

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

На правах рукописи

Малтапар Оксана Кузьминична

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ,
ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ
ДЛИТЕЛЬНОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ**

Специальность 14.01.06 – «Психиатрия»

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Донецк – 2019

Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Абрамов Владимир Андреевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Грачев Рифат Ахметович,
заведующий отделением врачебно-семейно-психоневрологического и психотерапевтического консультирования ДОКТМО Министерства здравоохранения ДНР

кандидат медицинских наук
Жигулина Ирина Владимировна
заведующая отделением Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка Министерства здравоохранения ДНР

Ведущая организация: Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Защита состоится «26» декабря 2019 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 01.026.06 при Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» по адресу: 283049, г. Донецк, ул. Великоновоселковская, 200, конференц-зал республиканской клинической психоневрологической больницы – медико-психологического центра. Тел. факс: (062) 277-14-54, e-mail: *spec-sovet-01-026-06@dnmu.ru*

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» по адресу: 283003, г. Донецк, пр.Ильича, 16 (<http://dnmu.ru/>).

Автореферат разослан «___» _____ 20__ г.

Ученый секретарь диссертационного совета Д 01.026.06

Коценко Ю.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Принудительное лечение больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия и признанных невменяемыми, предусматривает их долговременное пребывание в условиях ограниченного социально-коммуникативного пространства и стимульно-сенсорного дефицита (Алексеев Е.Г., 2009; Лангмайер Й. и соавт., 1998; Лебедев В.И., 2004; Маслоу А., 1999).

Сам по себе фактор изоляции содержит совокупность предпосылок, нарушающих микросоциальное взаимодействие, поведенческий репертуар пациентов, конгруэнтность их коммуникативных навыков (Орлов А.Б., 1993). Это дает достаточно оснований для того, чтобы долговременную изоляцию рассматривать как пролонгированную экстремальную ситуацию, сопровождающуюся коренным изменением привычного стиля жизни человека (Короленко Ц.П., 1978; Nebylicyn V.D., 1990), и, одновременно, как условие возникновения переживаний стресса (Holmes T. H. et al, 1967; Спесивцева О.И., 2004; Ермасов Е., 2009) и формирования состояния психической депривации или депривационного синдрома (Крыгина Н.Н., 2003; Золотарева О.С., 2007; Эриксон Э., 2006).

Состояние психической депривации связано с фрустрацией, стигматизацией и другими негативными психоэмоциональными проявлениями (Алексеев Е.Г., 2009; Крыгина Н.Н., 2003). Оно ассоциируется с такими определениями как «синдром хронической десоциализации» (Eisenberg L., 1995) или «синдром госпитализма» (Lamb H.R., 1993; Абрамов В.А., 2002; Абрамов В.А., 2003; Красик Е.Д., 1983; Путятин Г.Г., 2009; Абрамов В.А., 2010), предиктором формирования которых является длительное пребывание больного в социально изолированной, обедненной стимулами, среде. Депривационная ситуация в этих случаях порождается комплексом экстремальных обстоятельств жизнедеятельности больного, препятствующих адекватному «сенсорному

насыщению» и нормальному функционированию организма (Фурманов И.А., 2010; Дружинин В.Н., 2000).

Проявления и последствия психической депривации охватывают широкий диапазон изменений познавательных процессов, эмоций и личности (Фурманов И.А., 2010; Рогов Е.И., 2005): снижается уровень абстрактного мышления, ослабевает речевая функция, ухудшается память (Гордеева О.В., 2004); искажается константность формы, размера и цвета воспринимаемых объектов, появляются побочные образы и ощущения, изменяется восприятие времени, состояний сна и бодрствования (Лебедев В.И., 2004). Изменения в эмоциональной сфере характеризуются снижением или утратой интереса к ранее эмоционально значимым событиям (Farthing G.W., 1992). На феноменологическом уровне описаны последствия сенсорной депривации (Хегенхан Б. и соавт., 2004), а также обусловленные длительной изоляцией личностные девиации и состояния дезадаптации (Петров В.И. и соавт., 2006; Кричевский Р.Л. и соавт., 2001). При длительной групповой изоляции описаны нарушения в сфере взаимоотношений, приводящие к конфликтам и появлению в группе «отверженных» (Лебедев В.И., 2004).

Однако, несмотря на актуальность проблемы, в настоящее время в научной литературе и реальной клинической практике отсутствуют целенаправленные системные исследования негативных эффектов и механизмов формирования психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительного лечения в изоляционно-ограничительных условиях психиатрического стационара. Недостаточно изучены клинико-психопатологические, психологические и социально-психологические аспекты этого феномена, особенности ресурсных возможностей личности, которые могли бы стать основой для разработки эффективной системы преодоления психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительного содержания в психиатрическом стационаре.

Связь работы с научными программами, планами и темами.

Диссертационная работа выполнена в рамках НИР кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО» «Психологические ресурсы личности и их активация у больных с психическими расстройствами, обусловленными переживанием травматического стресса военного времени и экстремальными условиями жизнедеятельности (гендерно-возрастные аспекты)» (номер госрегистрации УН 16.02.20). Автором выполнен раздел исследований по изучению механизмов и особенностей состояния психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции, а также по разработке системы ее психотерапевтической коррекции.

Тема диссертации и научный руководитель утверждены на заседании ученого совета ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО» (протокол № 3 от 25 апреля 2019 года).

Цель исследования. На основе комплексного структурно-динамического исследования клинико-психологических особенностей состояния психической депривации разработать систему ее психотерапевтической коррекции у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-психопатологические, социокультуральные и социально-психологические аспекты долговременной изоляции больных шизофренией в психиатрическом стационаре.
2. Оценить особенности личностного потенциала у больных шизофренией с проявлениями психической депривации.
3. Изучить особенности нервно-психической напряженности и механизмов психологической защиты у больных шизофренией в условиях долговременной принудительной изоляции и депривации.

4. Разработать и дать теоретическое обоснование системы преодоления негативных эффектов психической депривации у больных шизофренией, включающей стратегии преодоления личностной беспомощности и концептуально-когнитивного диссонанса.

5. Оценить эффективность предложенной системы психокоррекции на основе динамики показателей ресурсных возможностей личности.

Объект исследования: состояние психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции.

Предмет исследования: клинико-психопатологические, социокультуральные и социально-психологические аспекты долговременной изоляции больных шизофренией; особенности личностного потенциала (смысложизненные ориентации, диспозиционный оптимизм, субъективное благополучие), нервно-психической напряженности и стратегий психологической защиты; разработка системы преодоления негативных эффектов психической депривации, оценка ее эффективности.

Научная новизна полученных результатов. Впервые проведен теоретико-методологический анализ проблемы психической депривации и структурирующих ее психологических феноменов, а также медико-психологических подходов к реабилитации больных шизофренией в условиях их длительной изоляции при осуществлении принудительного лечения.

Впервые изучены клинико-психопатологические, социокультуральные, социально-психологические аспекты долговременной изоляции больных шизофренией.

Проведена оценка различных составляющих личностного потенциала (смысложизненных ориентаций, диспозиционного оптимизма, субъективного благополучия) у больных шизофренией с проявлениями психической депривации, выделены ее диагностические признаки. Изучены особенности нервно-психической напряженности и механизмов психологической защиты

у больных шизофренией в условиях долговременной принудительной изоляции и депривации.

Впервые разработана и теоретически обоснована система коррекции негативных эффектов психической депривации, включающей стратегии преодоления личностной беспомощности и концептуально-когнитивного диссонанса. Оценена эффективность предложенной системы психокоррекции на основе динамики показателей ресурсных возможностей личности.

Теоретическая и практическая значимость работы. Обоснован методологический подход к комплексной оценке психологических феноменов, структурирующих состояние психической депривации, и различных составляющих личностного потенциала (смысложизненных ориентаций, диспозиционного оптимизма, субъективного благополучия) у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции.

Разработаны диагностические критерии состояния психической депривации у этого контингента больных. Выделены прогностические (компенсаторные и декомпенсирующие) механизмы психологической защиты и уровни нервно-психического напряжения (психического дискомфорта) в зависимости от длительности социальной изоляции, особенностей субъективных репрезентаций стрессогенной ситуации и проявлений депривационного синдрома.

Проведена оценка клинических характеристик дефицитарных психопатологических расстройств, особенностей уровней эмпатийных тенденций, аффилиации и основных жизненных потребностей как предикторов психической депривации.

Показана роль пессимистического атрибутивного стиля, депрессивной симптоматики и индекса субъективного благополучия в формировании феномена личностной беспомощности (когнитивного, мотивационного и эмоционального дефицита) как основных составляющих психической депривации.

Разработана система психокоррекции негативных эффектов психической депривации, включающая общие и специальные антидепривационные стратегии: преодоление концептуально-когнитивного диссонанса и личностной беспомощности. Апробированы для целевого практического использования тренинги когнитивного функционирования, социальных и коммуникативных навыков.

Материалы, полученные в результате исследований, используются в профессиональной деятельности врачей психиатров, психотерапевтов, психологов.

Методология и методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический, метод математической обработки результатов.

Клинико-психопатологический метод основывался на традиционном опросе, анализе психического состояния пациента, а также изучении динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения. Стандартизованная оценка негативной психопатологической симптоматики осуществлялась с использованием клинической рейтинговой шкалы SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).

Психодиагностическое и социально-психологическое исследование больных проводилось с помощью следующих методик: методика диагностики степени удовлетворения основных потребностей (метод парных сравнений В.В. Скворцова в модификации И.А. Акиндиновой); тест «Смыслжизненные ориентации» (методика СЖО) Д.А. Леонтьева (1993); опросник диспозиционного оптимизма (Life Orientaton Test, LOT); адаптация О.А. Сычева, 2008), шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI); шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Inventory – BHI); шкала субъективного благополучия (Perrudel-Badoux et al, 1988); опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин); методика Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI, 1979); методика И. М.

Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций»; опросник А. Мехрабиана.

При проведении анализа результатов исследования использовались лицензионные пакеты статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Положения, выносимые на защиту:

1. У больных шизофренией с проявлениями психической депривации в условиях принудительной социальной изоляции наблюдаются более глубокие дефицитарные психопатологические расстройства по сравнению с больными шизофренией с кратковременными добровольными госпитализациями.

2. Склонность к эмпатийности больных шизофренией пребывающих в условиях принудительной социальной изоляции невозможно однозначно связывать с длительностью их изоляции и социальной депривации. Больные с длительными сроками социальной изоляции характеризуются полной неудовлетворенностью по всему спектру потребностей (материальных, в безопасности, социальных-межличностных, в уважении и признании, в самовыражении).

3. Продолжительность изоляции существенно не влияет на уровень смысло-жизненных ориентаций. Актуальное смысловое состояние больных, независимо от особенностей госпитализации, длительности изоляции и социальной депривации, характеризуются неудовлетворенностью прожитой частью жизни, низкой осмысленностью своей настоящей жизни, отсутствием целей в будущем.

4. У больных шизофренией с проявлениями психической депривации преобладают пессимистические установки и значительно меньшая представленность позитивных ожиданий в отличие от больных без признаков депривации.

5. У больных шизофренией с проявлениями психической депривации преобладает умеренная и чрезмерно выраженная степень нервно-

психической напряженности. Особенности защитных психологических механизмов у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции отличаются напряженностью незрелых (декомпенсирующих) механизмов защиты: отрицания, регрессии. В то же время показатели компенсаторных механизмов защиты – замещение, компенсация свидетельствуют о слабой их напряженности и низкой представленности в структуре адаптивных ресурсов личности и системе преодолевающего поведения.

6. Система превенции, профилактики и преодоления проявлений психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции включает: общие антидепривационные мероприятия и специальные антидепривационные психотерапевтические стратегии, которые реализовывались в процессе тренинга когнитивного функционирования и тренинга социальных и коммуникативных навыков.

7. Разработанная нами система психологической коррекции негативных эффектов психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции доказала свою эффективность и позволила добиться: уменьшения общей степени выраженности нервно-психической напряженности, увеличения показателя диспозиционного оптимизма, значительного «смягчения» депрессивной симптоматики и чувства безнадежности, улучшения субъективного благополучия.

Степень достоверности и апробация результатов. Все представляемые к защите данные и результаты являются подлинными и оригинальными и получены лично соискателем. По итогам проверки первичной документации (Акт проверки первичной документации от 29 августа 2019 года) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследования результаты являются достоверными.

Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на следующих научных форумах: научно-практической конференции «Инновационные здоровые сохраняющие технологии в

повышении качества жизни» (Донецк, 2015г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Личностно-ориентированные подходы к оказанию психиатрической помощи» (Донецк, 2017г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Теория и практика современной психиатрии и медицинской психологии» (Донецк, 2018г.), II международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2018г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами» (Донецк, 2019г.).

Результаты проведенного исследования внедрены автором работы в практическую деятельность психиатрической больницы г. Ждановка МЗ ДНР, Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка МЗ ДНР, деятельность кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО.

Публикации: По материалам диссертации опубликовано 8 работ, из них 4 статьи в научных изданиях, рекомендуемых ВАК.

Структура и объем работы. Диссертационная работа изложена на 203 страницах компьютерного текста и состоит из 6 разделов, заключения, выводов, списка литературы. Работа содержит 23 таблицы и 7 рисунков. Список источников литературы составляет 337 наименований.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В соответствии с целью и задачами диссертационного исследования в течение 2012-2014гг., при условии информированного согласия, в ККЛПУ «Областная психиатрическая больница г. Ждановка» было обследовано 120 больных параноидной шизофренией. Обследованные больные были разделены на две группы. Основная группа больных – 70 пациентов мужского пола, страдающих параноидной шизофренией, совершивших общественно-опасные действия и признанных невменяемыми – на принудительном лечении в отделении с усиленным наблюдением

(принудительное лечение в стационарных условиях специализированного типа). Группа сравнения – 50 человек, репрезентативных по гендерно-возрастным и клиническим особенностям – на лечении в общепсихиатрическом стационаре в связи с обострением заболевания. Абсолютное большинство больных шизофренией, находившихся на принудительном лечении, составили лица трудоспособного возраста – 80,0% больных. У всех больных тип течения шизофренических расстройств был определен как непрерывный (F20.0 x 0). В основной группе 100,0% больных имели группу инвалидности, в группе сравнения – 96,0%. В обеих сравниваемых группах преобладали больные не имеющие собственной семьи и располагающие ограниченными возможностями как для самореализации, так и для получения социальной (семейной) поддержки – 88,5% пациентов основной группы и 86,0% группы сравнения. Средняя длительность изоляции больных в основной группе составила $5,94 \pm 0,34$ лет, в группе сравнения $1,88 \pm 0,12$ месяцев.

Таким образом, значительно большая длительность изоляции больных основной группы дает основания для констатации наличия депривационной ситуации, для верификации которой учитывались типичные для психиатрического стационара ограничительно-депривационные особенности госпитальной среды.

Работа проводилась поэтапно и включала в себя сбор материала, обработку и анализ полученных данных, разработку и оценку эффективности системы коррекции негативных эффектов психической депривации.

В процессе исследования установлено, что у больных, находящихся на принудительном лечении, выявлены по данным методики SANS более глубокие дефицитарные нарушения, чем в группе сравнения. По кластеру «общая оценка аффективного поведения» общий уровень экспертной оценки эмоциональной выразительности достоверно выше у группы сравнения ($p=0,039$). В группе длительно изолированных больных диапазон значений этого показателя соответствовал умеренной или выраженной степени

тяжести и отражал значительное снижение эмоционального резонанса, отгороженность и обособленность больных. Показатель «субъективная оценка алогии» у больных основной группы свидетельствовал о снижении продуктивности и целенаправленности мыслительной деятельности. Показатель «глобальная оценка абулии-апатии» у больных основной группы был достоверно выше ($p=2,74\pm 0,21$), чем в группе сравнения, что свидетельствует о наличии умеренно выраженной симптоматики гипобулического типа. Наиболее значительные различия в сравниваемых группах относятся к общей оценке ангедонии и социального ухода. Избегание общества и неспособность поддерживать конструктивные отношения с окружающими проявляются в редукции социальных контактов и достоверно ($p=3,24\pm 0,29$) более выражены у больных основной группы. Нарушения внимания у пациентов обеих групп существенно не отличались и соответствовали среднему уровню выраженности. Результаты стандартизированной характеристики клинических проявлений по данным методики SANS позволяют сделать вывод о негативном влиянии на базисные психические функции больных длительных сроков изоляции и рассматривать выявленные различия тяжести психопатологических симптомов не как проявление патодинамических особенностей заболевания (обследовались репрезентативные группы больных), а как результат их длительной изоляции и социальной депривации.

Для достижения конечных результатов по разработке методов социальной реабилитации больных шизофренией, совершивших правонарушения, была проведена оценка эмпатийных тенденций с применением методики И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций». Результаты проведенного исследования позволили выявить три уровня эмпатийных тенденций, присущих больным сравниваемых групп: высокий (17 чел, 14,2%), средний (71 чел, 59,2%) и низкий (32 чел, 23,6%). В обеих группах больных преобладает средний уровень эмпатийных тенденций (50% больных в основной группе и 72% в группе сравнения), что

соответствует нормативному распределению этого показателя ($P < 0,01$). Среди больных шизофренией с долговременной изоляцией, в отличие от больных группы сравнения, преобладали как высокие, так и низкие уровни эмпатийных тенденций. В то же время при анализе показателей выраженности уровней эмпатии (табл. 1) достоверных различий в сравниваемых группах больных не выявлено. В качестве тенденции, приближающейся к значимой, можно указать на концентрацию как менее низких ($32,91 \pm 2,16$) и наиболее высоких ($65,92 \pm 5,85$) показателей у больных основной группы. Это находит отражение в общем показателе эмпатийных тенденций у больных сравниваемых групп, и, в конечном счете, не позволяет уровень склонности к эмпатии однозначно связать с длительностью изоляции и социальной депривации.

Таблица 1

Средние значения показателей
выраженности эмпатии в сравниваемых группах

Уровни эмпатийных тенденций	Основная группа	Группа сравнения
	$M \pm m$	$M \pm m$
Высокий	$65,92 \pm 5,85$	$74,5 \pm 5,07$
Средний	$48,37 \pm 0,7$	$45,39 \pm 4,04$
Низкий	$32,91 \pm 2,16$	$28,4 \pm 2,03$

Проведенное исследование показало, что сам по себе уровень эмпатийных тенденций не является надежным критерием про- или асоциального поведения. Его следует учитывать в комплексе с другими личностно-психологическими особенностями и ресурсными возможностями больных.

Анализ результатов проведенного исследования по мотиву аффилиации в сравниваемых группах существенных различий не выявил: к общей закономерности, характерной для обеих групп относится преобладание больных с высокими показателями стремления к людям (68,5% и 62,0%). Данные, полученные с помощью опросника аффилиации А.

Мехрабиана, относящиеся к различным уровням потребности в общении, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Распределение больных сравниваемых групп
по уровням потребности аффилиации

Группы больных	Стремление к людям		Боязнь отвержения	
	Высокий уровень	Низкий уровень	Высокий уровень	Низкий уровень
Основная группа	48 (68,5%)	22 (31,5%)	46 (65,7%)	24 (34,3%)
Группа сравнения	31 (62,0%)	19 (38,0%)	23 (46,0%)	27 (54,0%)

Значительно меньшее количество пациентов обеих групп (соответственно 31,5% и 34,3%) выявили низкий уровень стремления к людям. По мотиву «боязнь отвержения» в основной группе больных с высоким уровнем этого показателя было значительно больше (65,7%), чем в группе сравнения (46,0%). Наиболее частым вариантом потребности в аффилиации явилось сочетание высоких уровней мотива «стремление к людям» и «боязни быть отвергнутым» (44,2% пациентов основной группы и 32% больных группы сравнения). Меньшая представленность сочетания высокого уровня развития мотива «боязнь быть отвергнутым» и низкого уровня развития мотива «стремление к людям» у пациентов основной группы, говорит о сформировавшейся у таких больных, внутренней установки на одиночество, полное выключение их из социального микроклимата окружающей их внешней среды, низком уровне эмпатийных тенденций. Реализация потребности в общении из-за более высокого уровня страха отвержения значительно чаще наблюдается у больных с проявлениями психической депривации. Это свидетельствует о том, что длительная изоляция больных в психиатрическом стационаре за счет нарастания боязни отвержения существенно угнетает коммуникативные потребности больных.

С учетом того, что длительная социальная изоляция и состояние психической депривации характеризуется с позиции невозможности реализации мотивов, стремлений, ценностей, интересов, представилось целесообразным объективизировать наличие этого состояния путем оценки базовых потребностей обследованных контингентов при помощи методики диагностики степени удовлетворения основных потребностей (метод парных сравнений В.В. Скворцова в модификации И.А. Акиндиновой).

Анализ результатов исследования (рис. 1) показал, что больные основной группы характеризовались полной неудовлетворенностью по всему спектру изучавшихся базовых потребностей (оценки превышали 27 баллов).

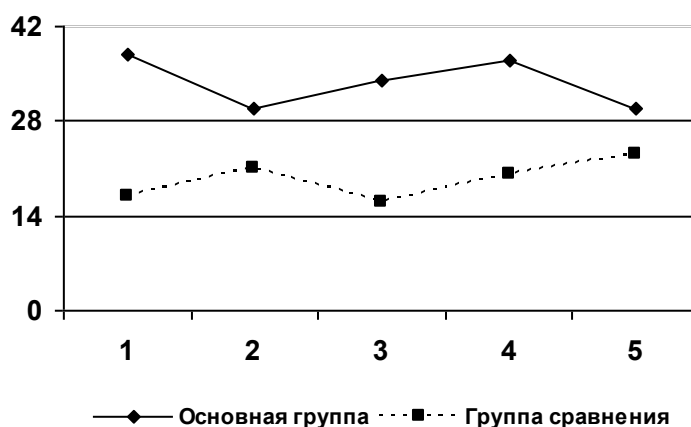


Рис. 1. Удовлетворенность базовых потребностей

Примечание: 1. Материальные потребности. 2. Потребности в безопасности. 3. Социальные (межличностные) потребности. 4. Потребности в уважении и признании. 5. Потребность в самовыражении.

В группе сравнения полученные показатели статистически достоверно ($p < 0,05$) позволяют ассоциировать уровень актуальности базовых потребностей с зоной их частичной неудовлетворенности (оценки в пределах 16-25 баллов), а, следовательно, со значительно меньшей их редукцией у больных с кратковременными сроками госпитальной изоляции.

Следовательно, полная неудовлетворенность базовых жизненных потребностей в основной группе больных шизофренией в условиях длительной изоляционно-экстремальной ситуации позволяет

объективизировать у них состояние психической депривации. В то же время частичная неудовлетворенность базовых потребностей у больных группы сравнения свидетельствует об отсутствии достаточных оснований для диагностики у них депривационного синдрома. Это делает корректным проведение сравнительного анализа результатов исследования в этих группах.

Для исследования уровня смысложизненных ориентаций у больных обеих групп, нами был использован тест «Смысложизненные ориентации» (методика СЖО) Д.А. Леонтьева (1993), который является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. В ходе исследования было установлено, что более чем в 90,0% случаев общий показатель СЖО в обеих группах определялся ниже нормального показателя - общий показатель соответственно $87,4 \pm 21,5$ и $80,8 \pm 18,71$. Показатели по отдельным шкалам были ниже нормальных более чем в 80,0% случаев обследованных больных шизофренией, как в основной группе, так и в группе сравнения. Низкие показатели по субшкалам «локус контроля» и «локус контроля – жизнь» свидетельствуют о неверии в свои возможности контролировать события собственной жизни. Проведенное исследование показало, что в обследованных группах больных шизофренией, не зависимо от характера госпитализации, длительности изоляции и социальной депривации, наблюдаются однотипные нарушения процесса синхронизации смысловых локусов, не осуществляется интеграция личности в новые условия жизни. Поскольку реальная жизнедеятельность у больных шизофренией, как правило, ограничивается различными дискриминационно-стигматизирующими факторами (сопоставимыми в сравниваемых группах), можно предположить, что именно эти факторы, а не продолжительность изоляции, определяют уровень СЖО, актуальность смыслового состояния.

С целью определения составляющих личностного потенциала (оптимизма-пессимизма) у больных шизофренией с синдромом психической депривации нами был использован опросник диспозиционного оптимизма

(адаптация О.А. Сычева, 2008). Анализ полученных результатов в сравниваемых группах выявил стойкое преобладание оптимистических установок (позитивных ожиданий) у пациентов группы сравнения, в отличие от пациентов основной группы. У пациентов группы сравнения, показатель позитивных ожиданий ($11,28 \pm 1,48$ балла) был выше, нежели у основной группы ($7,3 \pm 1,21$ балла). Показатель субшкалы негативных ожиданий был выше у пациентов основной группы ($4,2 \pm 0,74$ балла), чем у группы сравнения ($2,0 \pm 0,11$ балла). Общий показатель диспозиционного оптимизма у пациентов группы сравнения ($13,28 \pm 1,74$ балла) был выше, чем у больных основной группы ($11,5 \pm 1,67$ балла) и соответствовал умеренному уровню оптимизма. У больных основной группы итоговый показатель соответствовал высокому уровню пессимизма. Выявленные различия показателей диспозиционного оптимизма в обеих группах свидетельствуют об их зависимости от длительной социальной изоляции и депривационных влияний.

Анализ качественных характеристик атрибутивного стиля больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции позволил выделить симптомокомплекс личностной беспомощности как основного содержания феномена психической депривации (рис. 2).

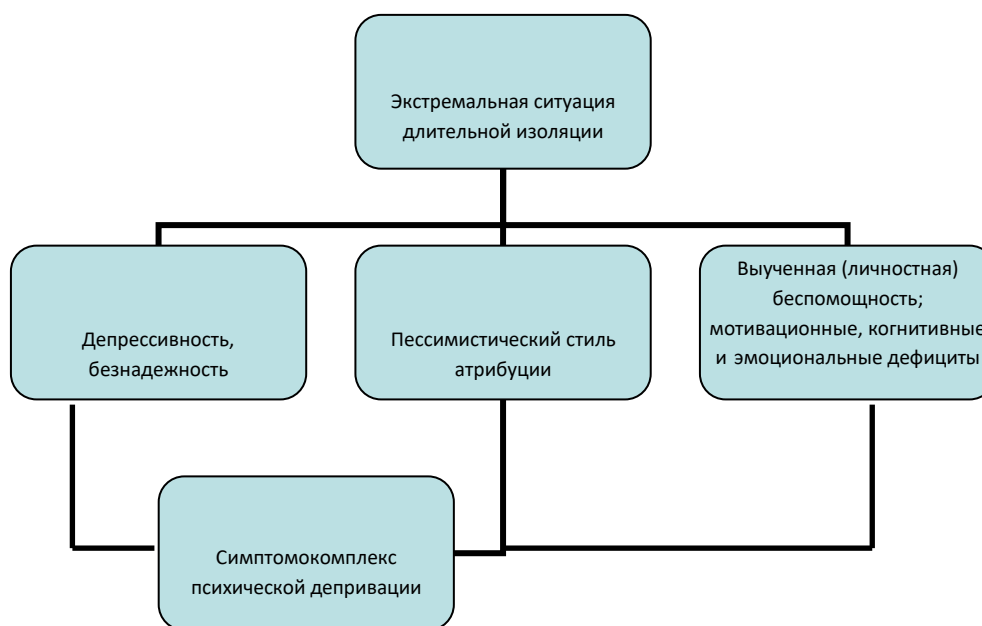


Рис. 2. Симптомокомплекс психической депривации

Депрессивный контекст психической депривации изучался нами с использованием самооценочной шкалы Бека. Усредненный показатель тяжести депрессии в основной группе ($24,4 \pm 2,14$) соответствовал депрессии средней тяжести и статистически достоверно ($P < 0,05$) превышал суммарный показатель группы сравнения ($12,3 \pm 1,38$), что соответствовало уровню субдепрессии. Данные, полученные с помощью шкалы безнадежности Бека, в целом совпадают с результатами исследования по самооценочной шкале депрессии. Усредненный показатель степени выраженности безнадежности в основной группе ($12,6 \pm 1,74$ балла) значительно, на уровне статистической достоверности, превышает суммарный показатель группы сравнения ($6,31 \pm 0,98$ балла). Выраженность чувства безнадежности, испытываемой больными основной группы, соответствовала умеренной степени, а в группе сравнения – легкой степени. С учетом результатов проведенного исследования есть основания считать чувство безысходности и беспомощности ядром психической депривации у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении.

При анализе уровня субъективного благополучия в сравниваемых группах (использовалась шкала субъективного благополучия (Perrudel-Vadoux et al, 1988) более выраженный уровень эмоционального дискомфорта был установлен у больных шизофренией с длительными сроками групповой изоляции (итоговый усредненный индекс $7,02 \pm 0,7$), по сравнению с краткосрочно госпитализированными больными ($4,89 \pm 0,74$). Зонами наибольшего конфликта у больных с длительными сроками изоляции являются показатели «напряжение и чувствительность» ($8,41$), «значимость социального окружения» ($7,57$) и «психоэмоциональная симптоматика» ($7,35$). Следовательно, длительная социальная изоляция приводит к снижению индекса субъективного благополучия и невозможности реализации высших потребностей у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. С учетом того, что субъективное благополучие рассматривается как синонимичное понятию счастье, можно прийти к

выводу о существенном снижении интенсивности переживаний этого феномена больными с депривационным синдромом, обусловленном длительными сроками принудительной изоляции.

Анализ данных, полученных с помощью опросника «Определение нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин), свидетельствует о различной выраженности и структурно-функциональных особенностях нервно-психической напряженности в сравниваемых группах больных. В основной группе преобладали больные (70%) с чрезмерной степенью нервно-психического напряжения (в 3,5 раз больше, чем в группе сравнения). В то же время у половины больных группы сравнения наблюдались незначительные проявления (по существу нормативные значения), которые практически отсутствовали у больных основной группы. Анализ средних показателей общих характеристик нервно-психической напряженности также свидетельствует о достоверно ($p < 0,05$) более глубоком уровне психического дискомфорта и общей степени ее выраженности у больных основной группы, чем у больных группы сравнения. Для больных шизофренией основной группы было характерно напряжение практически всех механизмов защиты (за исключением компенсации), при наибольших показателях напряженности «отрицания» ($8,12 \pm 1,48$) и «подавления» ($6,54 \pm 0,1$). Реже используемыми механизмами психологической защиты у пациентов этой группы выступают «компенсация» ($4,48 \pm 2,36$) и «замещение» ($4,41 \pm 1,25$). Отмечены также достаточно высокие показатели напряжения реактивного образования ($5,76 \pm 0,88$) и интеллектуализации ($7,89 \pm 1,25$). В группе сравнения наименее напряженными и редко используемыми механизмами являются «компенсация» ($4,98 \pm 1,92$), «интеллектуализация» ($6,43 \pm 1,13$) и «регрессия» ($6,4 \pm 0,5$), что свидетельствует о значительном сужении профиля механизмов психологической защиты. К механизмам с высоким уровнем напряженности отнесены «отрицание» ($6,23 \pm 1,13$), «подавление» ($4,77 \pm 0,43$), «проекция» ($7,1 \pm 1,2$) и «замещение» ($6,07 \pm 0,83$). Проведенное исследование выявило у всех обследованных больных, как основной группы, так и группы сравнения

выраженный дисбаланс МПЗ с достоверно более высокими показателями ($p < 0,05$) и значительной напряженностью практически всех механизмов психологической защиты в основной группе больных шизофренией. Особенности психологической защиты у больных основной группы характеризовались тенденцией к повышению напряженности как компенсаторных (рационализация-интеллектуализация, замещение, компенсация), так и декомпенсирующих (вытеснение, отрицание, проекция и регрессия) механизмов. У больных без признаков социальной депривации отмечено преобладание компенсаторного набора механизмов психологической защиты и меньшая выраженность декомпенсирующих форм.

Базисными феноменами, подлежащими редукции, установленными в ходе данного исследования, являлись концептуально-когнитивный диссонанс и личностная беспомощность. Исходя из этого, нами была разработана система антидепривационных мероприятий, которая включала два направления: общие антидепривационные мероприятия, направленные на смягчение изоляционно-ограничительных эффектов среды обитания и минимизацию мотивационного, когнитивного, эмоционального, и экзистенциального дефицита; специальные антидепривационные стратегии, направленные на преодоление концептуально-когнитивного диссонанса и личностной беспомощности. В рамках общих антидепривационных программ проводились мероприятия следующего содержания: эстетическое оформление помещений, релаксирующая музыка, ароматерапия, дозированная физическая нагрузка; психообразовательные мероприятия; многосторонняя включенность пациентов в процессы субъектно-ориентированного общения; занятость в рамках повседневной деятельности. В рамках специальной антидепривационной стратегии по преодолению концептуально-когнитивного диссонанса проводилось подкрепление значимой части Я-концепции, которое достигалось в процессе использования элементов тренинга «Самоуважение – путь к эмоциональной стабильности,

стрессоустойчивости и обретению внутренней силы» и увеличения социальных контактов, и в процессе интеграции травматического опыта. При осуществлении стратегии преодоления личностной беспомощности использовались терапия занятостью и целевые тренинги: когнитивных функций и социальных навыков, развития коммуникативных навыков.

Оценка эффективности разработанной нами системы антидепривационных мероприятий проводилась в двух репрезентативных группах больных, находящихся на принудительном лечении, со сформировавшимся состоянием психической депривации: основной (N=25), включенной в комплексную систему антидепривационных мероприятий (общие антидепривационные и специальные) и группе сравнения (N=25), подвергавшихся только антидепривационным воздействиям и не участвовавшим в специальных антидепривационных тренингах, на основе динамики показателей ресурсных возможностей личности. В основной группе больных было выявлено статистически достоверное $P < 0,05$ уменьшение общей степени выраженности нервно-психической напряженности ($1,7 \pm 0,18$), увеличение показателя диспозиционного оптимизма (9,8 балла), значительное «смягчения» депрессивной симптоматики до умеренной и субдепрессивной (40,0- 44,0%), снижение степени тяжести чувства безнадежности (56,0%), улучшение субъективного благополучия ($5,16 \pm 0,87$ балла). В группе сравнения вышеперечисленные показатели оказались резистентными по отношению к традиционным формам медикаментозного лечения и претерпевали лишь незначительные изменения.

Таким образом, эффективность разработанной системы психотерапевтической коррекции состояния психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции позволяет рекомендовать ее к использованию в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, что будет

способствовать повышению личностных ресурсов, профилактике повторных деликтов, повышению качества жизни и уровня социального функционирования больных шизофренией в условиях длительной принудительной социальной изоляции.

ВЫВОДЫ

1. В диссертационном исследовании с позиции системно-интегративного подхода представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи – преодоления негативных эффектов психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками принудительной социальной изоляции – разработки и внедрения эффективной системы ее психологической и психотерапевтической коррекции.

2. Проведенное исследование позволило установить, что у больных шизофренией с проявлениями психической депривации вследствие длительного пребывания в условиях принудительной социальной изоляции наблюдаются более глубокие дефицитарные психопатологические расстройства по сравнению с больными шизофренией с кратковременными добровольными госпитализациями в психиатрические стационары ($p < 0,05$). Эти различия относятся к общей оценке аффективного поведения ($2,89 \pm 0,27$ и $1,34 \pm 0,19$), субъективной оценке алогии ($2,46 \pm 0,23$ и $1,71 \pm 0,21$), глобальной оценке абулии-апатии ($2,74 \pm 0,21$ и $1,54 \pm 0,17$) и общей оценке ангедонии и социального ухода ($3,24 \pm 0,29$ и $1,28 \pm 0,14$).

3. Установлено, что показатели эмпатии как коммуникативного навыка и одной из составляющих просоциального поведения в сравниваемых группах больных характеризуется преобладанием средних уровней эмпатических тенденций, что не позволяет склонность к эмпатийности однозначно связывать с длительностью их изоляции и социальной депривации. Проявления относительно высоких эмоционально-эмпатических возможностей у больных, находящихся на принудительном лечении, можно объяснить более высоким уровнем социально-психологической поддержки и

объема реабилитационных мероприятий, чем в условиях обычного психиатрического стационара. На фоне преобладания в обеих сравниваемых группах лиц с относительно высоким уровнем мотивации аффилиации, реализация потребности в общении, из-за высокого уровня страха отвержения значительно чаще наблюдается у больных с проявлениями психической депривации (44,2%); в группе сравнения – 32%. Больные с длительными сроками социальной изоляции характеризуются полной неудовлетворенностью по всему спектру потребностей (материальных, в безопасности, социальных-межличностных, в уважении и признании и в самовыражении – оценки превышали 27 баллов.). В группе сравнения полученные показатели (оценки в пределах 16-25 баллов) статистически достоверно ($p < 0,05$) ассоциируются со значительно меньшей редукцией актуальных базовых потребностей.

4. На основе психодиагностического исследования различных составляющих личностного потенциала в обеих группах больных шизофренией выявлено значительное снижение показателей смысло-жизненных ориентаций и внутреннего локус контроля, свидетельствующее о редукции целостной реальности смысла жизни. Актуальное смысловое состояние больных, независимо от особенностей госпитализации, длительности изоляции и социальной депривации, характеризуются неудовлетворенностью прожитой частью жизни, низкой осмысленностью своей настоящей жизни, отсутствием целей в будущем (общий показатель соответственно $87,4 \pm 21,5$ и $80,8 \pm 18,71$). Низкие показатели по субшкалам «локус контроля» и «локус контроля – жизнь» свидетельствуют о неверии в свои возможности контролировать события собственной жизни. Однотипные нарушения процесса синхронизации смысловых локусов не осуществляют расширение границ субъективной реальности и интеграцию личности в новые условия жизни. Из этого следует, что продолжительность изоляции существенно не влияет на уровень показателя, который вероятнее всего

определяется различными дискриминационно-стигматизирующими факторами, сопоставимыми в сравниваемых группах.

5. Доказаны преобладание пессимистических установок у больных шизофренией с проявлениями психической депривации ($4,2 \pm 0,74$ и $2,0 \pm 0,11$ балла) и значительно меньшая представленность позитивных ожиданий ($7,3 \pm 1,21$ и $11,28 \pm 1,48$ балла), чем в группе больных без признаков депривации. Пессимистический атрибутивный стиль приводит к формированию состояния выученной личностной беспомощности с ее мотивационным, когнитивным и эмоциональным дефицитом. Это находит подтверждение и в более высоких показателях выраженности у этой категории больных депрессивных симптомов ($p=0,002$), чувства безнадежности ($p=0,001$) и индекса субъективного благополучия ($p<0,05$). Зонами наибольшего конфликта являются показатели «напряженность и чувствительность» ($8,41 \pm 1,21$ балла), «значимость социального окружения» ($7,57 \pm 1,08$ балла), «удовлетворенность поведенческой деятельностью» ($7,02 \pm 0,7$ балла), «психоэмоциональная симптоматика» ($7,35 \pm 1,08$ балла).

6. У больных шизофренией с проявлениями психической депривации преобладает умеренная (22,8%) и чрезмерно выраженная (70%) степень нервно-психической напряженности (психического дискомфорта). Особенности защитных психологических механизмов у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции отличаются напряженностью незрелых (декомпенсирующих) механизмов: отрицания ($8,12 \pm 1,48$ балла), регрессии ($7,41 \pm 0,77$ балла). В то же время показатели компенсаторных механизмов защиты – замещение ($4,41 \pm 0,43$ балла) и, особенно, компенсация ($4,48 \pm 2,36$ балла) свидетельствуют о слабой их напряженности и низкой представленности в структуре адаптивных ресурсов личности и системе преодолевающего поведения.

7. Разработана система превенции, профилактики и преодоления проявлений психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции, которая включает: общие

антидепривационные мероприятия, направленные на смягчение изоляционно-ограничительных эффектов среды обитания и минимизацию мотивационного, когнитивного, эмоционального и экзистенциального дефицита, и специальные антидепривационные психотерапевтические стратегии, направленные на преодоление концептуально-когнитивного диссонанса и личностной беспомощности. Эти стратегии реализовывались в процессе тренинга когнитивного функционирования, тренинга социальных и коммуникативных навыков.

8. Внедрение системы психокоррекции негативных эффектов психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции доказало ее эффективность и позволило добиться: уменьшения общей степени выраженности нервно-психической напряженности ($1,7 \pm 0,18$), увеличения показателя диспозиционного оптимизма (9,8 балла), значительного «смягчения» депрессивной симптоматики (40,0-44,0%) и чувства безнадежности (56,0%), улучшения субъективного благополучия ($5,16 \pm 0,87$ балла). В группе сравнения вышеперечисленные показатели оказались резистентными по отношению к традиционным формам медикаментозного лечения и претерпевали лишь незначительные изменения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Антистигматизационные подходы к оказанию психиатрической помощи [Текст] / В.А. Абрамов, Г.Г. Пуятин, О.К. Малтапар, М.А. Шелестова, А.А. Бойченко, В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 1(32). – С. 88-95. *(В статье нашли отражение основные положения I главы)*
2. Малтапар, О.К., Абрамов, В.Ал. Особенности уровня эмпатийных тенденций у больных шизофренией в условиях долговременной изоляции и социальной депривации [Текст] / О.К. Малтапар, В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2014. –

- № 1(33). – С. 58-63. *(В статье нашли отражение основные положения 3 главы)*
3. Малтапар, О.К., Абрамов, В.Ал. Особенности нервно-психической напряженности и механизмов психологической защиты у больных шизофренией в условиях долговременной принудительной изоляции и многоаспектной депривации [Текст] / О.К. Малтапар, В.Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2014. – №2(34). – С. 34-46. *(В статье нашли отражение основные положения 5 главы)*
 4. Малтапар О.К. Влияние длительности пребывания в психиатрическом стационаре на формирование госпитализма и психической депривации у больных шизофренией [Текст] / О.К. Малтапар // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – №3(39). – С. 37-45. *(В статье нашли отражение основные положения 1 главы)*
 5. Малтапар О.К. Цветотерапия – как один из методов медико-социальной реабилитации больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении [Текст] / О.К. Малтапар // Наука побеждать...болезнь: материалы II международного медицинского форума. – Донецк, 2018. – С. 243 - 247. *(В статье нашли отражение основные положения 6 главы)*
 6. Малтапар О.К. Особенности смысложизненных ориентаций у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении [Текст] / О.К. Малтапар // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – №1(45). – С. 51-56. *(В статье нашли отражение основные положения 4 главы)*
 7. Малтапар, О.К. Оценка эффективности антидепривационных подходов в условиях длительной изоляции больных шизофренией [Текст] / О.К. Малтапар // Инновационные здоровьесохраняющие технологии в повышении качества жизни: материалы конференции. – Донецк, 2015. – С.201-204. *(В тезисах нашли отражение основные положения 6 главы)*

8. Малтапар, О.К. Технологии восстановления интегративных функций личности и социальной интеграции больных шизофренией в условиях принудительного лечения [Текст] / О.К. Малтапар // Инновационные здоровьесохраняющие технологии в повышении качества жизни: материалы конференции. – Донецк, 2015. – С.205-209. *(В тезисах нашли отражение основные положения 6 главы)*