

УДК 616.895.8-008.12

Бойченко А.А.

ПРОГРАММА ДЕВИКТИМИЗАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

Биопсихосоциальная модель развития шизофрении предусматривает выделение определенных хронических изменений личности, причиной которых может являться факт переживания последствий тяжелой психической болезни и реакции социума на этот контингент больных. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этой группы больных является отражением фактического формирования у них синдрома виктимизации, т.е. превращения их в жертв неблагоприятных условий социализации.

Социально-психологический механизм виктимизации больных с психическими расстройствами определяется взаимодействием внешних и внутренних факторов [1]. Виктимогенные механизмы формирования дефицита личностных ресурсов больных шизофренией включают в себя психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. К ним, прежде всего, относятся психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, формирующие определенную степень автономии индивидуума, выражающуюся в ответственности за свою жизнь и поставленные перед собой цели. Формирующаяся в результате виктимогенеза личность представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека, характеризующуюся социально-дефицитарной уязвимостью с риском критического социального функционирования [2, с. 179].

В качестве методологической основы исследования внутренних, личностных, факторов виктимизации больных с психическими расстройствами могут использоваться психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации.

Результаты такого подхода применимы для создания программ психокоррекционной и психотерапевтической работы с данным контингентом больных.

Целью данного исследования являлось определение возможных мишеней для психотерапевтической помощи виктимизированным больным параноидной шизофренией для разработки программы девиктимизации данной группы больных.

Материалы и методы

Исследование виктимизированной личности больных шизофренией проводилось путем обследования 70 респондентов в возрасте от 19 до 63 лет, с установленным диагнозом «параноидная шизофрения», проходивших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице, г. Донецк в 2018 г. Распределение обследованных по полу: мужчин – 42 чел. (60 %), женщин – 28 чел. (40 %). Для оценки степени виктимизации использовался авторский опросник. Исследование внутренних факторов виктимизации больных шизофренией проводилось с помощью теста смысловых жизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, методики «Шкала общей самооценки», методики «Уровень субъективного контроля», шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орлера. Данные подвергались статистической обработке в пакете «MedStat».

Для оценки степени виктимизации использовался авторский опросник, включавший 15 утверждений, адресованных к различным сторонам и механизмам виктимогенного процесса. При конструировании опросника учитывались все внешние и внутренние факторы, составляющие виктимогенную среду. Содержание опросника давало возможность оценить уровень субъективных переживаний больным себя, как жертвы неблагоприятных условий социализации.

Основной целью методики «Тест смысло-жизненных ориентаций» является определение особенностей структуры переживания индивидом онтологической значимости жизни. Тест включает в себя общий показатель осмысленности жизни, а также пять субшкал, отражающих три конкретных смысложизненных ориентации (цели в жизни, насыщенность жизни и удовлетворенность самореализацией) и два аспекта локуса контроля (локус контроля-Я и локус контроля-жизнь). Тест СЖО содержит 20 пар противоположных утверждений, отражающих представление о факторах осмысленности жизни [3].

«Шкала общей самооффективности» представляет собой самоопросник, направленный на измерение субъективного ощущения личностной эффективности в рамках концепции А. Бандуры. Опросника состоит из 10 пунктов, каждый из которых имеет 4 степени согласия с ним респондента. Все вопросы прямые, по шкале формируется единственный балл, отражающий общий показатель субъективной оценки личностной эффективности.

В основе методики «Уровень субъективного контроля» лежит концепция локуса контроля Дж. Роттера - личностной характеристики, описывающей то, в какой степени человек ощущает себя активным субъектом собственной деятельности, а в какой - пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств. Опросник УСК состоит из 44 пунктов, 7 субшкал: общей интернальности (Ио), интернальности в области достижений (Ид), интернальности в области неудач (Ин), интернальности в семейных отношениях (Ис), интернальности в области производственных отношений (Ип), интернальности в области межличностных отношений (Им), интернальности в отношении здоровья и болезни (Из). Каждый пункт оценивается по 6-балльной шкале.

Шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Орглер измеряет экзистенциальную исполненность, как она субъективно ощущается тестируемым. Степень экзистенциальной исполненности показывает, много ли осмысленного в жизни испытуемого, насколько он живет с внутренним согласием, соответствуют ли его сущности решения и поступки. Шкала экзистенции представляет собой опросник, состоящий из 46 пунктов, ответы на которые испытуемый дает, оценивая себя и свою сегодняшнюю жизнь по различным аспектам.

Результаты исследования и их обсуждение

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

- группа 1 - с минимальной степенью виктимизации (0 – 3 балла по опроснику виктимизации) – 15 чел. (21,4%);
- группа 2 - с легкой степенью виктимизации (4 – 7 баллов) – 19 чел. (27,2%);
- группа 3 - умеренной степенью виктимизации (8 – 11 баллов) – 24 чел. (34,2%);
- группа 4 – с тяжелой степенью виктимизации (12 – 15 баллов) – 12 чел. (17,2%).

В ходе сравнительного анализа результатов методик в выделенных группах с разной степенью виктимизации были выявлены достоверные различия (Критерий Краскала-Уоллиса, X^2 , $p < 0,05$) в следующих показателях: самооффективность ($X^2 = 8,04$), локус контроля - Я ($X^2 = 8,8$), самотрансценденция ($X^2 = 8,01$), самодистанцирование ($X^2 = 8,12$), свобода ($X^2 = 8,6$), ответственность ($X^2 = 8,32$), персональность ($X^2 = 8,2$), экзистенциальность ($X^2 = 8,5$), экзистенциальная исполненность ($X^2 = 8,01$).

Представленные данные указывают на то, что виктимогенный процесс включает в себя механизм социально-психологической деформации личности, итогом которого является осознание себя жертвой неблагоприятных условий социализации, во многом обусловленное фактом «жизни с болезнью», включающими механизмов виктимогенного процесса, затрагивающий такие сферы, как принятие ответственности в семейной жизни и персональных достижениях, вера в успех своих действий и ощущение свободы выбора. В результате анализа приведенных данных были установлены следующие закономерности:

- больные приписывают свои успехи и малейшие достижения внешним обстоятельствам – везению, судьбе или помощи других людей;
- виктимизированные больные шизофренией боятся и избегают тех социальных ситуаций, с которыми, как они считают, им не под силу справиться, не верят в успех собственных действий. Их жизненный путь сопровождается чувством беспомощности. У таких индивидов часто обнаруживается низкая самооценка, пессимистические мысли о собственных достижениях;
- у них снижена мотивация к осуществлению активных действий, особенно в трудных

ситуациях. Они предпочитают не браться за сложные задачи, ожидая наиболее пессимистические сценарии развития событий;

- для данной категории больных характерна «жизнь сегодняшним и вчерашним днем», их жизнь теряет осмысленность, направленность и временную перспективу;

- для виктимизированных больных шизофренией характерно неверие в свои силы контролировать события собственной жизни;

- они не обладают достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле [5].

Таким образом, показано, что в процессе виктимогенеза у больных шизофренией наблюдается изменение специфических личностных показателей, что может быть использовано при создании программы индивидуальной и групповой психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными шизофренией.

Программа девиктимизации больных параноидной шизофренией должна быть направлена на:

- реинтеграцию потенциала личности;
- структурирование смысло-жизненного пространства личности и коррекцию личностных границ;
- проработку психологических проблем, связанных с переживанием виктимизации;
- сепарацию личностных ресурсов от проявлений болезни, обучение навыкам саморегуляции, совладания с симптомами болезни;
- выработку позиции дистанцирования от внешних виктимогенных воздействий [1];
- повышение социальной и коммуникативной компетентности;
- коррекцию социальных позиций пациентов;
- осознание возможностей для дальнейшей успешной социализации.

Осуществление девиктимизационной программы должно обеспечиваться использованием преимущественно групповых форм психотерапевтического вмешательства, заключающегося в применении техник экзистенциально-гуманистического (переживания страха свободы и бессмысленности существования, конгруэнтных занимаемой больными позиции жертвы) и когнитивно-поведенческого (структурирование, принятие ответственности за свою жизнь) психотерапевтических подходов, индивидуализированных под па-

циента или группу больных с учетом уровня мотивации, осмысленности жизни и уровня субъективного контроля виктимизированных больных шизофренией.

Показания для включения пациента в девиктимизационную группу должны включать:

- включение пациента в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для больных шизофренией на различных этапах заболевания;

- сохранение упорядоченного (социально приемлемого) поведения даже при наличии бредовых построений и галлюцинаций.

Целесообразным является выделить ряд **противопоказаний** для включения в девиктимизационную группу. Так, не рекомендуется включать в группу больных:

- на высоте острых психотических расстройств
- с грубым интеллектуальным снижением, расторможенностью, неспособностью контролировать поведение;
- с выраженным недоброжелательным отношением к другим участникам группы;
- с категорическим отказом от подобного вида лечения.

Для обеспечения успешности процесса девиктимизации данной категории больных наиболее рациональным представляется использование в качестве практического базиса психообразовательного психотерапевтического подхода. Психообразовательный подход, являясь одним из видов групповых методов работы, относится к так называемому обучающему типу, при котором занятия строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Психообразование ориентировано на работу с содержанием, что определяют перечень проблем, обсуждаемых в группе. Участникам предоставляется информация по конкретным вопросам (например, что означает «ощущать себя жертвой») с одновременным осуществлением мониторинга состояния пациентов, исследованием их позиции в отношении факта болезни. Занятия в группе позволяют поддержать больных на стабильном уровне функционирования; помогают пациентам и их «значимым другим» лучше понимать характер и особенности психического расстройства и того, как оно влияет на больного и членов его семьи; способствуют распознаванию жизненных стрессоров, которые могут запустить обострение; помогают надлежащим образом

изменить семейное функционирование в период ухудшения состояния пациента, тем самым обеспечивая процесс девиктимизации [6].

Динамика взаимоотношений участников группы не является основой для работы виктимизированными пациентами. Более того, из-за кратковременности деятельности группы может оказаться, что времени для формирования групповой динамики недостаточно. Работа психообразовательной группы должна оставаться на уровне содержания со структурированным взаимодействием, поощрением деятельности участников группы в рамках социальных норм.

Психообразование в рамках программы девиктимизации целесообразно проводить в закрытых группах, не допуская после начала цикла приема новых участников (хотя в отдельных случаях возможно включение на первых двух занятиях), с фиксированной датой начала и окончания обучающего курса и ограниченным числом участников от 6 до 10-15 человек. Каждый цикл психообразования предположительно должен состоять из 10-12 занятий продолжительностью 45 минут каждое. Частота занятий — 2-3 в неделю, ежедневные встречи не рекомендуются. Каждая последующая встреча является продолжением предыдущей, так что участники группы должны посетить весь цикл.

Психообразовательные девиктимизационные занятия строятся по схеме, которой следуют при проведении всех групповых методов работы. Каждое занятие должно включать в себя вводную часть, рабочее время и обсуждение. Лишь первая и заключительная сессии могут иметь свои особенности.

На первой сессии вводная часть обычно занимает больше времени, так как участникам необходимо познакомиться друг с другом, уяснить правила поведения в группе, осознать, в чем именно будет заключаться работа. Участникам группы сообщается информация о времени встреч, их продолжительности, частоте, общем количестве, длительности, месте сбора, целях группы. Необходимо акцентировать внимание участников на том, что групповые занятия являются обязательной интегральной частью лечебно-реабилитационного процесса. План каждого курса составляется ведущими на основании предварительной оценки запросов всех участников группы с тем, чтобы учитывались специфические потребности участвующих в группе.

Количество ведущих в группах может варьировать, но обычным и наиболее оптимальным вариантом групповой работы является наличие двух ведущих — врача-психиатра и психолога (специалиста по социальной работе или социального работника). Роли ведущих должны быть четко структурированы и дополнять друг друга.

Содержательную часть обучающей программы, которая является основным компонентом цикла, берет на себя врач-психиатр. Она включает в себя информацию о психических расстройствах, их генезе, течении, прогнозе, индивидуальных особенностях, роли и характере медикаментозной терапии и побочных действиях препаратов. Ведущий врач-психиатр не только предоставляет информацию, но и направляет дискуссию, активизирует больных, обеспечивая процесс девиктимизации. Образование — это только отчасти передача информации из одних рук в другие. В большей мере обучение представляет стимулирование к получению информации.

Психолог-специалист по социальной работе следит за организационными моментами: соблюдением четкого времени начала, окончания, посещения занятий и правил группы, поддерживает соответствующую атмосферу в группе (эмпатии, эмоциональной безопасности), а также отвечает за часть содержания учебной программы. Также в рамки его компетенции входит проведение занятий по предоставлению информации о ресурсах сообщества, знакомство со списком организаций, в которых могут получить помощь больные, подвергшиеся виктимизации; отдельные занятия, посвященные проблемам психологического генеза процессов виктимизации и стигматизации, а так же групповое консультирование по вопросам трудоустройства.

Содержательная часть психообразовательных девиктимизационных занятий может быть разделена на следующие смысловые модули:

Модуль 1. Повышение уровня специфических (медицинских) знаний пациента. Целью данного модуля является предоставление участника группы концептуально выверенной модели понимания психических расстройств, а также выработка у них более адекватной установки в отношении болезни.

Содержание этого модуля должно включать следующие составляющие:

1. Обеспечение участников группы информацией о психических расстройствах, их

причинах, клинических проявлениях, типах течения и эффективности своевременного лечения.

2. Обеспечение слушателей информацией о конкретных симптоматических проявлениях психических расстройств.

3. Определение индивидуальных для разных пациентов ситуаций и обстоятельств, провоцирующих ухудшение.

4. Обсуждение значения для возникновения, течения болезни и формирования ремиссии различных социальных событий и взаимодействий (в т.ч. и виктимогенных); позитивное и негативное влияние социальной поддержки.

5. Рассмотрение соотношения оценок состояния больного со стороны пациента, его родственников и лечащего врача; анализ расхождений этих оценок для выработки у пациента способности оценить свое состояние, опираясь при этом на внутренние виктимогенные переживания и внешние признаки психического расстройства.

Реализация данного модуля может осуществляться в форме лекций и дискуссий. В качестве средства мониторинга пациентам может быть предложено ведение личного дневника, в котором необходимо отражать динамику состояния и применение на практике полученных знаний. Ведущие группы должны поощрять ведение пациентами записей во время некоторых занятий.

Модуль 2. Формирование умения управлять медикаментозной терапией. Этот модуль должен быть нацелен на обеспечение больных шизофренией оптимальной и непротиворечивой информацией о лекарствах, основных эффектах и побочных действиях. При его реализации ведущими группы должна подчеркиваться необходимость постоянной обратной связи относительно влияния медикаментозного лечения на пациента, что должно послужить стимулом к формированию более активной позиции пациента, прямо противоречащей роли пассивной жертвы (виктима). Таким образом, конечной целью использования данного модуля должно явиться формирование у виктимизированных пациентов качественного лекарственного комплайенса.

Модуль 3. Выработка навыков в решении жизненных проблем. Целью данного модуля является усиление способности пациентов решать проблемы повседневной жизни, вызванные спектром виктимогенных воздействий. В

связи с этим участники групповых занятий должны быть знакомлены с основами многоступенчатой модели решения проблем (идентификация проблемы — перечень альтернативных решений — обсуждение «за- и -против» каждого из решений — выбор оптимального решения — практическое применение).

Модуль 4. Тренинг коммуникативных навыков. В процессе реализации этого модуля виктимизированные больные параноидной шизофренией должны обучиться формам эффективного общения друг с другом и с окружающими, умению выражать позитивные чувства, делать позитивные прямые запросы, конструктивно выражать негативные чувства, слушать других. Для реализации поставленных в данном модуле целей целесообразно использовать методы улучшения коммуникаций на основе реальных, индивидуально значимых ситуаций: элементы тренинга коммуникативных навыков, техники модификации поведения, ролевые игры.

Модуль 5. Тренинг навыков совладания. В связи с тем, что виктимизированные больные шизофренией в повседневной жизни вместо использования успешных стратегий совладания чаще применяют неуспешные копинг-стратегии, соответствующие выбранной роли жертвы неблагоприятных условий социализации (избегание проблем, уход в мир фантазий, социальное устранение, непродуктивные обвинения и критические выпады в адрес самого себя) [5], данный модуль должен быть направлен на выработку у пациента рациональных и эффективных способов совладания с некоторыми проявлениями болезни, а также — с различными социальными ситуациями. С этой целью рекомендуется применять когнитивные и поведенческие техники (релаксация, ролевые игры и др.).

Для оптимального функционирования программы группы должны быть однородны как по нозологической принадлежности, этапу заболевания, так и по степени выраженности личностной виктимности, но гетерогенны по социальным характеристикам (возраст, пол, образование и проч.).

При отборе кандидатов в группу необходимо обратить особое внимание на принцип соблюдения баланса ролей — в группу отбирают похожих по одним качествам и различающихся по другим. В группе должны быть представлены различные модели поведения. Это необходимое условие работы группы,

так как важно, чтобы каждый участник мог видеть хотя бы один положительный пример. Наряду с пациентами, которые скрывают свои переживания (например, ощущения себя бессильной жертвой обстоятельств) не только от окружающих, родственников, но и от врачей, в группе всегда должен присутствовать хотя бы один больной, который имеет хороший контакт с медперсоналом, открыто делится своими переживаниями и обладает достаточным девиктимизационным потенциалом. В качестве положительного примера участвующие в группе должны видеть больных с осознанием болезни, которые сами обращаются за помощью и активно сотрудничают с врачом в процессе лечения, а на групповых занятиях охотно делятся опытом своих переживаний и наблюдений. Если же в группе присутствуют больные, которые поздно встают, бездеятельны, пассивны, то они должны узнать об опыте других, которые заставляют себя рано вставать, делать зарядку, соблюдать требования личной гигиены, заниматься домашними делами. Встречи с пациентами, которые прошли через те же трудности, вселяют уверенность, надежду на улучшение и выздоровление. Ведущий врач-психиатр является ответственным за подбор кандидатов и принимает окончательное решение о включении в группу по девиктимизации.

На предварительном этапе перед началом работы в группе должно проводиться обязательное первичное индивидуальное консультирование, индивидуальное собеседование, которое необходимо прежде всего для установления с пациентом партнерских отношений. В течение 1-2 установочных бесед с ведущими решается вопрос о включении пациента в группу, оценивается психическое состояние с выделением сохранных сторон пациента, на которые можно будет опираться в групповой работе, уточняется, в какой информации больной нуждается больше всего. Для определения основных мишеней девиктимизационной программы целесообразно использовать блок психологических методик, направленных на исследование различных аспектов виктимизационного процесса (методика «Определение уровня виктимности», методика определения смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, методики «Шкала общей самооффективности», методики «Уровень субъективного контроля», шкалы

экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера, методики «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана).

Учитывая, что у части больных снижена или отсутствует мотивация к участию в подобных группах, целью индивидуального собеседования является ее выработка. После определения информационных потребностей каждого участника является необходимым составление индивидуального плана психосоциальной реабилитации виктимизированных больных шизофренией, выделение наиболее важных тем и порядка их освещения. На этой основе готовится детальный проект курса занятий с данным составом участников группы.

Стиль ведения психообразовательных девиктимизационных занятий должен быть директивным, особенно на первых этапах работы группы, с использованием активного лидерства, но доброжелательным, с уважительным отношением к участникам, к их чувствам, поступкам, переживаниям. Ведущим следует сочетать директивное и высокоструктурированное ведение группы с партнерским (а не патерналистским) отношением, с опорой на ожидания и индивидуальные потребности каждого участника.

Работа в группе должна осуществляться с использованием принятой в психообразовании модели интерактивного обучения, т.е. модели развивающегося обучения не по традиционному, дидактическому или книжному типу, а по типу интерактивного обучения, в котором усвоение и закрепление учебного материала происходит в ходе взаимного общения участников, активного дискуссионного процесса. Основным методическим приемом является стимуляция участников к ответной реакции на предоставленную информацию, поддержка спонтанного лидерского поведения участников. В то же время, учитывая личностные реакции виктимизированных больных шизофренией, интерактивное обучение должно проводиться очень бережно, чтобы не предъявлять к участникам групповых занятий завышенных требований, не подвергать их избыточной стимуляции или чрезмерной коммуникативной нагрузке.

Еще одним требованием, соблюдение которого особенно важно в психообразовательной работе с виктимизированными больными шизофренией, является высокая степень структурированности как содержания занятий, так и формы их проведения, что в

значительной мере способствует снижению уровня тревоги пациентов. Ведущие должны обеспечивать строгое соблюдение организационных аспектов (начало и завершение занятия в определенное время, постоянное место проведения), контролировать группу с тем, чтобы дискуссия соответствовала содержанию занятия, чтобы соблюдалась последовательность предоставления информации от более простой к более сложной. Вместе с тем, ведущие должны побуждать участников к инициативе, организовывать и стимулировать взаимодействие участников друг с другом, обеспечивать обратную связь (которая должна отражать потребности и мнения всех участников группы), регулировать время и очередность высказываний.

Наряду с усвоением содержательной части программы, не меньшая роль должна отводиться психосоциальной поддержке. Одной из задач ведущих группы является предоставление каждому участнику группы ощущения безопасности и комфорта. Положительная поддержка должна обеспечиваться постоянно

на протяжении всего периода обучения.

Таким образом, в результате оценки вышеперечисленных показателей дисфункциональной личности больных шизофренией можно выделить несколько мишеней, определяющих планирование и эффективность проведения девиктимизационных реабилитационных мероприятий, а именно - оценка социальной компетенции больного, особенности мотивационной сферы и проблемы экзистенциального характера. Учитывая смещение показателей локуса контроля для данной группы пациентов целесообразно использовать преимущественно групповые формы психотерапевтической помощи, например, психообразовательный подход. Учитывая значения показателей личности, самооценки, самотрансценденции, самодистанцирования, экзистенциальной исполненности можно рекомендовать включение в психообразовательную программу девиктимизации элементов терапии принятия и ответственности, а также диалектической поведенческой терапии.

Бойченко А.А.

ПРОГРАММА ДЕВИКТИМИЗАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

В качестве методологической основы исследования внутренних, личностных, факторов виктимизации больных с психическими расстройствами могут использоваться психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. Результаты такого подхода применимы для создания программ психокоррекционной и психотерапевтической работы с данным контингентом больных. Исследование виктимизированной личности больных шизофренией проводилось путем обследования 60 респондентов в возрасте от 19 до 63 лет, с установленным диагнозом «параноидная шизофрения», проходивших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице, г. Донецк в 2018 г. В ходе сравнительного анализа результатов методик в выделенных группах с разной степенью виктимизации были выявлены достоверные различия (Критерий Краскала-Уоллиса, $p < 0,05$) в следующих показателях: самооценки, локус контроля - Я, самотрансценденция, самодистанцирование, свобода, ответственность, личность, экзистенциальность, экзистенциальная исполненность.

В результате оценки вышеперечисленных показателей дисфункциональной личности больных шизофренией можно выделить несколько мишеней, оказывающими серьезное влияние на планирование и эффективность проведения реабилитационных мероприятий: оценка социальной компетенции больного, особенности мотивационной сферы и проблемы экзистенциального характера. Учитывая смещение показателей локуса контроля для данной группы пациентов рекомендуется использовать преимущественно групповые формы психотерапевтической помощи. Показатели личности, самооценки, самотрансценденции, самодистанцирования, экзистенциальной исполненности позволяют предположить эффективность использования: терапии принятия и ответственности, диалектической поведенческой терапии.

Ключевые слова: виктимность, шизофрения, виктимогенный процесс, психокоррекция

DEVICTIMIZATION PROGRAM FOR PEOPLE
SUFFERING FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Psychological mechanisms of clinically determined personality dysfunctions, suffering, and impairments of social adaptation can be used as a methodological basis for studying the internal, personal, victimization factors of patients with mental disorders. The results of this approach are applicable to create programs of psychocorrectional and psychotherapeutic work with this cohort of patients. The study of the victimized personality of patients with schizophrenia was carried out by examining 60 respondents aged 19 to 63 years old, with an established diagnosis of “paranoid schizophrenia” who were treated at the Republican Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk in 2018. During a comparative analysis of the results of methods in selected groups with varying degrees of victimization, significant differences were found (Kruskal-Wallis criterion, $p < 0.05$) in the following indicators: self-efficacy, locus of control — I, self-transcendence, self stationing, freedom, responsibility, personality, existential, existential fulfillment.

As a result of the assessment of the above indicators of dysfunctional personality of patients with schizophrenia, several targets can be identified that have a serious impact on the planning and effectiveness of rehabilitation measures: assessment of the patient's social competence, peculiarities of the motivational sphere and problems of existential nature. Given the displacement of indicators of the locus of control for this group of patients, it is recommended to use mainly group forms of psychotherapeutic assistance. Indicators of personality, self-efficacy, self-transcendence, self-distancing, existential execution suggest the effectiveness of use: the therapy of acceptance and responsibility, dialectical behavioral therapy.

Keywords: victimization, schizophrenia, victimization process, psychocorrection

Литература

1. Бойченко А.А. Методологические подходы к оценке механизмов виктимизации больных шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2016; №2 (36): 62 – 72.
2. Шизофрения, стигма, Я: Монография. В.А. Абрамов [и др.]. Донецк: ФЛП Чернецкая Н.А.; 2016: 436.
3. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл; 2000: 18.
4. Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Bulletin. 2007; № 33: 192-199.
5. Бойченко А.А. Нарушения субъективации больных шизофренией как результат виктимогенного процесса. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2018; №1 (41): 52 – 59.
6. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия. 2007; №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihoobrazovatelnyh-programm-v-sisteme-reabilitatsii-bolnyh-shizofreniei> (дата обращения: 24.10.2018).

References

1. Boichenko A.A. Metodologicheskie podkhody k otsenke mekhanizmov viktimizatsii bol'nykh shizofreniei [Methodological approaches to the assessment of the mechanisms of victimization of patients with schizophrenia]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2016; №2 (36): 62 – 72 (in Russian).
2. Shizofreniya, stigma, Ya: Monografiya. V.A. Abramov [i dr.] [Schizophrenia, stigma, I: Monograph]. Donetsk: FLP Chernetskaya N.A.; 2016: 436 (in Russian).
3. Leont'ev D.A. Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZHO). 2-e izd [The test of meaningful orientations (SZHO). 2nd ed.]. M.: Smysl; 2000: 18 (in Russian).
4. Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Bulletin. 2007; № 33: 192-199.
5. Boichenko A.A. Narusheniya sub'ektivatsii bol'nykh shizofreniei kak rezul'tat viktimogennoho protsessa [Violations of the subjectivization of patients with schizophrenia as a result of the victimization process]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2018; №1 (41): 52 – 59 (in Russian).
6. Elichev A.N. Rol' psikhooobrazovatel'nykh programm v sisteme reabilitatsii bol'nykh shizofreniei [The role of psycho-educational programs in the system of rehabilitation of patients with schizophrenia]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2007; №3. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihoobrazovatelnyh-programm-v-sisteme-reabilitatsii-bolnyh-shizofreniei> (accessed: 24.10.2018) (in Russian).

Поступила в редакцию 01.11.2018