

**Психология и Психотехника***Правильная ссылка на статью:*

Ситникова Э.О., Султанова А.Н., Зинина А.И., Букин А.В., Шестакова Е.С. Личностные аспекты реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной аддиктивной патологией в условиях психиатрической больницы специализированного типа // Психология и Психотехника. 2025. № 3. DOI: 10.7256/2454-0722.2025.3.75589 EDN: VBNLZ URL: [https://nbpublish.com/library\\_read\\_article.php?id=75589](https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=75589)

## **Личностные аспекты реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной аддиктивной патологией в условиях психиатрической больницы специализированного типа**

**Ситникова Элина Олеговна**

ORCID: 0000-0002-9969-8677

независимый исследователь

630541, Россия, Новосибирская обл., Новосибирский р-н, поселок Элитный, ул. Николая Казарина, д. 2



✉ sitnikova-elina@yandex.ru

**Султанова Аклима Накиповна**

ORCID: 0000-0001-6420-6591

доктор медицинских наук

профессор; кафедра Психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии;  
Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Образования  
"Новосибирский государственный медицинский университет" Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации



630091, Россия, Новосибирская обл., г. Новосибирск, Центральный р-н, Красный пр-кт, д. 52

✉ sultanova.aklima@yandex.ru

**Зинина Алла Ивановна**

кандидат медицинских наук

Главный врач; Федеральное казенное учреждение «Новосибирская психиатрическая больница  
(стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

630040, Россия, Новосибирская обл., г. Новосибирск, Заельцовский р-н, ул. Охотская, д. 90



✉ npbstin@mail.ru

**Букин Андрей Викторович**

Заведующий отделением; Федеральное казенное учреждение «Новосибирская психиатрическая  
больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

630040, Россия, Новосибирская обл., г. Новосибирск, Заельцовский р-н, ул. Охотская, д. 90

✉ bukin@mail.ru



**Шестакова Елена Сергеевна**

ORCID: 0000-0002-1251-3028

Клинический психолог; Научно-практический центр психического здоровья им. Ц.П. Короленко

644116, Россия, Омская обл., г. Омск, Центральный округ, ул. Герцена, д. 250 к. 1

✉ beautifulpinkfridge@gmail.com



[Статья из рубрики "Клиническая психология"](#)

**DOI:**

10.7256/2454-0722.2025.3.75589

**EDN:**

VBNPLZ

**Дата направления статьи в редакцию:**

20-08-2025

**Аннотация:** Настоящее исследование посвящено определению возможностей психологической реабилитации в контексте личностной сферы пациентов с установленным расстройством шизофренического спектра (РШС) и коморбидной аддиктивной патологией в психиатрической больнице специализированного типа. Объектом исследования выступили лица, страдающие от РШС и коморбидной аддикции, в процессе психологической реабилитации в условиях психиатрической больницы специализированного типа. Предметом исследования выступили личностные особенности пациентов с РШС и коморбидной аддиктивной патологией. Гипотеза исследования состояла в том, что значимо измененные в процессе психологической реабилитации пациентов с РШС и коморбидной аддикцией параметры (негативные симптомы и когнитивные способности) будут ассоциироваться с личностными характеристиками пациентов, предопределяя возможность их коррекции при продолжительном многоаспектном и системном реабилитационном процессе. Были использованы следующие психодиагностические методики: «Монреальская когнитивная шкала», «Шкала краткой оценки негативных симптомов (BNSS)», «Способы совладающего поведения», «Индекс жизненного стиля», «Временная перспектива», «Мотивы употребления наркотиков». Математико-статистический анализ осуществлялся с помощью теста Уилкоксона для парных наблюдений и ранговой корреляции Спирмена. Новизна исследования заключается в определении тех личностных конструктов, на коррекцию которых можно рассчитывать в реабилитационном процессе указанного контингента пациентов при групповой работе с традиционными мишенями – негативными симптомами и когнитивными навыками. В процессе психологической реабилитации была обнаружена динамика по интегральному показателю негативных симптомов ( $p=0,01$ ), притупленному аффекту ( $p=0,04$ ), ангедонии ( $p=0,04$ ), социальной отчужденности ( $p=0,03$ ); а также в когнитивных навыках ( $p=0,03$ ). Корреляционный анализ позволил установить предположительно скрытый реабилитационный потенциал в следующих

направлениях: механизмы психологической защиты, копинг-стратегии, мотивация употребления ПАВ и временная перспектива. Перспектива работы направлена на подтверждение выявленных взаимосвязей на практическом опыте в условиях продолжительной, систематической и многоаспектной психологической реабилитации. Эффективная психологическая коррекция личностных особенностей коморбидных пациентов предупредит вероятность регоспитализаций и повторных правонарушений.

### **Ключевые слова:**

коморбидность, аддикция, шизофренический спектр, психологическая реабилитация, личностная сфера, совладающее поведение, когнитивные навыки, негативные симптомы, специализированный тип, групповые тренинги

### **Введение**

Пациенты, получающие лечение в условиях психиатрической больницы специализированного типа, демонстрируют значимые отличия от лиц с аналогичными нозологиями, наблюдающихся в иных медицинских организациях. Эта закономерность в полной мере применима к больным с РШС и сопутствующей аддиктивной патологией. Их специфика проявляется в особенностях социально-демографического профиля, этиопатогенетических механизмах, клинической симптоматике, а также в социально-психологических детерминантах комплаенса. Таким образом, уникальность данной категории пациентов требует дифференцированного подхода не только к психофармакотерапии, но и к психокоррекционным мероприятиям.

Существенные ограничения в лечении и реабилитации обусловлены выраженным апато-абулическим синдромом, высокой степенью агрессивности и психомоторного возбуждения, наличием выраженных позитивных симптомов, а также повышенным суициdalным риском. Подобная клиническая картина диктует необходимость специфического психофармакологического вмешательства, которое, хотя и обеспечивает купирование симптоматики, зачастую создает дополнительные барьеры для установления терапевтического контакта и проведения продуктивной психокоррекционной работы.

Важным фактором, осложняющим реабилитационный процесс, является низкий уровень интеллекта, образования и культурной компетентности пациентов, что может препятствовать адекватному восприятию общезвестных понятий. Выявление подобных когнитивных дефицитов и их дифференциация от проявлений негативной симптоматики, побочных эффектов терапии или уклонения от контакта возможны лишь при условии установления доверительных отношений не только между пациентом и психологом, но и внутри всей группы в ходе тренинговых занятий.

На сегодняшний день в научном сообществе существует консенсус относительно того, что достижение клинически значимых изменений возможно только при комплексном подходе, сочетающем психофармакотерапию и психосоциальные интервенции. Ключевой целью реабилитации являются функциональные улучшения, включающие не только стабилизацию психического состояния, но и снижение риска рецидивов девиантного поведения за счет повышения приверженности лечению. Однако именно комплаенс представляет наибольшую сложность ввиду личностных особенностей пациентов, неблагоприятных условий воспитания и развития, а также ограниченности социальных ресурсов, что препятствует длительной и системной терапии в амбулаторных условиях. Вероятность регоспитализации таких больных существенно превышает шансы на их

успешную социальную адаптацию.

Традиционными мишенями реабилитационного процесса при работе с коморбидными пациентами данной нозологической группы являются негативная симптоматика и когнитивные нарушения. Несмотря на обширное число исследований, посвященных данной проблематике, вопрос о возможностях коррекции личностных характеристик остается недостаточно изученным. Между тем, именно личностные особенности пациентов достоверно коррелируют с уровнем комплаенса и эффективностью постреабилитационной адаптации.

Несмотря на то, что достижение устойчивых личностных изменений требует значительных временных и ресурсных затрат, применение методов корреляционного анализа позволяет выявить значимые ассоциации между динамикой негативных симптомов, когнитивных функций и личностных характеристик даже в рамках краткосрочной (для данной категории пациентов) реабилитации. Полученные данные могут служить основанием для прогнозирования позитивных сдвигов в личностной сфере при долгосрочном психосоциальном вмешательстве.

### **Анализ литературных источников**

Метаанализ исследований 1999-2017 гг. демонстрирует следующую статистику распространенности зависимости от ПАВ среди пациентов с РШС – 41,7%, среди которых в качестве аддиктивного агента было выбрано наркотическое вещество в 27,5% случаев, а именно: каннабис (26,2%), алкоголь (24,3%), стимуляторы (7,3%). Для мужчин распространенность злоупотребления ПАВ составила 48%, для женщин – 22,1% среди пациентов с РШС [1].

Структура госпитализации пациентов с коморбидной патологией соответствует модели частых, но кратковременных обращений за различной медицинской помощью. Уникальная особенность данных пациентов – очень высокая вероятность самостоятельного обращения за неотложной помощью. В среднем такие пациенты обращаются в отделение неотложной психиатрической или общей помощи примерно два раза в год. Коморбидные пациенты с меньшей вероятностью принимают формат амбулаторного наблюдения, менее мотивированы к изменению режима приема ПАВ, испытывают трудности с началом лечения, отличаются медленным прогрессом в лечении и с большей вероятностью покидают долгосрочные реабилитационные программы (по сравнению с пациентами, страдающими от расстройств, связанных с употреблением ПАВ, без психотических расстройств) [2].

Проблема рецидивизма преступлений, совершаемых пациентами с РШС и коморбидной аддикцией, остается нерешенной ввиду многоаспектности данного феномена. Исследователи документируют факт низкого социального статуса рассматриваемой категории пациентов [3,4]. Известно так же о более тяжелых психотических симптомах [5]. Такие пациенты моложе на момент первой регистрации психиатрического диагноза и первого эпизода криминальной активности, а также осуждены более, чем за одно преступление [6]. Сочетание конституциональных особенностей протекания патологических процессов, социальных ограничений, последствий совершаемых деликтов, а также личностных характеристик психотических пациентов создает сложную цепочку взаимосвязанных конструктов, влияющих на комплаентность и частоту рецидивизма пациентов.

В отношении взаимосвязи негативных симптомов РШС и коморбидности злоупотребления ПАВ среди исследователей не был достигнут консенсус. Недавний метаанализ сообщает о меньшей выраженности негативных симптомов среди потребителей каннабиса. Подобные результаты могут быть следствием как самолечения, так и склонности пациентов с низкой выраженностью негативных симптомов к употреблению ПАВ. С употреблением каннабиса так же не были связаны дезорганизация и степень тяжести депрессии. Однако уровень возбуждения был выше для пациентов с коморбидной аддикцией [7]. Негативные симптомы так же ассоциируются с выраженной нарушений экспрессии у психотических пациентов [8].

Риск совершения убийства пациентами, страдающими от коморбидной патологии, связан с историей насилия в отношении других, переживанием стрессового события за год до совершения преступления, а также клиническими факторами: тяжелые психотические симптомы, длительная продолжительность нелеченого психоза, низкая степень приверженности лечению. Насилие пациентов с ранней манифестацией антисоциального поведения чаще является незапланированным, адресуется знакомым лицам и не обязательно связано с симптомами шизофрении [9].

Несмотря на большое число практических и теоретических изысканий относительно реабилитационного процесса пациентов с шизофренией, реальное положение дел далеко от желаемого. Приоритетным при процессе реабилитации является функциональный результат, достижение которого возможно исключительно при комплексном подходе, сочетающем фармакотерапию и психосоциальные вмешательства. Доказательными формами реабилитационных вмешательств являются: структурированное психообразование, когнитивно-поведенческая психотерапия, обучение социальным навыкам, когнитивная реабилитация, профессиональное вмешательство, жилищное сопровождение, спортивные занятия. Все вышеперечисленное представляется наиболее эффективным при интегрированном взаимодействии – в формате многокомпонентных программ, которые пока не внедрены в достаточном объеме повсеместно в условиях реальной медицинской помощи [10, 11]. Однако даже введение нестандартных дополнительных мер для работы с коморбидными пациентами могут быть эффективны, например, терапия с участием животных (собак) [12].

Психологическая реабилитация открывает возможность воздействия на множество переменных, одной из которых выступает личностная сфера коморбидных пациентов.

### **Материалы и методы исследований**

Участниками исследования в течение трех месяцев на базе ФКУ НПБСТИН Минздрава России стали пациенты ( $n=16$ ) с РШС и коморбидной аддиктивной патологией. Средний возраст составил  $41,25 \pm 9,34$  лет. Пациенты были распределены на экспериментальную ( $n=8$ ) и контрольную группы ( $n=8$ ).

В качестве методик были использованы: «Монреальская когнитивная шкала», «Шкала краткой оценки негативных симптомов (BNSS)», «Способы совладающего поведения», «Индекс жизненного стиля», «Временная перспектива», «Мотивы употребления наркотиков». Статистический анализ производился с помощью критериев Уилкоксона для парных наблюдений и ранговой корреляции Спирмена.

Реабилитационная программа составлялась с учетом особенностей изучаемой категории пациентов на основе материалов, апробированных для пациентов с шизофренией.

**Критерий включения в группу:** отсутствие выраженных психопродуктивных симптомов, интеллектуального снижения, дефицитарных симптомов и нарушений поведения, наличие подписанного добровольного информированного согласия и установленное РШС и сопутствующая аддиктивная патология.

**Цель реабилитационных мероприятий:** повышение адаптационных возможностей пациентов, страдающих от РШС и коморбидной аддикции, с возможностью перехода на следующий этап реабилитации в условиях общего типа принудительного лечения.

### Задачи:

1. Сформировать мотивацию к реабилитационной работе;
2. Способствовать тренировке когнитивных навыков;
3. Способствовать выработке навыков социального взаимодействия;
4. Компенсировать вторичные негативные симптомы.

Содержание занятий было заимствовано и адаптировано под пациентов НПБСТИН из программы тренинга когнитивных и социальных навыков А.Б. Холмогоровой [13], методики для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации Н.Д. Семеновой [14], методических рекомендации по тренингу развития коммуникативных навыков для больных, страдающих шизофренией [15], метакогнитивного тренинга для пациентов с РШС [16], а также расширено с помощью иных форм реабилитационных мероприятий.

### Результаты

При оценке динамики эмоционально-волевой и когнитивной сфер были обнаружены значимые изменения в конструктах негативных симптомов и когнитивных навыках (таблица 1).

Таблица 1

#### Динамика негативных симптомов и когнитивных навыков пациентов, страдающих от РШС и коморбидной аддиктивной патологии, в процессе психологической реабилитации

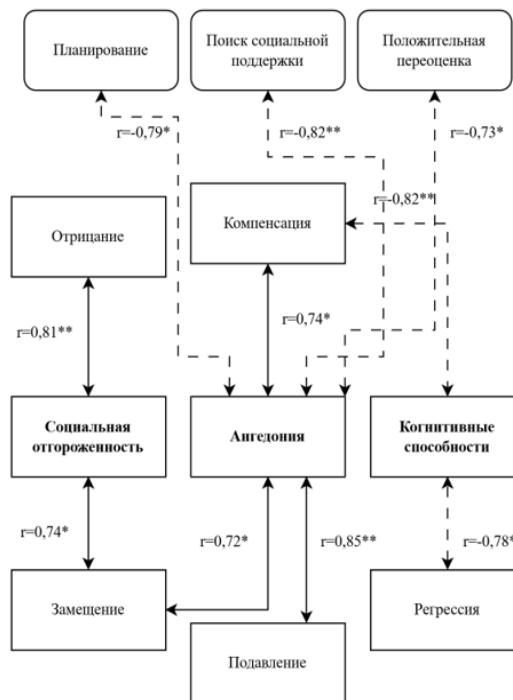
Шкалы	Контрольная группа			Экспериментальная группа			P
	До (n=8)	ПР (n=8)		До (n=8)	ПР (n=8)		
	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		
АГ	11,50±3,21	11,50±3,21	1,00	9,88±2,23	9,00±1,77	-2,07 <sup>b</sup>	0,04
СО	9,14±1,07	9,14±1,07	1,00	6,88±1,25	6,00±1,20	-2,07 <sup>b</sup>	0,03
ПА	12,88±3,18	13,00±2,98	0,66	8,50±3,25	7,38±3,02	-2,04 <sup>b</sup>	0,04
СУМ	57,57±7,46	57,00±6,52	0,18	41,00±10,56	36,00±7,80	-2,53 <sup>d</sup>	0,01
МШ	18,88±4,45	18,00±4,41	0,12	22,63±3,96	26,13±2,75	-2,21 <sup>d</sup>	0,03

**Примечание:** ПР – психологическая реабилитация; АГ – ангедония; СО – социальная отгороженность; ПА – притупленный аффект; СУМ – суммарный балл по негативным

симптомам; МШ – монреальская шкала; d – на основе положительных рангов; b – на основе отрицательных рангов.

Статистически значимые изменения были достигнуты по интегральному показателю ( $p=0,01$ ), притупленному аффекту ( $p=0,04$ ), ангедонии ( $p=0,04$ ), социальной отчужденности ( $p=0,03$ ); а также в когнитивных навыках ( $p=0,03$ ).

Проанализированы данные корреляционного анализа между значимо измененными параметрами и компонентами личностной сферы респондентов (рис. 1).



**Рис. 1. Взаимосвязь негативных симптомов и когнитивных навыков с механизмами психологической защиты и копинг-стратегиями (\*-  $p<0,05$ , \*\*-  $p<0,01$ )**

Получена взаимосвязь механизма психологической защиты отрицание и социальной отгороженности ( $r=0,81$ ; при  $p<0,01$ ); механизма психологической защиты замещение и социальной отгороженности ( $r=0,74$ ; при  $p<0,05$ ). Была так же обнаружена положительная ассоциация между замещением и ангедонией ( $r=0,72$ ; при  $p<0,05$ ).

Получена взаимосвязь механизма психологической защиты компенсация и ангедонии ( $r=0,74$ ; при  $p<0,05$ ), когнитивных способностей ( $r=-0,82$ ; при  $p<0,01$ ); механизма психологической защиты подавление и ангедонии ( $r=0,85$ ; при  $p<0,01$ ); механизма психологической защиты регрессия и когнитивных способностей ( $r=-0,78$ ; при  $p<0,05$ ).

Положительные ассоциации были обнаружены между ангедонией и различными копинг-стратегиями, а именно: планирование ( $r=-0,79$ ; при  $p<0,05$ ), поиск социальной поддержки ( $r=-0,82$ ; при  $p<0,01$ ), положительная переоценка ( $r=-0,73$ ; при  $p<0,05$ ).

Рассмотрим взаимосвязь негативных симптомов с параметрами временной перспективы и мотивационным напряжением (рис. 2).



**Рис. 2. Взаимосвязь негативных симптомов с параметрами временной перспективы и мотивационным напряжением в контексте аддикции (\*-  $p<0,05$ , \*\*-  $p<0,01$ )**

Позитивное представление о собственном прошлом негативно ассоциируется с ангедонией ( $r=-0,76$ ; при  $p<0,05$ ) и притупленным аффектом ( $r=-0,78$ ; при  $p<0,05$ ). Общее мотивационное напряжение положительно ассоциируется с притупленным аффектом ( $r=0,87$ ; при  $p<0,01$ ). Способность к планированию и целеполаганию негативно ассоциируется с притупленным аффектом ( $r=-0,86$ ; при  $p<0,01$ ).

### Обсуждение

Социальная отгороженность, как минус-симптом, может способствовать развитию отрицания, поскольку для пациентов социальная изоляция с последующим расторжением всех социальных контактов прошлого не дает возможности помнить и распространять иную версию произошедших травмирующих событий (что наиболее вероятно в условиях принудительного лечения – совершенного преступления). Пациенты неосознанно создают собственные мифы, предпочитают верить в них и не контактируют в реальности с теми людьми, которые могли бы представить их взору иную версию событий. Данные исследований позволяют утверждать, что жертвами преступлений рассматриваемой категории пациентов чаще выступают знакомые, родственники [17]. При таких обстоятельствах уголовного дела немногие из числа друзей и знакомых пациентов поддерживают контакт – связь может оборваться в одностороннем порядке. Отрицание – наиболее предпочтаемая защитная стратегия среди исследуемых пациентов, что может быть обусловлено невозможностью психики справиться с ужасом содеянного – с ее помощью возможно жить с представлением о том, что убийство было совершено не пациентом, убитая им жертва жива, диагноз неверен, следствие было настроено против него и пр.

Социальная отгороженность так же интенсифицирует замещение в связи с невозможностью вступить в контакт с истинными источниками негативных переживаний. Это касается как физической изоляции – фигуранты уголовного дела, близкие друзья и враги остались за пределами учреждения, так и личностной – многие пациенты выбирают в качестве стратегии адаптации пассивно-подчиняющую позицию и не имеют возможности противодействовать тем, кто вызывает у них фрустрационные реакции. Для таких целей приемлемыми оказываются другие пациенты, соседи по палате и прочие более доступные объекты смещения недопустимых чувств. Снижение степени переживаемого удовольствия, как и предвосхищаемого, может способствовать

бессознательному поиску иных форм отреагирования чувств в поиске того объекта, взаимодействие с которым позволит ощутить желаемый катарсис.

Положительная ассоциация между компенсацией и ангедонией может быть обусловлена аналогичным процессом, описанным ранее для взаимосвязи ангедонии и замещения. Отличие в том, что для замещения реализуется поиск объекта катарсиса негативных переживаний, а для компенсации – поиск установок, ценностей, смыслов, форм поведения с целью восполнить утраченную способность испытывать удовольствие. Негативная ассоциация компенсации и когнитивных способностей может быть обусловлена формализмом реализации компенсации, как механизма психологической защиты. Положительные изменения в когнитивных способностях позволяют реализовывать процесс заимствования более критично, с опорой на приобретенные или вновь актуализированные навыки.

Ангедония сопутствует развитию шизофренического процесса, как негативный симптом. Согласно теории Р.А. Шпица и У.Г. Коблинера агрессия, будучи движущей силой жизнедеятельности, для шизофренических личностей становится нейтрализованной с помощью либидинальных импульсов. Таким образом ребенок защищает от агрессии материнский объект (источник травмы). Впоследствии агрессия подавляется все сильнее – Эго тратит больше сил для ее вытеснения и удерживания в бессознательном. Из-за недостатка ресурсов для развития Эго нарушается созревание психического аппарата. Интенсивность психического напряжения может быть легко скомпрометирована любой ситуацией фruстрации – тогда чувства начинают затоплять Эго, на что в ответ пациент переживает психотическую тревогу, а за ней и остальные психопатологические симптомы. Все происходящее служит единственной цели – сохранению баланса между агрессивными импульсами и их стабилизацией [18]. Следовательно, подавление при прогрессировании негативных симптомов РШС есть и предпосылка возникновения, и следствие развития эндогенного процесса.

Парциальное восстановление когнитивных способностей – значимый результат работы с пациентами, страдающими от РШС. Одна из ведущих жалоб (часто не поддающаяся психофармакотерапии, более того – выступающая как побочный эффект препаратов) – нарушение когнитивных функций. Опора на сохранные навыки позволяет в меньшей степени прибегать к использованию поведенческих стратегий ранних стадий развития. Наблюдение позитивных изменений в когнитивных способностях дает надежду на ремиссию, повышение качества жизни и возвращение прежних возможностей в ограниченном, но существенном по своей сути, объеме.

Исследования демонстрируют следующую особенность ангедонии у больных шизофренией: для них характерно испытывать не столько консуматорную ангедонию (снижение способности испытывать удовольствие от деятельности, которая ранее ее приносила), сколько антиципационную (снижение способности предвосхищать удовольствие в будущем) [19]. Однако обе стороны изучаемого явления учитываются при оценке негативных симптомов у пациентов. Планирование представляет из себя способность предвосхищать будущую деятельность, учитывая опыт прошлого и ресурсы настоящего. Поиск социальной поддержки – способность обращаться к социальным ресурсам и ожидать положительного отклика от окружения. Положительная переоценка – способность переосмыслять трудности с точки зрения их пользы для развития и изменения. Во всех вышеназванных стратегиях совладания существенным представляется прогностический компонент, который не всегда связан с собственными усилиями в настоящем, а учитывает и действия окружающих. Более того –

планирование, положительная переоценка и поиск социальной поддержки – проактивные, требующие значительных энергетических затрат, рационально осмыслиемые формы совладания. Антиципационная ангедония затрудняет возможность представить положительный, приносящий желаемое удовольствие, исход от вышеназванных поведенческих стратегий. А общее состояние в связи с антипсихотической терапией, сопутствующими заболеваниями, условиями лечения и другими косвенными факторами не позволяет в полном объеме обращаться к имеющимся ресурсам совладания.

Пациенты с притупленным аффектом, согласно данным исследователей, обладают недостаточной вербальной памятью и недостаточными способностями идентификации эмоций других людей, по сравнению с пациентами без выраженной уплощенности аффекта (при этом социально-демографические характеристики обеих групп не существенно отличаются) [\[20\]](#). Следовательно, объективные события прошлого имеют мало общего со степенью выраженности притупленного аффекта в настоящем. Однако опосредующим звеном является субъективное представление, формируемое посредством суждений и хранящееся в вербальной памяти пациентов.

Под влиянием событий осуждения за уголовное правонарушение, условий лечения, где персонал больницы и другие пациенты в меньшей степени склонны сопереживать и поддерживать пациентов – недостаточность вербальной памяти может наполниться новыми суждениями негативного характера относительно собственного (что важно – неизменного) прошлого. Подобное предположение не может быть неоспоримо ввиду значимости на уровне тенденции, авербального компонента мышления, а также отсутствия ассоциации с диахотомичным параметром «Негативное прошлое». Подобная интерпретация нуждается в дополнительной эмпирической проверке с расширением выборки.

Ангедония закономерно негативно ассоциируется с позитивным прошлым ввиду снижения степени выраженности удовольствия в настоящем и будущем. Прошлое мыслится в каузальных связях с настоящим и будущим. Следовательно, все события прошлого скорее отрицательны и криминогенны, болезненны и ответственны за те страдания (неудовольствия) настоящего и будущего, которые для него представляют особую актуальность. Опыт работы с пациентами также показывает, что обращение к ресурсам позитивных воспоминаний у пациентов с выраженной ангедонией затрудняется ввиду отсутствия ожидания положительного результата. В результате подобная процедура скорее формальна и мало содержательна, если предоставить пациенту полную самостоятельность в работе. При поддержке и стимуляции активности возможно получение положительного отклика и видимых изменений.

Общее мотивационное напряжение представляет собой количественный показатель степени зависимости от ПАВ. Следовательно, чем сильнее зависимость, тем сильнее выраженность притупленного аффекта. Подобный результат может быть связан с тем вкладом, который употребление ПАВ вносит в деформацию эмоциональной сферы пациентов – зависимое поведение способствует снижению степени переживания высших чувств, актуализирует низшие, появляется цинизм и пренебрежение к ранее значимым аспектам человеческого опыта. С другой стороны, низкий эмоциональный интеллект выступает предиктором злоупотребления ПАВ. А низкая социальная перцепция – предиктор притупленного аффекта. Следовательно, опыт наркотизации может разными путями вносить вклад в количественное выражение степени притупленности аффекта. Помимо процесса эндогенезации, бедность эмоциональной экспрессии может быть

результатом и внутренних личностных изменений по психопатоподобному типу.

Способность к планированию и целеполаганию негативно ассоциируется с притупленным аффектом, что можно объяснить так же через конструкт вербальной памяти. Способность к целеполаганию и планированию подразумевает удержание в памяти суждений, оценивающих положение дел будущего, прошлого и настоящего для анализа и выделения тех компонентов, которые следует изменить и, более того, спланировать этапные изменения для достижения цели. Нарушенная вербальная память будет препятствовать успешной реализации выявленной цепочки связей.

Таким образом, результаты нашего исследования позволяют определить личностные конструкты, которые ассоциируются со значимо измененными параметрами в результате реабилитационных мероприятий. Следовательно, их можно рассматривать как предполагаемую скрытую динамику реабилитации. Такими конструктами выступили механизмы психологической защиты: замещение, отрицание, подавление, регрессия и компенсация; копинг-стратегии: планирование, поиск социальной поддержки и положительная переоценка; параметры временной перспективы: позитивное прошлое и будущее; общее мотивационное напряжение.

### **Заключение и рекомендации**

Настоящее исследование направлено на расширение представлений о потенциале психологической реабилитации у пациентов с РШС и коморбидной аддиктивной патологией. Наряду с ожидаемым регрессом негативной симптоматики и улучшением когнитивных функций, систематическая и комплексная реабилитационная работа с данной категорией пациентов может способствовать модификации личностных характеристик. Данный эффект достигается за счет пролонгированного воздействия на традиционные мишени терапии.

В ходе исследования соблюдались общие принципы работы с психотическими пациентами, включающие создание безопасной среды, атмосферы уважения и честности. Значительный объём времени был отведен психообразовательной работе, в рамках которой освещались методы саморегуляции в различных контекстах применения. Все применяемые методики были подробно разъяснены участникам. Каждый член группы получал достаточный объём внимания и поддержки как со стороны ведущих, так и со стороны других участников. Пассивная позиция некоторых пациентов корректировалась путём персонального обращения, постановки наводящих вопросов и оказания повышенного внимания. К завершающему этапу работы была достигнута стабильная и конструктивная групповая динамика, в которой каждый пациент стал активным участником процесса, а не наблюдателем. Активное поощрение, поддержание чувства собственного достоинства и самоценности участников способствовали созданию атмосферы, в которой групповая работа стала доступной и востребованной формой реабилитации.

Опыт настоящего исследования показывает, что оценку динамики необходимо осуществлять посредством специалистов на основании наблюдения и беседы. Самоотчеты со стороны пациентов могут быть информативны и репрезентативны только в случае пристального наблюдения за процессом их заполнения, уточнения понимания всех используемых в тестах слов и выражений. Важно учитывать состояние пациента, его готовность к работе и особенности психофармакологического лечения. Предварительно требуется оценить способность участников исследования к рефлексии, поскольку при ее отсутствии результаты будут малоинформативны. В конце каждого

занятия важно оставлять время для обратной связи со стороны пациентов. Каждый из участников должен определить самостоятельно или с поддержкой специалиста, какие изменения произошли. Таким образом возможно компенсировать дефицит способности к рефлексии при условии достаточной вовлеченности в реабилитационный процесс и сохранности когнитивных функций.

Психологическая реабилитация, как компонент комплексной работы с коморбидными пациентами, в рамках исследования была реализована в виде следующей системы мероприятий:

1. Формирование мотивации к реабилитационной работе. На первоначальном этапе проводилось информирование пациентов о целях и задачах реабилитационной программы, её потенциальных результатах для группы в целом и для каждого участника в отдельности. Были сформулированы индивидуальные цели, актуальные как для текущей групповой работы, так и для долгосрочной перспективы в течение всего периода лечения. Посредством специализированных упражнений актуализировался когнитивный диссонанс между актуальным и идеальным «Образом-Я». На основе этого с непосредственным участием пациентов и при поддержке специалистов были определены индивидуальные задачи, касающиеся как групповой, так и самостоятельной работы.

2. Когнитивные навыки. Этой части реабилитационных мероприятий было выделено особое место и значительное количество времени, поскольку данный конструкт является сквозным для всех остальных – оказывает положительное влияние не только на конкретные параметры, но и повышает общую эффективность любых реабилитационных воздействий. Трудности возникали в связи с влиянием психофармакологического лечения – пациенты предъявляли жалобы на замедленность реакций, отвлекаемость, трудности запоминания, повышенную сонливость, затуманенность зрения, головные боли и пр. Примечательно так же, что при сниженной критичности к собственной внутренней психической реальности когнитивные трудности подчеркивались особенным образом. Была предпринята модификация традиционных упражнений, направленных на работу с данной мишенью, а также внедрены элементы игры и творческих заданий. Для тренировки памяти и внимания пациенты периодически получали домашние задания, результаты выполнения которых впоследствии обсуждались в групповом формате.

3. Социальные навыки. Проводились занятия, направленные на развитие навыков межличностного взаимодействия, самопрезентации, вербальной и невербальной коммуникации. Особое внимание уделялось работе над речевыми характеристиками, произношением и интонацией. В качестве вступительной и завершающей части каждого занятия использовался «дневник чувств» — инструмент, применяемый в реабилитации аддиктивных пациентов для дифференциации чувств, мыслей, действий и телесных ощущений с целью контроля над компульсивными попытками регуляции состояния с помощью аддиктивных агентов. В условиях данного исследования классический письменный формат ведения дневника был невозможен, в связи с чем был применён его сокращённый верbalный аналог.

Для верификации полученных результатов необходимо проведение дальнейших практико-ориентированных исследований. Долгосрочные программы психологической реабилитации, как предполагается, могут оказывать позитивное влияние не только на клиническую симптоматику, но и на личностную сферу пациентов с коморбидными расстройствами.

## Выводы

1. В процессе психологической реабилитации пациентов, страдающих от РШС и коморбидной аддикции, были обнаружены значимые изменения в конструктах негативных симптомов (ангедонии, социальной отчужденности, притупленного аффекта и интегрального показателя) и социальной деятельности (в рамках личностного и социального функционирования).
2. Коморбидные пациенты по итогам групповой тренинговой работы продемонстрировали статистически значимую положительную динамику в когнитивных способностях.
3. Корреляционный анализ позволил выявить предположительно скрытый реабилитационный потенциал пациентов с РШС и коморбидной зависимостью в следующих направлениях: механизмы психологической защиты (замещение, отрицание, подавление, регрессия и компенсация); копинг-стратегии (планирование, поиск социальной поддержки и положительная переоценка); параметры временной перспективы (позитивное прошлое и будущее); общее мотивационное напряжение.

## **Библиография**

1. Hunt G.E., Large M.M., Cleary M., Lai H.M.X., Saunders J.B. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis // Drug and Alcohol Dependence. 2018. No 191. Pp. 234-258. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011.
2. Schmidt L.M., Hesse M., Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia – a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15 years // Schizophrenia Research. 2011. No 130(1-3). Pp. 228-233. DOI: 10.1016/j.schres.2011.04.011.
3. Compton M.T., Weiss P.S., West J.C., Kaslow N.J. The associations between substance use disorders, schizophrenia-spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2005. No. 40(12). Pp. 939-946. DOI: 10.1007/s00127-005-0964-4.
4. Green A.I., Kokhar O.Y. Addiction and schizophrenia: A translational perspective // Schizophrenia Research. 2018. No. 194. Pp. 1-3. DOI: 10.1016/j.schres.2017.10.008.
5. Brunette M.F., Mueser K.T., Babbin S., Meyer-Kalos P., Rosenheck R., Correll C.U., Cather C., Robinson D.G., Schooler N.R., Penn D.L. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis // Schizophrenia Research. 2018. No. 194. Pp. 4-12. DOI: 10.1016/j.schres.2017.06.039.
6. Patterson A., Sonnweber M., Lau S., Günther M.P., Seifritz E., Kirchebner J. Schizophrenia and substance use disorder: Characteristics of coexisting issues in a forensic setting // Drug and Alcohol Dependence. 2021. No. 226. Pp. 108850. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108850.
7. Argote M., Sesoue G., Brunelin J., Baudin G., Schaub M.P., Rabin R., Schnell T., Ringen P.A., Andreassen O.A., Addington J.M., Brambilla P., Delvecchio G., Bechdolf A., Wobrock T., Schneider-Axmann T., Herzig D., Mohr C., Vila-Badia R., Rodie J.U., Mallet J., Ricci V., Martinotti G., Knížková K., Rodriguez M., Cookey J., Tibbo P., Scheffler F., Asmal L., Garcia-Rizo C., Moretti S., Huber C., Thibeau H., Kline E., Fakra E., Jardri R., Nourredine M., Rolland B. Association between cannabis use and symptom dimensions in schizophrenia spectrum disorders: an individual participant data meta-analysis on 3053 individuals // EClinicalMedicine. 2023. No. 64. Pp. 102199. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102199.
8. Ihler H.M., Lyngstad S.H., Gardsjord E.S., Widing L.H., Flaaten C.B., Åsbø G., Wold K.F., Engen M.J., Simonsen C., Ueland T., Lagerberg T.V., Melle I., Romm K.L. The trajectory of two negative symptom dimensions in first-episode psychosis and the role of cannabis use: A 10-year follow-up study // Schizophrenia Research. 2023. No. 252. Pp. 317-325. DOI: 10.1016/j.schres.2023.01.024.

9. Richard-Devantoy S., Bouyer-Richard A.I., Jollant F., Mondoloni A., Voyer M., Senon J.L. Homicide, schizophrénie et abus de substances: des liaisons dangereuses? // Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2013. No. 61(4). Pp. 339-350. DOI: 10.1016/j.respe.2013.01.096.
10. Nibbio G., Barlati S., Cacciani P., Corsini P., Mosca A., Ceraso A., Deste G., Vita A. Evidence-Based Integrated Intervention in Patients with Schizophrenia: A Pilot Study of Feasibility and Effectiveness in a Real-World Rehabilitation Setting // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. No. 17(10). Pp. DOI: 10.3390/ijerph17103352.
11. Попов С.Н. Сравнительный анализ клинико-криминологических характеристик пациентов с органическими психическими расстройствами и больных шизофренией, совершивших повторные общественно опасные деяния // Воронежский центр медицинских экспертиз; Россия, г. Воронеж. 2022. Т. 4. № 21. С. 67-71. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-4-67-71.
12. Monfort M., Benito A., Haro G., Fuertes-Saiz A., Cañabate M., Baquero A. The Efficacy of Animal-Assisted Therapy in Patients with Dual Diagnosis: Schizophrenia and Addiction // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. No. 19(11). Pp. 6695. DOI: 10.3390/ijerph19116695.
13. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67-77.
14. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 52-63.
15. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С., Алиева Л.М., Грачев Н.С., Рзаев А.А., Аксенова Е.В., Дульцев А.В., Ефремова Д.Н., Кулик Т.А., Куликова И.А., Мясников А.Ю., Новоселова Н.Ю., Остrikova Н.В., Тюбекина М.В., Цикина Г.А. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации. М.: МАКС Пресс, 2012. С. 24-40.
16. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 33-36.
17. Carabellese F., Mandarelli G., Felthous A.R., Catanesi R. Forensic psychiatric evaluation of 187 homicidal assailants with and without a schizophrenia spectrum disorder: Clinical, criminological and behavioral characteristics // Behavioral Sciences & the Law. 2021. No. 39(2). Pp. 190-204. DOI: 10.1002/bsl.2515.
18. Федоров Я.О., Белов Е.Н., Белова Е.Б., Клокова М.В., Шиканова Е.А. Тотем без табу: психоанализ доэдипальных состояний (шизофрения, расстройства личности, аффективные расстройства и др.). СПб., 2017. С. 23-28.
19. Mucci A., Dima D., Soricelli A., Volpe U., Bucci P., Frangou S., Prinster A., Salvatore M., Galderisi S., Maj M. Is avolition in schizophrenia associated with a deficit of dorsal caudate activity? A functional magnetic resonance imaging study during reward anticipation and feedback // Psychological Medicine. 2015. No. 45(8). Pp. 1765–1778. DOI: 10.1017/S0033291714002943.
20. Gur R.E., Kohler C.G., Ragland J.D., Siegel S.J., Lesko K., Bilker W.B., Gur R.C. Flat affect in schizophrenia: relation to emotion processing and neurocognitive measures // Schizophrenia Bulletin. 2006. No. 32(2). Pp. 279-287. DOI: 10.1093/schbul/sbj041.

## **Результаты процедуры рецензирования статьи**

*В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.*

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

Предмет исследования: личностные аспекты реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной аддиктивной патологией.

Методология исследования: Участниками исследования в течение трех месяцев на базе ФКУ НПБСТИН Минздрава России стали пациенты ( $n=16$ ) с РШС и коморбидной аддиктивной патологией. Средний возраст составил  $41,25 \pm 9,34$  лет. Пациенты были распределены на экспериментальную ( $n=8$ ) и контрольную группы ( $n=8$ ). В качестве методик были использованы: «Монреальская когнитивная шкала», «Шкала краткой оценки негативных симптомов (BNSS)», «Способы совладающего поведения», «Индекс жизненного стиля», «Временная перспектива», «Мотивы употребления наркотиков». Статистический анализ производился с помощью критериев Уилкоксона для парных наблюдений и ранговой корреляции Спирмена.

Актуальность: В статье представлены результаты эмпирического исследования, направленного на изучение значимых ассоциаций между динамикой негативных симптомов, когнитивных функций и личностных характеристик в рамках краткосрочной (для данной категории пациентов) реабилитации.

Научная новизна: результаты, представленные авторами работы, обладают научной новизной, поскольку выявлены значимые изменения в конструктах негативных симптомов (ангедонии, социальной отчужденности, притупленного аффекта и интегрального показателя) и социальной деятельности (в рамках личностного и социального функционирования). Коморбидные пациенты по итогам групповой тренинговой работы продемонстрировали статистически значимую положительную динамику в когнитивных способностях.

Стиль, структура, содержание: представленная на рецензию статья носит научный характер. Содержание работы соответствует поставленным авторами целям. Материал изложен четко, логично, в доступной форме, тщательно отредактирован.

Библиография: Литература соответствует представленной тематике исследования. Не во всех источниках представлен doi.

Апелляция к оппонентам: апелляция к оппонентам заявлена на примере широкого и подробного анализа литературы, в том числе и авторов, которые не были упомянуты в списке литературы, но имеющих широкое признание в научной среде. К примеру, авторы отмечают, что "Ангедония сопутствует развитию шизофренического процесса, как негативный симптом. Согласно теории Р.А. Шпица и У.Г. Коблинера агрессия, будучи движущей силой жизнедеятельности, для шизофренических личностей становится нейтрализованной с помощью либидинальных импульсов. Таким образом ребенок защищает от агрессии материнский объект (источник травмы)".

Выводы, интерес читательской аудитории: интересным представляется полученный авторами вывод о том, что предположительно скрытый реабилитационный потенциал пациентов с РШС и коморбидной зависимостью в следующих направлениях: механизмы психологической защиты (замещение, отрицание, подавление, регрессия и компенсация); копинг-стратегии (планирование, поиск социальной поддержки и положительная переоценка); параметры временной перспективы (позитивное прошлое и

будущее); общее мотивационное напряжение.

В качестве основного замечания: результатом такого исследования должна стать система мероприятий, программа или же написана программа психологического сопровождения в качестве практических рекомендаций, благодаря которым можно отследить динамику адаптационных возможностей пациентов, страдающих от РШС и коморбидной аддикции.

## **Результаты процедуры повторного рецензирования статьи**

*В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.*

*Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).*

Предметом исследования в представленной статье являются личностные аспекты реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной аддиктивной патологией в условиях психиатрической больницы специализированного типа.

В качестве методологии предметной области исследования в данной статье были использованы дескриптивный метод, метод категоризации, метод анализа, метод сравнения, опросный метод и, как указано в тексте рукописи, были применены следующие методики: «Монреальская когнитивная шкала», «Шкала краткой оценки негативных симптомов (BNSS)», «Способы совладающего поведения», «Индекс жизненного стиля», «Временная перспектива», «Мотивы употребления наркотиков» и методы статистического анализа («критерий Уилкоксона для парных наблюдений» и «критерий ранговой корреляции Спирмена»).

Актуальность статьи не вызывает сомнения, поскольку современный социум порождает множество разнообразных рисков, которые влекут за собой различные угрозы, которые в первую очередь отражаются на состоянии здоровья современного человека, в том числе психическом здоровье. Различные виды расстройств и патологий, вызванные различными причинами, в том числе расстройства шизофренического спектра и коморбидная аддиктивная патология, становятся сравнительно распространенным явлением среди различных социальных групп, нуждающихся в оказании им комплексной помощи. Важное значение в этом процессе имеют вопросы реабилитации, а эффективно подобранные реабилитационные мероприятия могут позитивно отразиться на результате оказания помощи и лечения пациентов. В этом контексте исследование личностных аспектов реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной аддиктивной патологией в условиях психиатрической больницы специализированного типа представляет научный интерес в сообществе ученых и практический интерес в профессиональном сообществе.

Научная новизна исследования заключается в изучении по авторской методике личностных аспектов реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной аддиктивной патологией в условиях психиатрической больницы специализированного типа. В исследование было проведено обследование и изучение 16 пациентов, находящихся на лечении в ФКУ НПБСТИН Минздрава России, которые страдали расстройствами шизофренического спектра и коморбидной аддиктивной патологией. В ходе проведения исследования пациенты были разделены на равные по количеству участников экспериментальную и контрольную группы.

Статья написана языком научного стиля с использованием в тексте исследования изложения различных позиций ученых к изучаемой проблеме и применением научной терминологии и дефиниций, а также демонстрацией результатов исследования в

табличной форме и рисунках, их подробным анализом и описанием.

Структура статьи в целом выдержана с учетом основных требований, предъявляемых к написанию научных статей. В структуре данного исследования представлены такие элементы как введение, анализ литературных источников, материалы и методы исследования, результаты, обсуждение, заключение и рекомендации, выводы и библиография.

Содержание статьи отражает ее структуру. В частности, особую ценность представляет выявленные в ходе исследования и отмеченные тенденции, характеризующие особенности взаимосвязи негативных симптомов и когнитивных навыков с механизмами психологической защиты и копинг-стратегиями, а также взаимосвязи негативных симптомов с параметрами временной перспективы и мотивационным напряжением в контексте аддикции, что наглядно представлено на рисунках 1 и 2 рукописи.

Библиография содержит 20 источников, включающих в себя отечественные и зарубежные периодические и непериодические издания.

В статье приводится описание различных позиций и точек зрения ученых, характеризующие особенности реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной аддиктивной патологией в условиях специализированных медицинских учреждений. В статье содержится апелляция к различным научным трудам и источникам, посвященных этой тематике, которая входит в круг научных интересов исследователей, занимающихся указанной проблематикой.

В представленном исследовании содержатся выводы, касающийся предметной области исследования. В частности, отмечается, что в ходе проведения исследования у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной аддиктивной патологией были выявлены «значимые изменения в конструктах негативных симптомов» и «социальной деятельности», что подробно проанализировано и описано в представленной рукописи.

Материалы данного исследования рассчитаны на широкий круг читательской аудитории, они могут быть интересны и использованы учеными в научных целях, педагогическими работниками в образовательном процессе, руководством и работниками специализированных психиатрических больниц, психологами, психиатрами, психотерапевтами, консультантами, аналитиками и экспертами.

В качестве недостатков данного исследования следует отметить, то, что при описании материалов исследования название медицинской организации, на базе которой проводилось исследование, стоило бы указать полностью, а не использовать его сокращенную форму. При использовании сокращений, таких, как РШС, ПАВ, целесообразно было бы указать при первом использовании полный термин с указанием в скобках «далее — ... (сокращенный термин)», то есть, (далее — РШС, далее — ПАВ). При оформлении таблицы и рисунков необходимо обратить внимание на требования действующего ГОСТа, оформить их в соответствии с этими требованиями. Выводы можно было бы описать до заключения, после них «встроить» практические рекомендации, а заключением завершить исследование, поскольку именно оно создает впечатление законченности и логической завершенности исследования. Указанные недостатки не снижают высокую степень научной и практической значимости самого исследования, а скорее, относятся к особенностям подачи материала и оформления текста статьи. С учетом незначительности указанных замечаний и, конечно же, после их устранения, несомненно, рукопись рекомендуется опубликовать.