

На правах рукописи

Бойченко Алексей Александрович

**ОСОБЕННОСТИ И МЕХАНИЗМЫ ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

14.01.06 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Донецк - 2021

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

Научный руководитель: **Абрамов Владимир Андреевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Двирский Александр Анатольевич**
доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского»

Жигулина Ирина Владимировна
кандидат медицинских наук, заведующая отделением Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка

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

Защита состоится «__» апреля 2021 года в ____ 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: 283003, г. Донецк, пр. Ильича,16, морфологический корпус, электронный зал библиотеки на базе ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького». Тел. факс: (062) 277-14-54, e-mail: spec-sovet-01-026-06@dnmu.ru

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

Автореферат разослан «__» _____ 2021 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 01.026.06

Коценко Ю.И.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Комплексное изучение феномена виктимности психически больных, обусловленного значительным спектром нарушений личностных особенностей и социального функционирования, является одной из приоритетных задач современной психиатрии. Виктимизация – это процесс и результат превращения человека или группы людей в тот или иной тип жертвы неблагоприятных условий социализации. Реализация данного процесса как подвижного и динамического явления в большинстве своем оказывается обусловленной взаимодействием различных составных компонентов (И.Г. Малкина-Пых, 2019). Так называемая «жизнь с болезнью» – это совокупность деформирующих личность больного переживаний в связи с многочисленными рисками для качества жизнедеятельности и реальными трудностями в реализации собственных интересов и потребностей в условиях ограничительно-дискриминационной среды (Е.В. Руденский, 2004). Эти переживания имеют тенденцию к усилению при ограничении возможностей жизнедеятельности больных, в т.ч. институциональном и вследствие формирования стигмы (И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова, 1999). Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этих больных является отражением фактического их превращения в жертв неблагоприятных условий социализации (И.Г. Малкина-Пых, 2009; К.В. Вишневецкий, 2014). Изучены механизмы социально-психологической деформации личности, лежащие в основе виктимизации больных шизофренией, связанные с осознанием и переживанием себя жертвой неблагоприятных условий жизнедеятельности, способствующие парциальной или тотальной депривацией личности (В.А. Абрамов и соавт., 2016).

Число исследований процесса виктимизации относительно невелико и проводились они, в основном, в психологических и социально-психологических исследованиях (М.А. Одинцова, Н.Ю. Чернобровкина, 2014; М.А. Одинцова, 2015). Феномены виктимности и виктимизации изучались при определении жертвенного статуса лиц, пострадавших вследствие агрессивных действий больных с психическими расстройствами (Л.В. Франк, 1973; Д.В. Ривман, 2010; И.Г. Малкина-Пых, 2010). Разработана социально-психиатрическая виктимология, выступающая в качестве методологического базиса исследования виктимогенеза личности больных шизофренией, в т.ч. – как возможной детерминанты дисфункциональных состояний личности данного контингента больных (В.А. Абрамов и соавт., 2016). При обозначении этих состояний традиционно используется малодифференцированное понятие

дефекта личности, механизмы формирования которого до настоящего времени остаются неясными (G. Foussias, 2010; B. Kirkpatrick, 2014). Формирующийся синдром виктимности рассматривается исследователями как совокупность социальных и психологических качеств человека в виде дефицита компетентностей и, в целом, потенциала адаптивности, трансформирующегося в социально-дефицитарную уязвимость личности с риском критического социального функционирования (Е.В. Руденский, 2004).

Из этого следует актуальность изучения особенностей и механизмов формирования виктимизации у больных шизофренией, а также необходимость разработки эффективной системы девиктимизации этого контингента больных.

Работа выполнена в рамках НИР кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. 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 виктимизации больных шизофренией, а также по разработке комплекса девиктимизационных мероприятий.

Тема диссертации и научный руководитель утверждены на заседании ученого совета ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. Горького (протокол № 2 от 28.03.2019 года).

Цель исследования. На основании комплексного исследования особенностей и механизмов формирования виктимности больных параноидной шизофренией разработать систему девиктимизации и субъективного личностного восстановления данного контингента больных.

Задачи исследования:

1. Изучить структурно-динамические особенности и уровень виктимизации у больных параноидной шизофренией.
2. Оценить взаимосвязь внутренних виктимогенных факторов и негативных психопатологических симптомов у больных параноидной шизофренией.
3. Определить и проанализировать особенности интегративных индивидуально-психологических механизмов виктимизации (экзистенциальные ресурсы, субъективация личности) и ресурсных возможностей личности (параметры приспособительного поведения, состояние мотивационной сферы,

переживание субъективного благополучия) больных параноидной шизофренией.

4. Оценить взаимосвязь виктимности с уровнем самостигматизации больных шизофренией.

5. Разработать структурно-динамическую модель прогноза виктимизации стигматизационно-дефицитарной личности больных параноидной шизофренией на основании оценки факторов личностного потенциала.

6. Разработать систему девиктимизации и субъективного личностного восстановления больных параноидной шизофренией и оценить ее эффективность.

Объект исследования: подверженная виктимогенному воздействию личность больных параноидной шизофренией.

Предмет исследования: механизмы виктимогенеза негативной симптоматики больных параноидной шизофренией, система их диагностики, психотерапии.

Научная новизна исследования. На основе комплексного клинико-психопатологического и психодиагностического исследования были получены новые данные о структурно-феноменологических особенностях виктимизации различной степени выраженности у больных параноидной шизофренией. Была изучена динамическая взаимосвязь негативных психопатологических симптомов с выраженностью виктимизации, были выделены и проанализированы особенности интегративных индивидуально-психологических механизмов (экзистенциальные ресурсы, субъективация) виктимогенеза, было оценено влияние ресурсных возможностей личности на уровень виктимизации больных параноидной шизофренией. Разработан комплекс мер, направленный на девиктимизацию и субъективное личностное восстановление больных параноидной шизофренией и доказана его эффективность

Теоретическая и практическая значимость работы. Представлена теоретическая оценка структурно-динамических особенностей, механизмов формирования виктимизации у больных шизофренией. Полученные данные о структурно-феноменологических особенностях виктимизации и механизмах ее влияния на развитие вторичной негативной симптоматики положены в основу теоретического обоснования системы девиктимизации и субъективного личностного восстановления пациентов с шизофренией.

Предложена нейросетевая модель, позволяющая на основе наиболее значимых входных признаков прогнозировать уровень виктимизации.

Практическое использование данной модели позволяет выявлять пациентов с высоким риском развития виктимо-стигматизационного дефицита личности.

Разработан психотерапевтический комплекс, направленный на преодоление основных феноменов виктимизации и субъективное личностное восстановление больных шизофренией, который может быть рекомендован в комплексе мероприятий психо-социальной реабилитации в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, что будет способствовать интеграции больных в сообщество, их адаптации к требованиям социального окружения, расширению их полномочий и, соответственно, уменьшит вероятность рецидивов и прогрессирования заболевания.

Методология и методы исследования. При проведении работы использовались методы: клинический, психодиагностический и метод статистического анализа.

Положения, выносимые на защиту:

1. Виктимизация больного шизофренией - это процесс превращения личности в жертву дефицитарности механизма социализации. Основой процесса виктимизации является социально-психологический механизм изменения степени виктимности личности вследствие взаимодействия внешних и внутренних факторов.

2. По мере нарастания степени выраженности виктимизации личность больных шизофренией характеризуется прогрессирующей утратой собственной субъектности, способности к свободной активности, выражению и отстаиванию своей жизненной позиции, что сопровождается превращением в объект манипуляций в навязанной роли жертвы.

3. Подверженная виктимогенному воздействию личность больного шизофренией является жертвой социализационного дефекта социально-личностной компетентности, формирующейся в результате процесса стигматизации (аутостигматизации). При этом основными ее характеристиками являются отчужденность, социальная уязвимость и психологическая беспомощность в решении проблем.

4. Виктимизация может рассматриваться как социально-личностный механизм трансформации психической деятельности больных шизофренией, усугубляющий негативную симптоматику заболевания и способствующий формированию социально-дефицитарной личности.

5. Процесс виктимизации существенным образом влияет на ресурсные возможности личности больных шизофренией, что находит отражение в доминировании неконструктивных копинг-стратегий, деформации мотивации к

достижениям, развитии чувства субъективного неблагополучия как в самовосприятии, так и в области межличностных отношений.

6. Своевременные, персонифицированные и интегративные программы девиктимизации и субъективного личностного восстановления больных параноидной шизофренией снижают вероятность быстрого рецидива, улучшают клинический и социальный прогноз пациента.

Степень достоверности и апробация результатов. Достоверность результатов, изложенных в диссертационной работе, обусловлена достаточным объемом репрезентативного клинического и медико-статистического материала, использованием современных средств и методов исследований в соответствии с поставленными задачами, выбором адекватных методов статистического анализа полученных данных. Положения, изложенные в диссертации, базируются на полученных данных и соответствуют материалу, представленному в публикациях.

По итогам проверки первичной документации (акт проверки первичной документации от 22 декабря 2020 года) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследования результаты являются достоверными.

Апробация результатов исследований. Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на следующих научных форумах: 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.), III международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2019г.).

Апробация работы состоялась 21.12.2020 на совместном заседании кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии и кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, протокол № от 23.12.2020г.

Личный вклад соискателя. Диссертация является самостоятельным научным трудом соискателя. Автор при участии научного руководителя определил цель и задачи исследования, провел патентно-информационный

поиск, аналитический обзор литературы, самостоятельно провел клиническое и психопатологическое обследование пациентов, страдающих шизофренией с различной длительностью заболевания. Проведена статистическая обработка полученных результатов, разработан и внедрен комплекс девиктимизационных мероприятий, оценена его эффективность. Описаны результаты исследования, сформулированы частные и общие выводы исследований. Диссертантом не использованы идеи и результаты исследований соавторов публикаций.

Внедрение в практику. Результаты исследований внедрены в деятельность кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии и кафедры психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, КЛПУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» г. Донецк, КЛПУ «Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр», психиатрической больницы №1 г. Макеевки.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 26 научных работ, из них 12 статей в научных изданиях, 8 из которых в изданиях, рекомендованных ВАК ДНР, 14 тезисов.

Структура диссертации. Диссертационная работа изложена русским языком на 245 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, 5 разделов собственных исследований, анализа и обобщения результатов исследований, выводов, списка литературы. Работа иллюстрирована 30 таблицами на 35 страницах и 12 рисунками на 12 страницах. Список использованной литературы содержит 172 научных публикаций, из них 98 изложены кириллицей, 74 – латиницей, и занимает 15 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследований

Было обследовано 180 больных параноидной шизофренией, находящихся на стационарном лечении в РКПБ г. Донецка. Обследованные больные были разделены на две группы. В основную группу вошли 110 виктимизированных больных параноидной шизофренией (4 – 15 баллов по опроснику оценки степени виктимизации), которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии непосредственно после купирования продуктивной симптоматики. В зависимости от уровня виктимности исследуемые основной группы были разделены на 3 группы: группа 1- с легкой степенью виктимизации (4 – 7 баллов) – 30 чел. (27,3%); группа 2 - умеренной степенью

виктимизации (8 – 11 баллов) – 45 чел. (40,9%); группа 3 – с тяжелой степенью виктимизации (12 – 15 баллов) – 35 чел. (31,8%). Группа сравнения - 70 невиктимизированных (0 – 3 балла по опроснику оценки степени виктимизации) больных параноидной шизофренией с сопоставимыми социодемографическими характеристиками.

Критерии включения пациентов в исследование: диагноз параноидной шизофрении, установленный в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10й пересмотр) (МКБ-10), длительность заболевания до 10 лет, информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании, иной, нежели параноидная шизофрения, диагноз, установленный в соответствии с МКБ-10.

Все обследованные больные получали медикаментозное лечение с использованием атипичных антипсихотиков (рисполепт 2-6 мг в сутки, зипрекса 5-10 мг в сутки, солиан 200-600 мг в сутки, азалептин 50-150 мг в сутки) или депо-нейролептиков (клопиксол-депо или флюанксол-депо 2 мл 1 раз в 2 нед.). Интенсивность назначений сочеталась с принципом минимальной достаточности доз и преимущественным использованием одного антипсихотического препарата в течение всего периода терапии.

Для оценки эффективности системы девиктимизации виктимизированные больные параноидной шизофренией были разделены на две группы. Медицинская помощь пациентам основной группы (58 чел.) включала методы биологического и психотерапевтического лечения (система девиктимизации). Группу сравнения (больные, получавшие только биологическое лечение) составили 52 пациента.

Основные методы исследования: клинический метод заключался в оценке клинико-социальных характеристик больных, включенных в исследование, с помощью «Унифицированной карты обследования больного шизофренией». Клинико-психопатологический метод основывался на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию больных и включал традиционный опрос, анализ психического статуса пациента, а также изучение динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения. Для стандартизированной оценки структуры и выраженности негативной психопатологической симптоматики шизофрении была использована клиническая рейтинговая Шкала оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS, N.C. Andreasen, 1982).

Психодиагностическое исследование включало оценку степени виктимизации, стигматизации и составляющих личностного потенциала больных шизофренией. Для оценки степени виктимизации использовалось специально разработанное полуструктурированное интервью «Определение степени виктимизации», направленное на исследование влияния внешних и внутренних факторов виктимизации. Для дифференциации процессов виктимизации и стигматизации производилась оценка процесса самостигматизации с помощью Шкалы Интернализированной стигмы психического заболевания ISMI (The Internalized Stigma of Mental Illness scale) (N.B. Lutova и др., 2019). Исследование экзистенциальной исполненности проводилось с помощью шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера (A. Langle и др., 2000). Для исследования субъективации личности больных шизофренией использовались тест смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева (СЖО) (2000), Шкала общей самооценки (M. Jerusalem, R.Schwarzer, 1986; русская версия Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек, 1996) и методика «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд, 1984). Оценка ресурсных возможностей больных параноидной шизофренией производилось путем определения показателей их мотивационной сферы (методика «Диагностика мотивации достижения» А. Мехрабиан, в модификации М.Ш. Магомед-Эминова, 2002), копинг-стратегий (методика «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана, 1990) и субъективного благополучия (шкала субъективного благополучия А. Перуэ-Баду в адаптации М.В. Соколовой, 1996).

Для статистической обработки полученных результатов применялись критерий Фишера, критерий хи-квадрат для сравнения качественных признаков; критерий Крускала-Уоллиса для сравнения количественных признаков, методы множественных сравнений; корреляционный анализ, методы построения и анализа математических моделей множественной линейной и логистической регрессии. Анализ проводили с использованием программы MedStat, лицензионный паспорт на серийный номер MS 000020. Построение и анализ нейросетевых моделей проводились с помощью раздела анализа Neural Networks (SPSS, Statistics v.21).

Результаты

Больные с легкой степенью виктимизации (группа 1) характеризовались дефензивностью (25 чел. – 83,3%), трудностями в установлении (27 чел. – 90,0%) и поддержании (14 чел. – 46,7%) социальных контактов, чувством

отчужденности (28 чел. – 93,3%), собственной несостоятельности (15 чел. – 50,0%), беспомощности (18 чел. – 60,0%).

Таблица 1- Сравнительный анализ показателей самостигматизации в группах больных с разной степенью виктимизации

Показатели самостигматизации	Усредненный показатель выраженности самостигматизации			
	Основная группа			Группа сравнения
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	
Отчуждение	14,8±0,9 (95%ДИ: 13-16,6)	13,4±0,7 (95%ДИ: 12,1-14,8)	13,8±0,8 (95%ДИ: 12,1-15,5)	12,9±0,4 (95%ДИ: 12,1-13,7)
Принятие стереотипов	14,9±0,8 (95%ДИ: 13,3-16,4)	14,6±0,6 (95%ДИ: 13,3-15,9)	15,0±0,8 (95%ДИ: 13,4-16,7)	14,8±0,4 (95%ДИ: 14,0-15,6)
Опыт дискриминации	11,2±0,5 (95%ДИ: 10,1-12,2)	10,7±0,5 (95%ДИ: 9,7-11,8)	10,8±0,6 (95%ДИ: 9,6-12,1)	10,5±0,3 (95%ДИ: 9,8-11,1)
Социальная самоизоляция	13,3±0,8 (95%ДИ: 11,6-15,0)	12,9±0,6 (95%ДИ: 11,7-14,0)	13,1±0,7 (95%ДИ: 11,7-14,5)	13,3±0,3 (95%ДИ: 12,6-13,9)
Соппротивление стигме	12,6±0,5 (95%ДИ: 11,6-13,5) 2,3	11,5±0,5 (95%ДИ: 10,5-12,5) 2,4	10,6±0,6 (95%ДИ: 9,4-11,8) 1,3,4	12,0±0,2 (95%ДИ: 11,5-12,4) ¹
Общий уровень самостигматизации	2,2±0,1 (95%ДИ: 2,0-2,3)	2,2±0,1 (95%ДИ: 2,0-2,3)	2,2±0,1 (95%ДИ: 2,0-2,3)	2,1±0,01 (95%ДИ: 2,0-2,2)

Примечание: 1 – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с группой сравнения ($p < 0,05$);

2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 ($p < 0,05$);

3 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 ($p < 0,05$);

4 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 ($p < 0,05$).

Пациенты с умеренной степенью виктимизации (группа 2) принимали роль жертвы с более выраженным уходом от решения социальных проблем (36 чел. – 80,0%), социальным инфантилизмом (22 чел. – 48,9%), необоснованной требовательностью к близким (24 чел. – 53,3%).

Описанные выше проявления имели место у пациентов с тяжелой степенью виктимизации (группа 3). Помимо этого, они характеризовались зависимостью от окружающих с отказом от принятия решений (33 чел. – 94,3%), стереотипией поведенческих паттернов (29 чел. – 82,9%), убежденностью в собственной бесперспективности (34 чел. – 97,1%).

Исследование взаимосвязи процесса самостигматизации с формированием виктимности представлено в таблице 1.

Виктимизированные пациенты характеризовались высокой степенью принятия социальных стереотипов (группа группа 1 - $14,9 \pm 0,8$, группа 2 - $14,6 \pm 0,6$, группа 3 - $15,0 \pm 0,8$). По мере нарастания виктимизации снижалось сопротивление стигме ($12,6 \pm 0,5$, $11,5 \pm 0,5$, $10,6 \pm 0,6$ соответственно) ($p < 0,05$).

При исследовании структуры негативной симптоматики (табл. 2) было зафиксировано усугубление негативной симптоматики при нарастании степени виктимизации в сфере эмоциональной выразительности ($17,0 \pm 1,0$), речевых нарушений ($12,2 \pm 0,7$) и ангедонии-асоциальности ($11,8 \pm 0,7$) ($p < 0,05$).

По сумме баллов глобальных оценок ($10,1 \pm 0,7$ и $12,7 \pm 0,5$ баллов) и по общей сумме баллов ($46,9 \pm 3,2$ и $53,7 \pm 2,8$) умеренно и тяжело виктимизированные больные характеризовались большей выраженностью негативных симптомов ($p < 0,05$).

Экзистенциальная исполненность у пациентов основной группы определялась снижением показателя самодистанцирования в группах со средним ($22,9 \pm 1,7$) и высоким ($22,1 \pm 0,9$) уровнями виктимизации, снижением показателя ответственности ($41,9 \pm 1,7$, $41,6 \pm 2,1$, $40,5 \pm 2,0$ в группах 1, 2 и 3 соответственно) ($p < 0,05$). Степень виктимизации отрицательно ($p < 0,05$) коррелировала со всеми показателями экзистенциальной исполненности.

Степень нарастания виктимизированности обследованных пациентов отрицательно коррелировала с показателями интернальности в области межличностных ($r = -0,35$) и семейных отношений ($r = -0,36$), в сфере здоровья и болезни ($r = -0,38$), с общим показателем интернальности ($r = -0,31$) ($p < 0,05$).

Было обнаружено снижение общего показателя смысложизненных ориентаций у всех обследованных больных ($p < 0,05$). По мере развития процесса виктимизации отмечалось снижение показателя локуса контроля Я ($p < 0,05$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между показателями

виктимности и целей в жизни ($r=-0,364$), локуса контроля - жизнь ($r=-0,596$), общего показателя смысложизненных ориентаций ($r=-0,488$) ($p<0,05$).

Таблица 2 - Структура и выраженность негативных симптомов у больных параноидной шизофренией с разной степенью виктимизации ($M\pm m$ (95%ДИ))

Симптомы	Усредненный показатель выраженности симптомов (SANS)			
	Основные группы			Группа сравнения
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	
Аффективное уплощение	9,4±1,4 (95%ДИ: 6,5-12,4)	11,3±1,3 (95%ДИ: 7,0-12,3)	17,0±1,0 (95%ДИ: 15,0-19,1) ^{1,3}	8,7±0,8 (95%ДИ: 7,2-10,2)
Алогия (бедность речевой продукции)	5,8±0,5 (95%ДИ: 4,7-6,9)	10,7±0,6 (95%ДИ: 9,7-12,3) ¹	12,2±0,7 (95%ДИ: 9,0-13,8) ^{1,3}	2,7±0,4 (95%ДИ: 2,0-3,5) ¹
Абулия-апатия	4,5±0,6 (95%ДИ: 3,2-5,7)	7,0±0,6 (95%ДИ: 5,8-8,2)	8,1±0,6 (95%ДИ: 7,1-9,3)	3,4±0,4 (95%ДИ: 2,4-4,1)
Ангедония-асоциальность	6,6±1 (95%ДИ: 3,4-7,5)	9,2±0,8 (95%ДИ: 7,9-10,1)	11,8±0,7 (95%ДИ: 9,5-12,2) ¹	5,2±0,8 (95%ДИ: 3,6-6,7)
Нарушение внимания	3,1±0,5 (95%ДИ: 2,2-4,1)	6,2±0,5 (95%ДИ: 4,7-7,8)	7,7±0,4 (95%ДИ: 5,5-9,1)	2,0±0,3 (95%ДИ: 1,4-2,7)
<p>Примечание: 1 – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с группой сравнения ($p<0,05$);</p> <p>2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 ($p<0,05$);</p> <p>3 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 ($p<0,05$);</p> <p>4 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 ($p<0,05$).</p>				

Конструктивный вариант копинг-стратегий достоверно реже ($p<0,001$) наблюдался в группе виктимизированных больных ($14,3\pm 1,6\%$) (рис.1). Выявлены отрицательные корреляционные связи ($p<0,05$) всех видов копинга и степени виктимизированности обследованных.

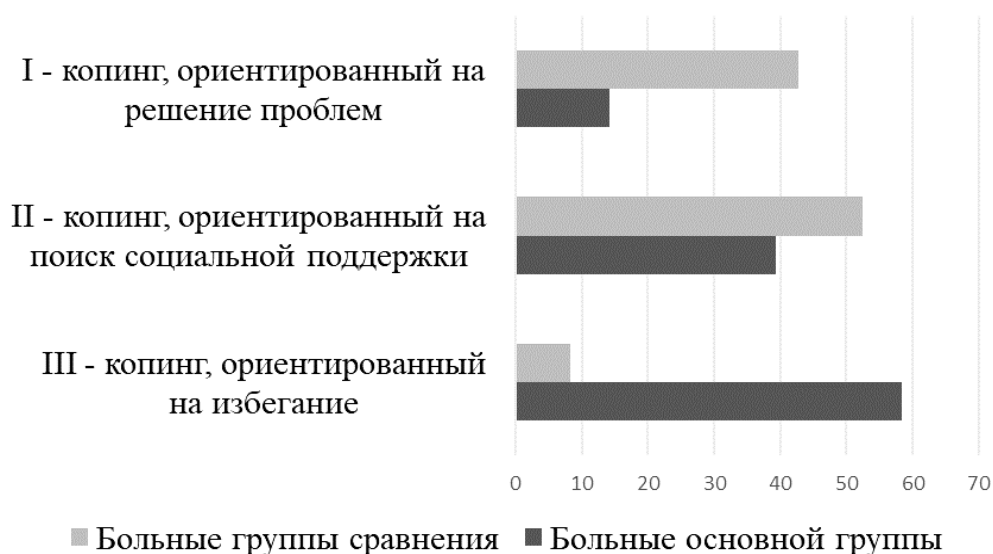


Рисунок 1 - Частота вариантов копинг-поведения в исследованных группах больных шизофренией

Нарастание у пациентов признаков виктимности сопровождалось прогрессирующим падением уровня мотивации к достижениям (в группе 2 – $96,9 \pm 3,3$, в группе 3 – $77,9 \pm 2,2$), ($p < 0,05$). По мере нарастания виктимизации повышались показатели значимости социальных отношений (группа 1 – $8,2 \pm 0,6$, группа 2 – $8,4 \pm 0,8$, группа 3 – $9,0 \pm 0,6$), эмоционального дискомфорта (группа 1 – $8,0 \pm 0,5$, группа 2 – $9,4 \pm 0,7$, группа 3 – $9,6 \pm 0,9$) ($p < 0,05$). Были обнаружены положительные корреляции ($p < 0,05$) выраженности виктимизации и всех показателей субъективного благополучия обследованных больных шизофренией.

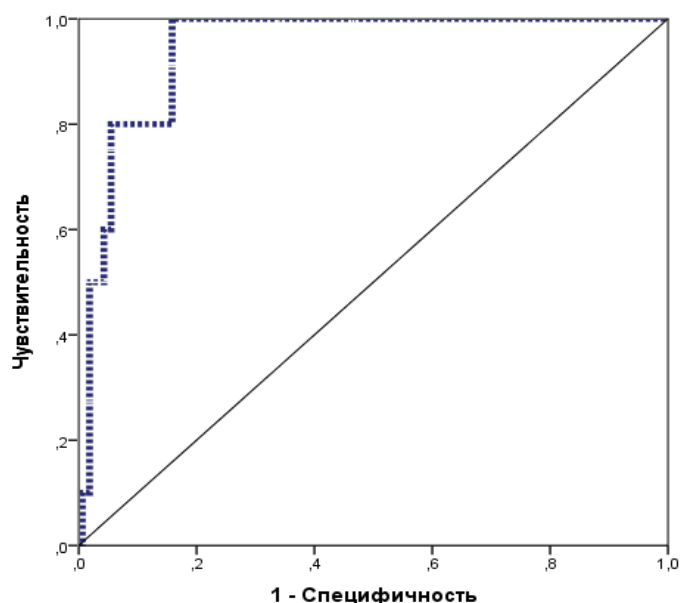


Рисунок 2 - ROC-кривая 3-х факторной модели логистической регрессии прогнозирования риска виктимизации больных параноидной шизофренией

Предложена нейросетевая модель, позволяющая на основе выявленных 3 наиболее значимых входных признаках - самооффективность («Шкала общей самооффективности»), свобода и персональность (шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера) - прогнозировать уровень виктимизации. Площадь под кривой операционных характеристик модели $AUC = 0,945$ соответствует отличному качеству модели (рис.2). Модель обладает чувствительностью $>89,7\%$ (95%ДИ: 85,3% - 93,2%) и специфичностью $>81,6\%$ (95% ДИ: 78,6% - 84,4%).

В основу разработанной системы девиктимизации больных шизофренией был положен интегративный психотерапевтический подход, предполагавший комплексное применение элементов клиент-центрированной, когнитивно-поведенческой и системной семейной психотерапии. В результате девиктимизационных мероприятий увеличилось количество больных с легкой степенью виктимизации (37 (63,8%)), уменьшился удельный вес пациентов с умеренной (31,0%) и тяжелой (5,2%) степенью виктимности ($p < 0,05$). Отмечалось снижение выраженности негативных симптомов с преобладанием их количественной оценки до 30 баллов (36 пациентов – 62,1%), уменьшение выраженности негативной симптоматики по общей сумме баллов ($26,3 \pm 3,4$) и отдельных дефицитарных симптомов: аффективной уплощенности ($7,4 \pm 1,6$), алогии ($4,2 \pm 0,9$), абулии-апатии ($3,6 \pm 0,2$), ангедонии-асоциальности ($4,2 \pm 0,7$) ($p < 0,05$). После девиктимизационных мероприятий больными чаще стал использоваться копинг, ориентированный на решение проблем (в $53,6 \pm 4,8\%$ случаев), практически не наблюдался эскапизм ($7,6 \pm 3,1\%$).

ВЫВОДЫ

1. В диссертационном исследовании представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи современной психиатрии – изучение виктимологических оснований и механизмов формирования стигматизационно-дефицитарной деформации личности больных шизофренией. Разработана и доказана эффективность системы психотерапевтической коррекции и субъективно-личностного восстановления виктимизированных больных на основании комплексного исследования личностного потенциала и копинг-стратегий.

2. Виктимизация у больных шизофренией, как феномен, отражающий нарастание стигматизационно-дефицитарных проявлений, обусловленных принятием роли жертвы болезни, неблагоприятных жизненных обстоятельств, характеризуется постепенно нарастающим дефицитом личности на уровне самосознания, интрасубъектном, интерсубъектном и интегративном

личностном уровне, способствуя углублению личностной дисфункции, утрате субъектности и потере возможности реализации социально-значимых потребностей. Выявленные статистически достоверные ($p < 0,05$) отрицательные корреляционные связи всех видов копинг-стратегий (копинг, ориентированный на решение проблем, $-r = -0,252$, копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки, $-r = -0,56$, копинг, ориентированный на избегание, $-r = -0,349$) и степени виктимизированности обследованных больных свидетельствуют о низком развитии у них копинг-ресурсов, что является предиктором формирования у них пассивного дезадаптивного приспособительного поведения, дезинтеграции личности и социальной изоляции.

3. Для больных с легкой степенью виктимизации характерны нерезко выраженное снижение показателя экзистенциальной исполненности ($167,1 \pm 6,7$), жизненного смысла ($41,9 \pm 1,7$), персональности ($87,7 \pm 3,6$) с нарастающими вследствие этого отчужденностью и нерешительностью. Показатели личностной субъективации свидетельствуют об относительно сохранных интернальности ($4,7 \pm 0,3$), самоэффективности, уверенности в своих способностях и в успехе собственных действий. Сохранность жизненных целей ($62,2 \pm 4,4$) в сочетании со сниженным общим показателем смысло-жизненных ориентаций ($66,2 \pm 5,6$) свидетельствуют об *отсутствии* у данной группы больных реальной опоры в настоящем и личной ответственности.

Умеренная и тяжелая степень виктимности характеризуются прогрессирующим истощением экзистенциальных личностных ресурсов ($159,2 \pm 5,6$ и $159,0 \pm 6,3$), снижением уровня субъективного контроля до степени формирования личности экстернального типа с субъективной утратой способности влиять на происходящие события, потерей смысло-жизненных ориентаций ($57,8 \pm 6,1$ и $48,7 \pm 3,9$), снижением самоэффективности ($\chi^2 = 8,04$, $p < 0,05$) с пессимистичными мыслями о собственных достижениях, меньшей мотивированностью к активным действиям, значительными трудностями в принятии решений, что клинически находило отражение в нарастании эмоциональной уплощенности, алогии и асоциальности. У таких больных доминирует чувство субъективного неблагополучия как в самовосприятии ($9,4 \pm 0,7$ и $9,6 \pm 0,9$), так и в области межличностных отношений ($8,4 \pm 0,8$ и $9,0 \pm 0,6$), снижена мотивация к достижениям ($96,9 \pm 3,3$ и $77,9 \pm 2,2$).

4. Виктимность детерминирована стигматизированно-организованной личностью, однако процесс виктимизации невозможен без участия системы психологических механизмов, формирующих виктимную структуру личности больного и виктимную мотивацию его поведения. Исследование взаимосвязи

процесса самостигматизации с формированием виктимности показало, что виктимизированные пациенты характеризовались высокой степенью готовности принятия социальных стереотипов и предубеждений ($14,9 \pm 0,8$, $14,6 \pm 0,6$, $15,0 \pm 0,8$ у пациентов с легкой, умеренной и тяжелой виктимностью). По мере нарастания степени виктимности имело место прогрессирующее статистически достоверное ($p < 0,05$), снижение сопротивления стигме ($11,5 \pm 0,5$ и $10,6 \pm 0,6$ у больных с умеренной и тяжелой степенью виктимизации).

5. По мере нарастания длительности заболевания и степени виктимизации у больных шизофренией наблюдалось статистически достоверное ($p < 0,05$) повышение выраженности дефицитарной симптоматики (показатель корреляции виктимности и общей выраженности негативных симптомов – $0,378$), повышение уровня готовности принятия статуса стигматизированной личности ($14,9 \pm 0,8$, $14,6 \pm 0,6$, $15,0 \pm 0,8$ у пациентов с легкой, умеренной и тяжелой виктимностью), снижение сопротивления стигме (от $12,6 \pm 0,5$ до $10,6 \pm 0,6$ у больных с легкой и тяжелой степенью виктимизации соответственно). При этом установлено феноменологическое сходство структуры дефицитарного симптомокомплекса с проявлениями виктимизационной самоидентификации больных шизофренией. Аффективное уплощение, алогия, сужение круга интересов, потеря мотивации и социальное избегание коррелировали ($p < 0,05$) с такими признаками, как уход от решения проблем, чувство безысходности, отказ от принятия ответственности, отчуждение. Взаимосвязь самостигматизации, виктимизации и дефицитарной симптоматики, их феноменологическая близость позволяют рассматривать эти категории как проявление единого личностно-деформирующего процесса, в значительной мере обусловленного сочетанием травматических обстоятельств жизни с болезнью и самой болезнью.

6. При нарастании степени выраженности виктимизации изменяется конфигурация личностной деформации больных шизофренией: от онтологической неуверенности ($83,3\%$) и нарастающих трудностей в установлении социальных контактов ($90,0\%$) при низкой степени виктимизации до проявлений интегративно-личностной дисфункции с отказом от принятия решений ($94,3\%$), убежденностью в собственной бесперспективности и безнадежности ($97,1\%$) и утратой собственной идентичности при тяжелой степени виктимизации. Характерный стереотип феномена виктимизации проявляется в направлении нарастания деструктивно-личностных особенностей, утраты социально-значимых потребностей и потери личностной идентичности. Разработанная нейросетевая модель позволяет на основе

показателей самоэффективности, свободы и персональности прогнозировать уровень виктимизации в 89,7% случаев (чувствительность модели 95% ДИ: 85,3% - 93,2%, специфичность - 81,6% (95% ДИ: 78,6% - 84,4%).

7. В основу разработанной системы психотерапевтической коррекции виктимизированной стигматизационно-дефицитарной деформации личности у больных шизофренией был положен интегративный психотерапевтический подход, включавший комплексное применение элементов пациент-центрированной, когнитивно-поведенческой и системной семейной психотерапии с использованием групповых и индивидуальных методов психообразования и тренинга социальных навыков. Девиктимизационная направленность комплекса обеспечивалась сочетанным воздействием на целостную ресурсную основу личности, непосредственно затрагивая механизм стигматизационно-дефицитарной деформации личности больных шизофренией. В результате проведенных мероприятий статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличилось количество больных с легкой степенью виктимизации (до 37 (63,8%)) и уменьшился удельный вес пациентов с умеренной (до 31,0%) и тяжелой (до 5,2%) степенью виктимности. Положительная динамика ($p < 0,05$) отмечалась во всех аспектах психического здоровья: показателях экзистенциальной исполненности, самоэффективности, смысложизненных ориентаций, субъективного благополучия, а также показателей выраженности дефицитарных симптомов и ресурсных возможностей личности. У больных из группы сравнения достоверно положительной динамики изучавшихся показателей не выявлено.

Список работ, опубликованных автором по теме диссертации

Публикации в рецензируемых изданиях ВАК Минобрнауки ДНР

1. Бойченко, А. А. Качество жизни больных шизофренией как индикатор виктимогенности госпитальных форм оказания психиатрической помощи [Текст] / А. А. Бойченко // Университетская клиника. – 2017. – Т.1, № 3 (24). – С. 25 – 29. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

2. Бойченко, А. А. Программа девиктимизации лиц, страдающих параноидной шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2018. - № 4 (44). – С. 74 – 81. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

3. Бойченко, А. А. Особенности ресурсных возможностей личности виктимизированных больных параноидной шизофренией [Текст] / А. А.

Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. - № 1 (45). – С. 49 – 54. *Диссертант выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

4. Бойченко, А. А. Особенности методов психотерапии в структуре программы девиктимизации больных с параноидной шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. - № 2 (46). – С. 41 – 48. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

5. Бойченко, А. А. Методологический анализ феномена виктимизации больных параноидной шизофренией через философские категории «сущность» и «явление» [Текст] / А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. - № 3 (47). – С. 86 – 95. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

6. Бойченко, А. А. Особенности показателей самостигматизации у виктимизированных пациентов, страдающих параноидной шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. - № 1 (49). – С. 50 – 56. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

7. Бойченко, А. А. Виктимогенный подход к оценке вторичной негативной симптоматики больных параноидной шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. - № 2 (50). – С. 48-57. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

8. Бойченко, А. А. Техники когнитивно-поведенческой психотерапии в рамках программы девиктимизации больных параноидной шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. - № 3 (51). – С. 55-60. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

Публикации в нерецензируемых изданиях ДНР

9. Бойченко, А. А. Методологические подходы к оценке механизмов виктимизации больных шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. - № 2 (36). – С. 62 – 72. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

10. Бойченко, А. А. Роль семьи в формировании виктимности больных шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской

психологии. – 2017. - № 1 (37). – С. 76 – 81. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

11. Бойченко, А. А. Экзистенциальная исполненность как внутренний фактор виктимизации больных шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. - № 2 (38). – С. 30 – 35. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил статью в печать.*

12. Бойченко, А. А. Особенности экзистенции у больных шизофренией с различной длительностью заболевания [Текст] / А. А. Бойченко, А. А. Страхова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2017. - № 3 (39). – С. 80 - 81. *Соискатель выполнил обработку данных, написание материалов и методов, подготовил тезисы в печать.*

13. Бойченко, А. А. Нарушения субъективации больных шизофренией как результат виктимогенного процесса [Текст] / А.А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2018. - № 1 (41). – С. 52 – 58. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил тезисы в печать.*

14. Бойченко, А.А. Структура смысложизненных ориентаций личности больных шизофренией с разной степенью виктимизации [Текст] / А.А. Бойченко // Материалы 80-го Медицинского Конгресса молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины». – 2018. – С. 355 – 356. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил тезисы в печать.*

15. Бойченко, А.А. Возможность психотерапевтической помощи виктимизированным больным шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Материалы международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь». – 2018. – С. 33. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил тезисы в печать.*

16. Бойченко, А.А. Оценка эффективности программы девиктимизации больных параноидной шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко // Материалы международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь». – 2019. – С. 67. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил тезисы в печать.*

17. Взаимосвязь виктимности с уровнем самостигматизации больных параноидной шизофренией [Текст] / А. А. Бойченко, Т. Л. Ряполова, С. Р. Коваленко, О. А. Лубенская // Материалы Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», 12-13 ноября 2020 г. – Донецк,

2020. - С. 46-47. *Диссертант выполнил анализ материала исследования, формулирование задач и выводов исследования, подготовил тезисы в печать.*

18. Особенности самосознания больных параноидной шизофренией с различной выраженностью негативных симптомов [Текст] / О. А. Лубенская, В. Ал. Абрамов, А. А. Бойченко, Е. О. Трошина // Материалы Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», 12-13 ноября 2020 г. – Донецк, 2020. – С. 303-304. *Диссертант выполнил набор и анализ первичного материала, принимал участие в формировании выводов исследования, подготовил тезисы в печать.*

19. Абрамов В. Ал. Особенности копинг-стратегий у больных шизофренией с различной выраженностью самостигмы [Текст] / В. Ал. Абрамов, А. А. Бойченко, С. Р. Коваленко // Материалы II Международной научно-практической online-конференции, посвященной 90-летию ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО «Инновационные перспективы медицины Донбасса» в рамках VI Международного научного форума ДНР «Инновационные перспективы Донбасса: инфраструктурное и социально-экономическое развитие, 27 мая 2020 г. – Донецк, 2020. – С. 44-45. *Соискатель выполнил анализ данных, написание актуальности и выводов, подготовил тезисы в печать.*

Публикации в зарубежных научных изданиях

20. Антистигматизационные подходы к оказанию психиатрической помощи [Текст] / В. Ан. Абрамов, Г. Г. Путятин, О. К. Малтапар, М. А. Шелестова, В. Ал. Абрамов, А. А. Бойченко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2013. - № 1 (32). – С. 88 – 95. *Диссертант выполнил набор и анализ первичного материала, принимал участие в формировании выводов исследования.*

21. Ряполова, Т. Л. Методические подходы к оценке функциональных результатов и эффективности ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией [Текст] / Т. Л. Ряполова, А. А. Бойченко // Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания». – С.-Петербург: Альта Астра, 2016. – С. 279-280. *Автор осуществил первичную обработку материала, принимал участие в формировании выводов исследования.*

22. Абрамов В. А. Социально-психологическая характеристика виктимогенно-стигматизированной личности больных шизофренией [Текст] / В. А. Абрамов, А. В. Абрамов, А. А. Бойченко // Актуальные проблемы

психиатрии и психотерапии: материалы научно-практической конференции с международным участием. – Тула: Изд-во ТулГУ, 2016. - С. 10-14. *Соискатель выполнил обработку данных, написание материалов и методов, подготовил тезисы в печать.*

23. Абрамов, В. А. К вопросу об отчуждении больных шизофренией [Текст] / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. А. Бойченко // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск V. Под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. – СПб.: Издательство «24 линия» – 2018. – С. 208-210. *Диссертант выполнил анализ данных, подготовил тезисы.*

24. Бойченко, А. А. К вопросу о виктимизации больных шизофренией в контексте их психосоциальной реабилитации [Текст] / А. А. Бойченко // Вторые корниловские чтения. Психосоциальная реабилитация: новые вызовы – новые технологии: сборник тезисов Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти проф. А.А. Корнилова, 12 апреля 2018 г. – Кемерово, 2018. – С. 31-32. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил тезисы в печать.*

25. Бойченко, А. А. Дисфункциональность смысло-жизненной исполненности как фактор внутренней виктимизации больных шизофренией и способы ее коррекции [Текст] / А. А. Бойченко // 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 г., - Санкт-Петербург. 2018. – С. 41-43. *Соискатель выполнил анализ данных, написание всех разделов, направил тезисы в печать.*

26. Ряполова, Т. Л. Феноменологическая структура стигматизирующих переживаний больных с аффективной патологией / Т. Л. Ряполова, Н. В. Титухин, А. А. Бойченко // Status praesens психиатрии. Междисциплинарный консилиум: сборник материалов Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 28-29 ноября 2019 г., Санкт-Петербург. СПб.: Альта Астра, 2018. – С. 115-117. *Соискатель выполнил анализ данных, написание актуальности и выводов, подготовил тезисы в печать.*

Бойченко Алексей Александрович. Особенности и механизмы виктимизации больных параноидной шизофренией. Рукопись. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 14.01.06 – психиатрия. ГОУ ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО». Донецк, 2021.

Целью работы является комплексное исследование особенностей и механизмов формирования виктимности больных параноидной шизофренией и разработка системы девиктимизации и субъективного личностного восстановления данного контингента больных. Для реализации поставленной цели была разработана методика оценки внешних и внутренних факторов риска развития виктимизации. Получены данные о взаимосвязи виктимности, негативной симптоматики и самостигматизации. Выделены основные показатели личностного потенциала (экзистенциальная исполненность, субъективный контроль, смысложизненные ориентации) и ресурсных возможностей личности (копинг-стратегии, мотивационная готовность и субъективное благополучие), способствующие становлению виктимизированной стигматизационно-дефицитарной личности.

Разработанная автором система психотерапевтической коррекции виктимо-дефицитарной личности больных шизофренией включала комплексное применение элементов пациент-центрированной, когнитивно-поведенческой и системной семейной психотерапии. Эффективность предложенной системы доказана статистически достоверной положительной динамикой по всем исследованным аспектам психического здоровья.

Boychenko Alexey Alexandrovich. Features and mechanisms of victimization of patients with paranoid schizophrenia. Manuscript. The dissertation for the degree of candidate of medical sciences. 01.14.06 - psychiatry. State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university». Donetsk, 2021.

The aim of the work is a comprehensive study of the characteristics and mechanisms of the formation of victimization in patients with paranoid schizophrenia and the development of a system of devictimization and subjective personal recovery. A methodology for assessing external and internal risk factors for the development of victimization was developed. Were obtained data on the relationship of victimization, negative symptoms and self-stigmatization, main indicators of personal potential and resource capabilities of the individual that contribute to the formation of a victimized stigmatized-deficient personality. The system of psychotherapeutic correction of the

victim-deficient personality of schizophrenic patients developed by the author included a complex application of elements of patient-centered, cognitive-behavioral and systemic family psychotherapy using group and individual methods of psychoeducation and training of social skills. The effectiveness of the system of psychotherapeutic correction of the victim-deficient personality of schizophrenic patients has been proven statistically by a positive dynamics in all aspects of mental health.