

УДК 616.895.87+615.851

Бойченко А.А.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ДЕВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

В рамках современных эмпирических моделей развития шизофрении принято выделять разнообразные хронические изменения личности, причиной которых может являться факт переживания последствий тяжелой психической болезни, психиатрического диагноза, госпитализации в психиатрический стационар, реакции и предубеждений социального окружения. 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 [1, 2].

Психические операции у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, часто значительно отличаются от таковых у больных с невротическими расстройствами. Соответственно, классические методы психотерапии, ориентированные на пограничный контингент, должны быть модифицированы. Например, вербальное отображение внутренних переживаний у людей, перенесших психотический эпизод, зачастую бывает настолько своеобразным, что использование стандартных разговорных техник может быть весьма затруднено.

Для обеспечения успешности процесса ресоциализации данной категории больных наиболее рациональным представляется использование 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 включает перечень опре-

деленных проблем, обсуждаемых в группе. Участникам предоставляется информация по конкретным вопросам (например, клинические проявления психического расстройства) с одновременным осуществлением мониторинга состояния пациентов, исследованием их позиции в отношении факта болезни. Занятия в группе позволяют поддержать пациента на стабильном уровне функционирования; помогают пациенту лучше понимать характер и особенности психического расстройства и то, как оно влияет на личность больного и членов его семьи; способствуют распознаванию жизненных стрессоров, которые могут запустить обострение; помогают надлежащим образом изменить семейное функционирование в период ухудшения состояния пациента [3].

Таким образом, долгосрочной целью разработанной нами психообразовательной терапии является уменьшение интенсивности виктимизационных проявлений и улучшение психосоциальной адаптации больных. Однако эта цель вряд ли будет достигнута, если пациенты не смогут в полной мере вербализовать свои переживания. Поэтому нами предлагается в начале программы проведение тренинга вербализации собственных переживаний. Наш опыт показывает, что без этого способность виктимизированных больных к психологическим изменениям, реструктуризации своего нарратива, строго ограничена.

Общий анализ результатов проведения ряда методик исследования личности больных параноидной шизофренией [3-10], а также их поведение и комментарии при выполнении психодиагностических методик и во время традиционных психообразовательных занятий, позволили нам, вслед за А.С. Lotterman выделить несколько ключевых проблемных зон виктимизированных

пациентов: нарушение способности к эмоциональной привязанности; нарушение понимания аффекта и его регуляции; нарушение навыка использования символов; нарушение в развитии и сохранении психологических границ; нарушение тестирования реальности [11].

Наблюдение за виктимизированными пациентами в процессе интервьюирования и групповых занятий показало, что они очень осторожно устанавливают отношения с другими людьми. Первый контакт всегда носил оттенок настороженности и имел пробный характер. Особенности восприятия и мышления больных очень легко формировали разнообразные страхи и фантазии при общении. Интенсивность страхов в некоторых случаях была настолько высокой, что отношения прерывались, не начавшись, без объяснения причины разрыва и не подлежали дальнейшему восстановлению. Такое нарушение способности к эмоциональной привязанности, наблюдавшееся у 37 больных (46 %), делало пациентов чрезвычайно уязвимыми и являлось серьезным препятствием для установления терапевтических отношений.

Взаимодействие с другими людьми, в том числе, в процессе психотерапии, нередко (31 больной – 38 %) вызывало у пациентов болезненные ощущения стыда, страха и беспокойства наравне со стигматизирующими и самостигматизирующими переживаниями. Интенсивность этих переживаний способствовала формированию защитных механизмов, искажающих регуляторные механизмы аффективных проявлений. В качестве таких защит наиболее часто встречались отрицание (например, отрицание реального опыта в прошлом и настоящем, отрицание нежелательных аспектов реальности, отрицание целых сегментов собственного опыта), проекция (с формированием привязанности к внутренним фантазийным фигурам в ущерб отношениям с реальными людьми во внешнем мире), защита по типу «самоустранения» (со стереотипным поведением и признаками эмоционального притупления). Вследствие прогрессирующей утраты способности к концептуализации мышления (автор переведенной статьи), многие пациенты демонстрировали конкретное мышление со своеобразными алекситимическими отсылками к телесным ощущениям. Совокупность описанных феноменов нами была определе-

на как нарушение понимания аффекта и его регуляции [12-14].

Описанные защитные механизмы в сочетании с аффективной уязвимостью приводило у большинства обследованных больных (54 чел. – 67,5 %) к размыванию границ между их внутренним миром и окружающими событиями и людьми. Проявлялось это чаще всего описываемыми пациентами нарушениями эмоционального благополучия, интерсубъективной «неправильной настройкой» и снижением общего показателя по «Шкале оценки субъективного благополучия» до уровня ниже 30 баллов у 22 больных (27,5 %).

Специфические когнитивные нарушения у подавляющего большинства обследованных больных шизофренией проявлялись в речи такими нарушениями как поочередное использование чрезмерно абстрагированных и конкретных когнитивных построений (69 больных – 86,3 %), использование слов и фраз, непостижимых или труднопостижимых для окружающих по смыслу вследствие так называемых «расшатанных ассоциаций» [15] сугубо личного, нередко завязанного на телесные ощущения, характера [12, 13, 16], нарушение концептуализации мышления [11]. Эти феномены, наряду с классическими шизофреническими симптомами нарушения мышления, нами были обозначены как нарушения навыка использования символов. Они приводили к своеобразному блокированию пациентов не только в отношении общения с другими людьми и установления продуктивных коммуникативных связей, но и в отношении смысла собственных переживаний, умозаключений и фантазий.

У обследованного контингента виктимизированных больных в 56,3% случаев (45 чел.) выявлено нарушение тестирования реальности. Тестирование реальности мы определяли как способность различать Я и не-Я, отличать внутриспсихическое от внешнего источника восприятия и стимуляции, а также способность оценивать собственные мысли, эмоции и поведение с точки зрения социальных норм обычного человека [17]. Поскольку в программе де-виктимизации принимали участие пациенты с параноидной шизофренией в состоянии ремиссии, соответствующее критериям D.G. Robinson et al. [18], в качестве нарушения способности к тестированию реальности рассматривались наличие явно неадекват-

ных форм мышления, аффектов и поведения, а также неспособность пациентов к эмпатии в отношении переживаний наблюдающих их странности других людей, включая психотерапевта, или неготовность обсуждать их с ними. Описанные выше архаичные защитные механизмы усиливали данный феномен за счет беспокойства по поводу дифференциации Я и Другой, а также размывания эффективного барьера против аффективного влияния со стороны других людей.

Таким образом, для виктимизированных больных шизофренией в основном оказывались характерными феномены перцептуализации и деконцептуализации [11], которые заключались в смешении внешних и внутренних воспринимаемых объектов и, соответственно, разрушению концептуального аппарата, мышления и речи с утратой связи с реальностью и социумом в первую очередь, из-за восприятия себя жертвой «ужасающей» реальности.

Традиционная психотерапия зависит от прояснения, противостояния и интерпретации [19]. Каждый из этих механизмов, в свою очередь, зависит от неповрежденной способности пациента использовать слова и словесные символы, чтобы описать свои внутренние фантазии и аффекты, чтобы понять интерпретации, которые он слышит и применить значение этих интерпретаций к своему внутреннему опыту. В процессе перцептуализации и деконцептуализации формирование концепции и использование концепции перемешиваются, что существенно влияет на эффективность традиционной психотерапии. Традиционные формы психотерапии и психообразования можно применять только после того, как будут восстановлены способность пациента к использованию слов для описания своего внутреннего состояния, а также его способность понимать сообщения других людей.

В связи с этим нами, вслед за А.С. Lotterman были использованы и адаптированы для виктимизированных больных техники, направленные на помощь пациентам в расширении речевого лексикона для описания их внутренних состояний путем устранения проблемы использования символов, характерной для больных шизофренией [11].

К общим принципам психотерапевтической работы с виктимизированными больными параноидной шизофренией нами отнесены:

1. Уважение к психическому детерминизму. Использование психотерапевтических

техник в работе с больными шизофренией предполагает, что все их слова или чувства имеют особый психологический смысл [20, 21], и требует особого понимания их речи, эмоций и поведения, иными словами, уважения к психическому детерминизму виктимизированных пациентов.

2. Мониторинг межперсональных отношений. К нему мы отнесли исследование аффектов и фантазий больных в отношении психотерапевта, которые отслеживались как в индивидуальной, так и в групповой работе с пациентами. Изучение этого вида переноса давало возможность анализировать переживания больных в процессе межперсональных отношений. В работе с больными шизофренией терапевт является активной фигурой, объясняет происходящее, предупреждает о последствиях разрушительного поведения, дает советы и так далее. Соответственно, пациенты нередко интенсивно реагировали на участие психотерапевта, нередко импульсивно вследствие искаженного восприятия повседневных событий. Важным являлось постоянное отслеживание последствий любого взаимодействия, особенно если оно потенциально могло привести к разочарованию, оскорбленности, критике и, наконец, усугублению виктимизации. В процессе работы нередко отмечались так называемые отрицательные межличностные реакции, когда возникавшие у больных эмоции озадачивали, но, при анализе, расценивались как значимый на происходящее в данный момент с терапевтом ответ. Причем пациенты глубоко ощущали разочарование, гнев, обиду, страх не только собственные, но испытываемые терапевтом. Это могло стать причиной резкого, неожиданного, нередко окончательного разрыва в терапевтических отношениях. Межличностные реакции пациента на терапевта, если они путем обсуждения не переводились на осознанный уровень, они могли действовать как «безмолвные сопротивление», создавая враждебность к психотерапевту, отказ раскрыться или, наконец, отказ от лечения в целом. Поэтому для терапевта в целях постоянного мониторинга межличностных отношений обязательными являлись задаваемые себе и требующие ответа вопросы типа: «Какие отношения у меня сейчас с пациентом? - Чувствует ли он, что его поддерживают и хорошо лечат? Или он расстроен? - Он завидует? - Чувствует ли он

себя обиженным или брошенным? - Как эти эмоции влияют на его желание показать, что он чувствует? - Готов ли он продолжать отношения?»

3. Мониторинг противодействия. Важность контрпереноса в работе с пациентами, страдающими шизофренией, подчеркивалась многими авторами [12, 17, 22, 23]. По нашим наблюдениям, контрперенос может быть единственным местом, где проявляются ключевые эмоции и фантазии пациента. Чтобы обнажить чувства и перевести их в слова, от терапевта требуется способность переносить боль и беспокойство, которые пациент с шизофренией может не чувствовать. Уплотнение аффекта может быть вытеснением невыносимого переживания. Мастерство терапевта предполагает способность принимать, терпеть, осознавать эти эмоции и даже жить с ними. Терапевт, по сути, должен стать вспомогательным Эго, чьи функции состоят из аффекта терпимости, влияют на осведомленность больного и на перевод эмоций в вербальные понятия. Поэтому работа с больными шизофренией могла быть для терапевта болезненной и без должной проработки могла привести к потере самообладания [12, 24].

Разработка и внедрение девиктимизационной программы для больных шизофренией позволили наблюдать, адаптировать и отработать особые психотерапевтические методы, способствующие упорядочиванию мышления, эмоций и поведения пациентов в процессе психотерапевтических и психообразовательных сессий [11]. К ним относятся:

1. Эмоциональная индукция. Эмоциональная индукция может быть описана как поведенческий механизм, который пациент использует, чтобы вызвать предсказуемый эмоциональный отклик у окружающих. При этом пациент ведет себя таким образом, чтобы вызвать характерные и предсказуемые чувства у терапевта [11, 17]. Как драматург, он «организует» ряд действий и межличностных ситуаций, которые порождают ожидаемые эмоциональные реакции. Установленная им цепочка событий оказывает предсказуемое эмоциональное воздействие на терапевта, в задачу которого входит их распознавание и использование. Наблюдаемые нами пациенты бывали весьма искусными в использовании практически

театральных методов: выражение через позу тела и движения, постановка (расположение и время действия), доставка (вокальная динамика и тон), реквизит и костюм. Каждый из этих невербальных инструментов вызывали сильные эмоции и идеи, которые приближали эмоциональный опыт больных к терапевту. При правильном распознавании удавалось выявить обратную связь между способностью пациента распознавать и сообщать о своей внутренней жизни и его использованием невербальных методов для общения с терапевтом.

2. Раскрытие индуцированной эмоции. Данный метод предусматривал необходимость выражения терапевтом собственных эмоций и чувств в процессе терапии. в том случае, если терапевт принимал решение не раскрывать свои личные реакции на пациента либо из-за беспокойства причинить ему боль и усугубить виктимизацию, либо из-за нежелания обременять больного личными переживаниями, пациенты «использовали» заботу терапевта для сопротивления и «сокрытия» важной эмоциональной информации. Поэтому нами использовались моделирование основных навыков аффекта терпимости в важном для пациента общении. Терапевт демонстрировал возможность выражения словами сложных собственных эмоций без катастрофических последствий для себя и для отношений с больными. Использование данного метода в ряде психотерапевтических и психообразовательных сессий способствовало закреплению навыка выражения индуцированных эмоций у пациентов.

3. Определение объекта. В процессе работы с виктимизированными больными шизофренией нередко обнаруживалось размывание, нечеткость границы между пациентом и психотерапевтом. Некоторые больные получали удовольствие от того, что чувствовали, что терапевт чувствует то же, что и они. Другие пациенты считали, что могут относиться к терапевту, к его вещам, как к своей собственности. Третьи рассматривали как единственно правильное свое право вторгаться в чужое (терапевта) личное пространство. Такие отношения отражали проблему больных шизофренией в дифференцировке границы между собой и личностью другого человека. Для одних больных ощущение слияния и единства яв-

лялось весьма приятным и девиктимизирующим, у ряда других – порождало тревогу в связи с потерей личности и аннигиляции. В таком случае от терапевта требовалось умение восстановления нарушенных границ безопасным для пациента и процесса психотерапии способом.

4. **Нейминг.** Одна из основных проблем психотерапии больных с шизофренией – это их неумение вербализовать свой внутренний опыт [13, с. 560-583]. В начале программы девиктимизации многие пациенты на вопрос о том, что они чувствуют, давали краткие ответы «я не знаю» или «я не могу думать». Техника именованная (нейминг) состояла из настойчивых, решительных усилий помочь пациенту определить словами ощущения, восприятие и опыт тела и, тем самым, подвести к умению определять важные мысли и эмоции. Бдительное внимание к деталям опыта пациента и перевод деталей этого опыта в слова приводили к тому, что внутренняя жизнь пациента становилась доступной ему для понимания и выражения. Данная техника психотерапии способствовала через вербализацию восприятия формированию эмоций, мыслей и смыслов у включенных в программу девиктимизации больных.

5. «Расширение». Данная техника предусматривала выработку у пациентов умения более подробно говорить о своих внутренних состояниях. Это требовало значительных усилий, чтобы обратить внимание больных на подробное описание ощущений, эмоций или связанного с ними опыта. Если

пациенты считали, что у них «больше нет мыслей о предмете», им давалось домашнее задание больше говорить о своем внутреннем опыте. Особенностью данного подхода являлось ограничение пространства, не позволяющее пациенту переходить к описанию других переживаний. Цель расширения состояла в том, чтобы помочь больному восстановить нарушенные заболеваниями концептуальные и ассоциативные связи. Результатом использования данной техники являлось упорядочивание мыслей больных, облегчение в установлении ассоциативных связей, а также возникновение связанных с этим переживаний и эмоций, которые больным было легче распознать и объяснить.

Таким образом, работа с виктимизированными больными параноидной шизофренией является сложной и обременительной. Но результатом плодотворной работы может стать установление глубоких интерперсональных отношений с пациентами. В качестве подтверждения эффективности описанных техник в структуре программы девиктимизации больных параноидной шизофренией могут рассматриваться уменьшение выраженности негативных симптомов, уменьшение уровня виктимизации, улучшение качества жизни ряда пациентов, которые возобновили работу, учебу и даже романтические отношения. Путь девиктимизации пациентов, страдающих параноидной шизофренией, сложен и полон преград, но зачастую, при должном усилии, прохождение по нему пациента в сопровождении психотерапевта может быть вознаграждено.

Бойченко А.А.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ДЕВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

В статье описывается, как должны быть использованы стандартные методы психотерапии, модифицированные для удовлетворения особых потребностей виктимизированных пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения». Пациенты, страдающие параноидной шизофренией, часто теряют способность к вербализации своих внутренних переживаний. В результате, традиционные формы психотерапии, которые сильно зависят от использования устной речи, остаются неэффективными. Для обеспечения эффективности девиктимизационной программы в начале работы требуется помочь пациенту восстановить его способность использовать язык, чтобы описать свои внутренние переживания. В результате представленного комплекса мероприятий в работе с виктимизированным пациентом можно будет использовать более традиционные формы психотерапевтического лечения.

Ключевые слова: шизофрения, виктимизация, психотерапия, девиктимизация

FEATURES OF PSYCHOTHERAPY METHODS IN THE STRUCTURE OF THE DEVICTIMIZATION PROGRAM FOR PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

State educational institution of higher professional education

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

The article describes how standard psychotherapy methods should be used, modified to meet the special needs of victimized patients with a diagnosis of paranoid schizophrenia. Patients with paranoid schizophrenia often lose the ability to verbalize their inner experiences. As a result, traditional forms of psychotherapy, which are highly dependent on the use of oral speech, remain ineffective. To ensure the effectiveness of the devictimization program at the beginning of the work, it is required to help the patient restore his ability to use the language to describe his inner experiences. As a result of the presented set of measures, in working with the victimized patient it will be possible to use more traditional forms of psychotherapeutic treatment.

Key words: schizophrenia, victimization, psychotherapy, devictimization

Литература

1. Бойченко А.А. Методологические подходы к оценке механизмов виктимизации больных шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2016; №2 (36): 62 – 72.
2. Абрамов В.А. и др. Шизофрения, стигма, Я: Монография. Донецк: ФЛП Чернецкая Н.А.; 2016: 436.
3. Бойченко А.А. Программа девиктимизации лиц, страдающих параноидной шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; №1 (45): 49 – 54.
4. Абрамов В.А., Абрамов А.В., Бойченко А.А. Социально-психологическая характеристика виктимогенно-стигматизированной личности больных шизофренией. Актуальные проблемы психиатрии и психотерапии: материалы научно-практической конференции с международным участием. Тула; 2016: 10 - 14.
5. Абрамов В.А., Бойченко А.А. Особенности определения уровня виктимности у больных шизофренией. Здоровье человека как предмет комплексного междисциплинарного исследования: материалы международной научно-практической конференции. Луганск; 2017: 5 - 6.
6. Бойченко А.А. Роль семьи в формировании виктимности больных шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2017; 1 (37): 76 - 81.
7. Бойченко А.А. Экзистенциальная исполненность как внутренний фактор виктимизации больных. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2017; 2 (38): 30 - 35.
8. Бойченко А.А. Качество жизни больных шизофренией как индикатор виктимогенности госпитальных форм оказания психиатрической помощи. Научно-практический журнал «Университетская клиника». 2017; 3 (24): 25 – 29.
9. Бойченко А.А. Дисфункциональность смысло-жизненной исполненности как фактор внутренней виктимизации больных шизофренией и способы ее коррекции. Клиническая психиатрия 21 века: интеграция инноваций и традиций для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора Руслана Яковлевича Вовина (90-летию со дня рождения). 17-18 мая 2018. Санкт-Петербург; 2018: 41 - 43.
10. Бойченко А.А. Нарушения субъективации больных шизофренией как результат виктимогенного процесса. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2018; 1 (41): 52 – 59.
11. Lotterman A.C. Psychotherapy Techniques for Patients Diagnosed with Schizophrenia. The American Journal of Psychotherapy. 2016; 70 (1): 63-78. URL: https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.63?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed (дата обращения: 10.04.2019).
12. Searles H. Countertransference and related subjects. New York: International Universities Press; 1979.
13. Searles H. Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. International Universities Press. New York; 1965.
14. Segal H. Notes on symbol formation. International Journal of Psychoanalysis. 1957; 38: 391-397.

15. Goldstein K. Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In: J. Kasanin (Ed.), *Language, Thought and Schizophrenia*. New York: W.W. Norton; 1944: 17 – 39.
16. Фрейд З. Советы врачу при психоаналитическом лечении. 1912. URL: <https://psychic.ru/articles/classic07.htm> (дата обращения: 10.04.2019).
17. Kernberg O.F. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson. 1975: 38.
18. Robinson D.G., Woerner M.G., McMeniman M. [et al.] Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161 (4): 473 – 479.
19. Bibring E. *Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1954; 2: 745 - 770.
20. Hamner M., Frueh B., Ulmer H., Huber M., Twomey T., Tyson C., & Arana G. Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2000; 188: 217 - 221.
21. Tienari P. Interaction between genetic vulnerability and family environment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1991; 84: 460 - 465.
22. Heiman P. On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1950; 31: 81 - 84.
23. Little M. R: - the analyst's total response to his patient's needs. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1957; 38: 240 - 254.
24. Karon B. The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*. 2003; 31: 89 - 118.

References

1. Boichenko A.A. Metodologicheskie podkhody k otsenke mekhanizmov viktimizatsii bol'nykh shizofreniei [Methodological approaches to assess the mechanisms of victimization of patients with schizophrenia]. *Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2016; №2 (36): 62 – 72.
2. Abramov V.A. i dr. *Shizofreniya, stigma, Ya: Monografiya [Schizophrenia, stigma, I: Monograph]*. Donetsk: FLP Chernetskaya N.A.; 2016: 436.
3. Boichenko A.A. Programma deviktimizatsii lits, stradayushchikh paranoidnoi shizofreniei [Devictimization program for people with paranoid schizophrenia]. *Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2019; №1 (45): 49 – 54.
4. Abramov V.A., Abramov A.V., Boichenko A.A. Sotsial'no-psikhologicheskaya kharakteristika viktimogenno-stigmatizirovannoi lichnosti bol'nykh shizofreniei [Socio-psychological characteristics of the victimogenic-stigmatized personality of patients with schizophrenia]. *Aktual'nye problemy psikhatrii i psikhoterapii: materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem*. Tula; 2016: 10 - 14.
5. Abramov V.A., Boichenko A.A. Osobennosti opredeleniya urovnya viktimnosti u bol'nykh shizofreniei [Features of determining the level of victimization in patients with schizophrenia]. *Zdorov'e cheloveka kak predmet kompleksnogo mezhdistsiplinarnogo issledovaniya: materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii*. Lugansk; 2017: 5 - 6.
6. Boichenko A.A. Rol' sem'i v formirovanii viktimnosti bol'nykh shizofreniei [The role of the family in the formation of victimization of patients with schizophrenia]. *Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2017; 1 (37): 76 - 81.
7. Boichenko A.A. Ekzistentsial'naya ispolnennost' kak vnutrennii faktor viktimizatsii bol'nykh [Existential performance as an internal factor in victimization of patients]. *Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2017; 2 (38): 30 - 35.
8. Boichenko A.A. Kachestvo zhizni bol'nykh shizofreniei kak indikator viktimogennosti gospital'nykh form okazaniya psikhiatricheskoi pomoshchi [The quality of life of patients with schizophrenia as an indicator of the victimogenicity of hospital forms of psychiatric care]. *Nauchno-prakticheskii zhurnal «Universitetskaya klinika»*. 2017; 3 (24): 25 – 29.
9. Boichenko A.A. Disfunktsional'nost' smyslo-zhiznennoi ispolnennosti kak faktor vnutrennei viktimizatsii bol'nykh shizofreniei i sposoby ee korrektsii [Dysfunctionality of sense-life fulfillment as a factor of internal victimization of schizophrenia patients and methods for its correction]. *Klinicheskaya psikhiatriya 21 veka: integratsiya innovatsii i traditsii dlya diagnostiki i optimizatsii*

- terapii psikhicheskikh rasstroistv: materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoi pamyati professora Ruslana Yakovlevicha Vovina (90-letiyu so dnya rozhdeniya) [Clinical Psychiatry of the 21st Century: Integration of Innovations and Traditions for Diagnosing and Optimizing the Treatment of Mental Disorders: Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation in Commemoration of Professor Ruslan Yakovlevich Vovin (90th Birthday)]. 17-18 maya 2018. St.Petersburg; 2018: 41 - 43.
10. Boichenko A.A. Narusheniya sub"ektivatsii bol'nykh shizofreniei kak rezul'tat viktimogenogo protsessa [Disorders of subjectivation of patients with schizophrenia as a result of the victimogenic process]. Zhurnal psikhologii i meditsinskoj psikhologii. 2018; 1 (41): 52 – 59.
 11. Lotterman A.C. Psychotherapy Techniques for Patients Diagnosed with Schizophrenia. The American Journal of Psychotherapy. 2016; 70 (1): 63-78. URL: https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.63?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed (data obrashcheniya: 10.04.2019).
 12. Searles H. Countertransference and related subjects. New York: International Universities Press; 1979.
 13. Searles H. Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. International Universities Press. New York; 1965.
 14. Segal H. Notes on symbol formation. International Journal of Psychoanalysis. 1957; 38: 391-397.
 15. Goldstein K. Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In: J. Kasanin (Ed.), Language, Thought and Schizophrenia. New York: W.W. Norton; 1944: 17 – 39.
 16. Freud Z. Sovety vrachu pri psikhoanaliticheskom lechenii [Advice to a doctor in psychoanalytic treatment]. 1912. Available at: <https://psychic.ru/articles/classic07.htm> (accessed: 10.04.2019).
 17. Kernberg O.F. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Aronson. 1975: 38.
 18. Robinson D.G., Woerner M.G., McMeniman M. [et al.] Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. American Journal of Psychiatry. 2004; 161 (4): 473 – 479.
 19. Bibring E. Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1954; 2: 745 - 770.
 20. Hamner M., Frueh B., Ulmer H., Huber M., Twomey T., Tyson C., & Arana G. Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity. Journal of Nervous and Mental Disease. 2000; 188: 217 - 221.
 21. Tienari P. Interaction between genetic vulnerability and family environment. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1991; 84: 460 - 465.
 22. Heiman P. On countertransference. International Journal of Psycho-Analysis. 1950; 31: 81 - 84.
 23. Little M. R. - the analyst's total response to his patient's needs. International Journal of Psycho-Analysis. 1957; 38: 240 - 254.
 24. Karon B. The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. Journal of American Academy of Psychoanalysis. 2003; 31: 89 - 118.

Поступила в редакцию 02.05.2019