping [Text] / R. S. Lazarus, S. Folkman. - New York : Springer, 1984. - 456 p.
232. Абабков, В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии [Текст] / В. А. Абабков. - М. : Перре, СПб. : Речь, 2004. – 166 с.
233. Гадамер, Х.-Г. Истина и метод. Основы философской герменевтики [Текст] / Х.-Г. Гадамер. - М. : Прогресс, 1988. – 704 с.