

## ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ДЕВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

**Актуальность.** Феномен «жизни с болезнью» пациентов с шизофренией сопровождается деформацией межличностных отношений и снижением качества жизни и уровня социального функционирования, что создает условия для депривационного виктимизма и трансформации личности пациентов с шизофренией в жертв неблагоприятных условий социализации. Согласно нашим наблюдениям, виктимизированный больной с установленным диагнозом шизофрении в сознании окружающих (в том числе, членов семьи) превращается из цельного обычного человека в неполноценного, обладающего определенным дефектом. В то же время, именно семья, а не медицинские работники, обеспечивают ежедневную заботу о нуждах пациента и необходимый для выздоровления или стабилизации состояния режим. Поэтому семья, наряду с самим больным и врачом, является одним из активных участников терапевтического и реабилитационного процесса, а также одним из главных виктимогенных факторов.

**Цель исследования.** Изучить динамику личностных показателей у подверженных виктимизации пациентов, страдающих параноидной шизофренией, принимавших участие в системной семейной психотерапии программы девиктимизации.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 110 пациентов в возрасте от 19 до 63 лет, с установленным диагнозом «параноидная шизофрения». Виктимизированные больные параноидной шизофренией были разделены на две группы. Медицинская помощь пациентам основной группы (58 чел.) включала методы биологического и психотерапевтического лечения (система девиктимизации). Группу сравнения (больные, получавшие только биологическое лечение) составили 52 пациента.

Основные методы исследования: клинический метод заключался в оценке клинико-социальных характеристик больных, включенных в исследование, с помощью «Унифицированной карты обследования больного шизофренией». Клинико-психопатологический метод включал традиционный опрос, анализ психического статуса пациента, а также изучение динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения. Для стандартизированной оценки структуры и выраженности негативной психопатологической симптоматики шизофрении была использована клиническая рейтинговая Шкала оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS, N.C. Andreasen, 1982). Психодиагностическое исследование включало оценку степени виктимизации, стигматизации и составляющих личностного потенциала больных шизофренией. Для оценки степени виктимизации использовалось специально разработанное полуструктурированное интервью «Определение степени виктимизации», направленное на исследование влияния внешних и внутренних факторов виктимизации. Для дифференциации процессов виктимизации и стигматизации производилась оценка процесса самостигматизации с помощью Шкалы Интернализированной стигмы психического заболевания ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness scale) (N.B. Lutova и др., 2019). Исследование экзистенциальной исполненности проводилось с помощью шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера (A. Langle и др., 2000). Для исследования субъективации личности больных шизофренией использовались тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева (СЖО) (2000), Шкала общей самооффективности (M. Jerusalem, R.Schwarzer, 1986; русская версия Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек, 1996) и методика «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Е.Ф. Бажин, Е.А. Гольянкина, А.М. Эткинд, 1984). Оценка ресурсных возможностей больных параноидной шизофренией производилось путем определения показателей их мотивационной сферы (методика «Диагностика мотивации достижения» А. Мехрабиан, в модификации М.Ш. Магомед-Эминова, 2002), копинг-стратегий (методика «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана, 1990) и субъективного благополучия (шкала субъективного благополучия А. Перуэ-Баду в адаптации М.В. Соколовой, 1996).