НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА

На правах рукописи

КУДРЯШОВА ВЕРА ЮРЬЕВНА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Научная специальность 5.3.6. Медицинская психология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата психологических наук

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:
доктор медицинских наук,
Лутова Наталия Борисовна

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2023

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ……..5
ГЛАВА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И КОМПЕНСАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННОЙ МИАСТЕНИЕЙ…….....18
1.1. Адаптация и компенсация, определение понятий……...18
1.2. Особенности АКМ у больных параноидной шизофренией и у пациентов с приобретенной миастенией……..27
1.2.1. Субъективное восприятие психопатологических проявлений у больных параноидной шизофренией и у пациентов с приобретенной миастенией …….....29
1.2.2. Смысложизненные ориентации, уровень субъективного контроля и субъективное переживание психологических характеристик времени у больных параноидной шизофренией и пациентов с приобретенной миастенией……...35
1.2.3. Саморегуляция поведения как аспект психологических АКМ. Определение понятия и ее особенности у больных параноидной шизофренией и пациентов с приобретенной миастенией ……..40
1.3. Психо-социальные реабилитационные мероприятия: психообразование и тренинг социальных навыков в контексте помощи больным параноидной шизофренией……..53
1.3.1. Психообразование (ПО)…….53
1.3.2. Тренинг социальных навыков (ТСН)…….56
Резюме по Главе 1……..58
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ…….62
2.1. Материалы исследования……...62
2.2. Описание методов исследования……...69
2.2.1. Опросник «Стиль саморегуляции поведения»……..71
2.2.2. Опросник «Уровень субъективного контроля»……73
2.2.3. Тест смысложизненных ориентаций……75
2.2.4. Опросник «Семантический дифференциал времени»……76

2.2.5. Симптоматический опросник SCL-90-R……..…..79
2.2.6. Шкала оценки депрессии А. Бека……81
2.3. Математико-статистические методы обработки данных……82
Резюме по Главе 2……..83
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ……84
3.1. Сравнение особенностей работы АКМ у больных параноидной шизофренией, пациентов с приобретенной миастенией и в группе здоровья…..……...84
3.2. Взаимосвязи показателей адаптационно-компенсаторных механизмов с социально-демографическимии клинико-динамическими характеристиками в исследуемых группах……92
3.2.1. Взаимосвязи показателей АКМ с наличием семьи и детей в исследуемых группах……94
3.2.2. Взаимосвязи показателей АКМ с возрастом, трудоустроенностью и образованием в исследуемых группах……98
3.2.3. Изучение взаимосвязей работы АКМ с характеристиками заболевания: длительностью, количеством обострений и количеством госпитализаций в группах больных параноидной шизофренией и пациентов с приобретенной миастенией……...104
3.3. Сравнение особенностей работы АКМ у больных параноидной шизофренией до и после полученного ими лечения (изолированная ПФТ и сочетанное воздействие – ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН)…….107
3.3.1. Сравнение особенностей работы АКМ в группе больных параноидной шизофренией, получавших изолированную ПФТ, при поступлении и на момент выписки из стационара……..107
3.3.2. Сравнение особенностей работы АКМ в группе больных параноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ТСН, до начала группы и по ее окончанию……..112

3.3.3. Сравнение особенностей работы АКМ в группе больных параноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ПО, до начала группы и по ее окончанию…..……..117
3.4. Сравнение эффектов изолированной ПФТ и комбинированного воздействия ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН на работу АКМ у пациентов с параноидной шизофренией……120
Резюме по Главе 3……129
ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ……..131
ВЫВОДЫ…….157
ЗАКЛЮЧЕНИЕ ……...160
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ …….163
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ……165
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ……...168

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Ситуация болезни в литературе рассматривается как «напряженная ситуация», сопровождаемая повышенным функционированием организма и личности (Наенко Н.И., 1976; Битюцкая Е.В., 2007) или как «трудная жизненная ситуация», где на первый план выступает субъективное восприятие текущей ситуации в индивидуальном сознании. Критериями определения трудной жизненной ситуации являются ее значение для человека, невозможность контролировать и составить прогноз о дальнейшем развитии событий, выраженная неопределенность, высокий уровень стрессового воздействия, динамичность и сопоставление ресурсов, которыми обладает человек, (физических, психологических, интеллектуальных, материальных и др.) и прошлого опыта с требованиями, которые предъявляют ему обстоятельства (Битюцкая Е.В., 2007). Субъективное восприятие трудной жизненной ситуации, к которой можно отнести возникновение любого тяжелого хронического заболевания (ТЗХ) вызывает напряжение психологических адаптационно-компенсаторных механизмов (АКМ), что сказывается приспособлении личности к условиям внешней среды (Николаева В.В., 1987; Бройтигам В. и др., 1999; Михайлов Б.В. и др., 2002), предопределяя выбор стратегии совладающего поведения (Бурлачук Л.Ф., Михайлова Н.Б., 2002). К настоящему времени подробно описаны копинг-механизмы, психологические защиты и внутренняя картина болезни, обуславливающие приспособительное поведедение у больных шизофренией (Коцюбинский А.П., 2004), упоминается значимость ценностно-смысловой сфере человека, обуславливающей социальное взаимодействие (Леонтьев Д.А., 1996, 1998 и др.) с уровнем адаптации индивидуума в тяжелой жизненной ситуации.

Внимание к укреплению адптационно-компенсаторным механизмов в наибольшей степени нашло свое отражение в психиатрии. В частности, благодаря внушительному объему исследований доказана значимость ряда психо-

социальных воздействий для больных психическими расстройствами, (Воловик В.М., Вид В.Д., 1989; Еричев А.Н., 2007; Рассказова Е.И., 2014; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Casey B.J.et al., 2011; Flower D., French P., 2019) в том числе, параноидной шизофренией, для достижения наилучшей функциональной ремиссии (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996; Вид В.Д., Лутова Н.Б., 2001; Тюрина Н.В., 2007; Малеванная О.В., Петрова Н.Н., 2012; Рассказова Е.И., 2014; Коцюбинский А.П., 2017; Пашковский В.Э., 2017; FlowerD. Et al., 2017). Все же, более глубокое изучение особенностей нарушений адаптационно-компенсаторных механизмов больных параноидной шизофренией, в том числе, в разрезе ценно-смыловых ориентаций, не теряет своей актуальности (Тюрина Н.В., 2007; Рассказова Е.И., 2014; Casey B.J.et al., 2011), поскольку расширение представлений в этой сфере увеличивает возможности разработки новых более точных и результативных психо-социальных реабилитационных программ для данноой категории больных. В литературе отмечается, что ценностно-смыловая сфера личности является одним из главных ресурсов для восстановления больных ТХЗ (Исаева Е.О., 2014). Имеет значение не только изучение отдельных механизмов, входящих в состав адаптационно-компенсаторной системы, но учет их влияния друг на друга, что говорит о широте возможностей приспособления личности с хроническим психическим заболеванием (Коцюбинский А.П.и др., 2007; Коцюбинский А.П., 2017; Кудряшова В.Ю. и др., 2017а; Кудряшова В.Ю. и др., 2017б; Кудряшова В.Ю. и др., 2017в; Лутова Н.Б. и др., 2017, Кудряшова В.Ю., 2018а, Кудряшова В.Ю., 2018б) или тяжелым неврологическим расстройством (Петрова Н.Н., 2005; Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009; Конькова Д.Ю., Карнаух Д.Н., 2016) к условиям внешней среды, которые непрерывно изменяются.

Степень разработанности темы. Современная наука обладает большим объем данных о психологических нарушениях у людей с расстройствами шизофренического спектра, как в зарубежных (GranholmE. etal., 2006; Morrison A.P., 2007; Beck A.T. et al., 2009; Grant P.M., Beck A.T., 2013; Barker V. et al. 2015 и др.), так и в отечественных исследованиях (Критская В.П., 1985; Вид В.Д., 1993; Семке А.В. и др., 2015 и др.). Однако у данного контингента больных необходимо

дальнейшее изучение особенностей АКМ (Лутова Н.Б. и др., 2017; Степанова А.В. и др., 2017 и др.), так как особенности их нарушений важно иметь в виду в составлении программ групповой (Вид В.Д., Лутова Н.Б., 2001) и индивидуальной работы с пациентами, чтобы помочь им достигнуть наиболее высокого уровня социального функционирования. Опыт последних десятилетий показывает, что наиболее эффективным путем помощи пациентам с шизофренией является внедрение комплексного подхода, где сочетаются психофармакотерапия (ПФТ) и психо-социальные реабилитационные вмешательства (Петрова Н.Н. и др., 2013; Софронов А.Г. и др., 2017; Parikh S.V. et al., 2016 и др.).

В настоящее время в рутинной психиатрической практике используется ряд психосоциальных программ, включенных в лечение больных параноидной шизофренией: это психообразовательные программы (ПО) (Еричев А.Н., 2007), тренинги социальных навыков (ТСН) (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015), различные направления арт-терапии (Копытин А.И., 2001, 2012) и другие групповые формы работы с данной категорией пациентов. Используется так же индивидуальное психологическое консультирование или психотерапия в различных подходах (когнитивно-поведенческий, психодинамический и др.). То есть, представлено многообразие реабилитационных мероприятий, с различными мишенями воздействия – на эмоциональную, когнитивную и поведенческую сферы. При этом выделить наиболее эффективный способ помощи не представляется возможным, так как нет ясных критериев оценки, какой из подходов вносит наибольший вклад в укрепление психологическихАКМ больных.

Психологические АКМ у пациентов с врожденной или приобретенной миастенией изучены меньше, на сегодняшний день в литературе скудно освещены вопросы, связанные с психологической помощью данной категории больных, в том числе, в вопросах реабилитации. Знания в этой области, несомненно, могли бы обогатить стандартный процесс помощи людям, страдающим этим расстройством (Петрова Н.Н., 2005; Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009; Конькова Д.Ю., Карнаух Д.Н., 2017). В настоящем исследовании одной из задач выступило

определение возможных мишеней для психологической помощи страдающим врожденной или приобретенной миастенией.

Цель исследования. Выделение мишеней для психо-социальных реабилитационных воздействий у пациентов с параноидной шизофренией и приобретенной миастенией на основе выявления особенностей адаптационно-компенсаторных механизмов (АКМ) с точки зрения ценностно-смысловых аспектов ианализа их связей с социально-демографическими, клинико-динамическими характеристиками.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности и различия адаптационно-компенсаторных механизмов, относящихся к ценностно-смысловой сфере у больных параноидной шизофренией, пациентов с приобретенной миастенийи в группе здоровья.
2. Изучить взаимосвязи различных показателей аспектов АКМ с социально-демографическими характеристиками в исследуемых группах и группе сравнения.
3. Изучить взаимосвязи различных аспектов АКМ с клинико-динамическими характеристиками в группах больных параноидной шизофренией и приобретенной миастенией.
4. Сравнение динамики изменений психологических АКМу больных параноидной шизофренией при использовании различных психосоциальных мероприятий (ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН) и изолированной ПФТ.
5. Выделение мишеней для психоциальных реабилитационных мероприятий у больных параноидной шизофренией и пациентов с приобретенной миастенией.

Объектом исследования выступили психологическиеАКМ и влияние психо-социальныхвоздействий на динамику АКМ.

Предметом исследования явились характерные особенности психологических АКМ для исследуемых групп.

Общая гипотеза. Наличие тяжелого хронического заболевания является трудной жизненной ситуацией, приводит к напряжению адаптационно-компенсаторных механизмов, существенной дезадаптации, ухудшает социальное

функционирование. У больных параноидной шизофренией и приобретенной миастенией, есть общие психологические и психические феномены, несмотря на то, что болезни развиваются по разным законам. Им свойственны депрессивные проявления, пессимистичные представления о будущем, снижение поведенческой гибкости, способности к управлению эмоциональной сферой и оцениванию результатов своей деятельности, снижение чувства удовлетворенности жизнью, мотивационного потенциала, ощущения необратимости происходящего и слабой управляемости жизни. Пациенты с параноидной шизофренией и больные врожденной или приобретенной миастенией не испытывают, как такового, болевого синдрома, нет высоких рисков летальности. Параноидная шизофрения является патологией ЦНС, тогда как при врожденной или приобретенной миастении страдает периферическая НС, без такого значительного вовлечения центральной нервной ткани, то есть, заболевание в меньшей степени влияет на головной мозг, так же пациенты с миастенией свободны от когнитивных нарушений. Методы реабилитации данных категорий больных должны быть направлены на укрепление работы АКМ, обеспечивающих, в том числе, поддержание ценностно-смысловой сферы, что способствует хорошему социальному функционированию.

Частные гипотезы.

1. Больные параноидной шизофренией имеют ослабленные способности к саморегуляции поведения и смыслообразованию, низкую интернальность, искаженные представления о будущем, что негативно сказывается на их адаптации.
2. Пациенты приобретенной миастенией демонстрируют сниженную интернальность, при этом их способность к саморегуляции поведения и смыслообразовательная функция достаточно сохранны, что обеспечивает базу для адаптацинно-компенсаторного потенциала.

Методология и методы исследования. Теоретико-методологической основой для данного исследования стали работы, посвященные:

- теориям адаптации (Стендерг Р. Дж. и др., 2002; Sternberg R.J., 1980, 2019; Gottfredson L.S., 1997; Schmitt D.P., Pilcher J.J., 2004; Roy C., 2011; Dawkins R., 2016; Cianciolo A.T. et al., 2018; Gittleman J.L., 2018; Thompson R.A., 2019; и др.) и компенсаторным возможностям при психических расстройствах (Александровский Ю.А., 1976; Семенов С.Ф. и др., 1979; Мак-Уильямс Н., 2001; Беляев И.А., 2009 и др.). В структуре адаптации выделяют когнитивные и эмоциональные компоненты, тесно связанные с саморегуляцией поведения (Sternberg R.J., 1989; Aldao A. Et al., 2010; Thompson R.A., 2019), так же необходимо учитывать характер субъективно ощущаемых психопатологических симптомов, в том числе уровня депрессии (Aldao A. et al., 2010; Thompson R.A. 2019). Психологическая устойчивость тоже включена в структуру адаптации (Smith B.L., 2019 и др.). Часты такие ее нарушения, как подавление чувств, снижение поведенческой гибкости, постоянные размышления без последующей реализации в действия, что влияет на удовлетворенность жизнью, уровень интернальности, качество межличностных отношений в различных сферах, личностные смыслы и способность реалистично осознавать свои перспективы в будущем (Herrman H. Et al., 2011). Для достижения успешной адаптации необходимо максимально возможное удовлетворение актуальных потребностей (Александровский Ю.А., 1976 и др.), соответственно, в психосоциальной реабилитации становится важной работа с ценностно-смысловой сферой человека для лучшего осознания и своих потребностей и подбора адекватных способов их удовлетворения.
- биопсихосоциальному подходу к пониманию здоровья и болезни (Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., 2015; Незнанов Н.Г. и др., 2020), который рассматривает состояния здоровья и болезня как взаимодействие трех групп факторов: биологических (генетические и инфекционные факторы, органические дефекты), психологических (когнитивные, эмоциональные и поведенческие

факторы) и социальные (нормы поведения, приятные в обществе, ценности, длияние окружающих, направленное на изменение способов поведения, социальный класс и т.п.). Факторы микросоциального и индивидуального характера постоянно взаимовляют друг на друга и могут отражаться на состоянии и здоровье человека прямо и косвенно посредствам психологических и физиологических факторов (например, усиливая переживания хронического стрессового воздействия). Здесь так же актуальной становится задача учитывать личночностные смыслы и ценности при проведении психосоциальной реабилитации, поскольку они во многом определяют характер социального взаимодействия человека.

- психической и психофизиологической адаптации человека, согласно которой в своей рутинной жизни человек непрерывно участвует в большом количестве взаимодействий (Березин Ф.Б., 1988), которые становятся более эффективными, если адаптивные механизмы, сформировавшиеся в процессе онтогенеза обеспечивают соответствие психической деятельности и поведения требованиям внешней среды, одновременно с этим позволяя достигать значимых для индивида целей. В данном аспекте поддержание в процессе реабилитации ценностно-смысловой сферы не менее важно, поскольку личностные смыслы и ценности нередко выступают в качестве регуляторов социального взаимодействия (Леонтьев Д.А., 1996, 1998 и др.).

Тип исследования. Исследование проводилось в 2 этапа: 1) кросс-секционное исследование АКМ у пациентов с врожденной или приобретенной миастенией и у больных параноидной шизофрениейв сравнении со здоровыми испытуемыми; 2) пятинедельное рандомизированное клиническое исследование в параллельных группах пациентов с параноидной шизофренией, получавших изолированную ПФТ и комбинированное лечение ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН.

В исследовании использовались валидные, диверсифицированные методы: полуструктурированное интервью, структурированные опросники и тесты, контент-анализ и методы математической обработки данных.

Для сбора социально-демографических и клинико-динамическихданных применялось клинико-анамнестическое обследование с помощью полуструктурированного терапевтического интервью (Шустов Д.И., 2014).

Научная новизна исследования. Предположения о том, что лица, страдающие различными ТХЗ, могут выявлять сходные психологические черты ранее уже фигурировали в литературе (Михайлов Б.В. и др., 2002; Бройтигам В. И др., 1999). Однако до настоящего времени не проводилось сравнительных исследований психологических АКМ у пациентов с параноидной шизофренией и у больных приобретенной миастенией, в том числе, мало затрагивалась ценностно-смысловая сфера у больных данными нозологическими категориями.

Впервые выявлены универсальные мишени психо-социального реабилитационного воздействия для больных тяжелыми хроническими психоневрологическими заболеваниями: развитие навыков управления эмоциональной сферой, оценивание результатов своей деятельности, поведенческая гибкость, способность к адекватному восприятию степени управляемости жизни и возможностей положительных изменений, повышение мотивационного потенциала. Это позволит сделать программы психологической помощи для психоневрологических больных более универсальными, легко адаптируемыми к текущим реабилитационным задачам в рутинной клинической практике.

Теоретическая значимость исследования. Исследование открывает широкие возможности для более глубокого изучения АКМ у больных тяжелыми хроническими психоневрологическими заболеваниямис точки зрения воздействия на ценностно-смысловую сферу, которая во многом регулирует характер социальных взаимодействий, сказывается на субъективной удовлетворенности качеством жизни. Определены сходные нарушения в работе АКМ для пациентов с психическим и неврологическим расстройством, а также отмечены различия в направленности интервенций для каждой из исследуемых нозологий. Предложены некоторые универсальные мишени для психо-социальных реабилитационныхвмешательств.

Практическая значимость исследования. Универсальные интервенции, направленные на повышение мотивационного потенциала, развитие навыков управления эмоциональной сферой и поведенческой гибкостью, оценивание результатов своей деятельности и формирование адекватной интернальности помогают сделать программы психологической помощи в психиатрической и неврологической практике легко адаптируемыми под потребности реципиентов. Это не только обогащает соответствующую теоретическую область научных знаний, но также поможет упростить процесс внедрения психо-социальных реабилитационных мероприятий в рутинную практику не только для психиатрических, но и для неврологических пациентов и, впоследствии, иных соматических нозологий. Обозначены социально-демографические факторы, способствующие повышению удовлетворенности жизнью, адекватному принятию ответственности за происходящие события и позитивному восприятию возможностей в текущей ситуации и в будущем. Обнаружены положительные взаимосвязи трудоустройства, уровня образования, наличия семьи и детей с ценностно-смысловыми параметрами АКМ. Соответственно, в психо-социальные реабилитационные программы полезно включение блоков, мотивирующих больных психоневрологическими расстройствами на обучение и трудовую занятость, налаживание и поддержание социальных контактов.

Положения диссертационного исследования, выносимые на защиту

1. У лиц, страдающих параноидной шизофренией и приобретенной миастенией, отмечаются сходные черты в работе АКМ, то есть, можно говорить о единообразии приспособления личности к ситуации ТХЗ.У них снижаются навыки управления эмоциональной сферы, оценивания результатов своей деятельности, поведенческой гибкости, адекватного восприятия управляемости жизни, влияния на будущее, возможности позитивных изменений, снижается

мотивационный потенциал. Постоянное напряжение АКМ в силу нахождения в трудной жизненной ситуации, которой является ТХЗ, приводит к истощению, следовательно, снижается саморегуляция поведения.

2. Существуют гендерные различия работы АКМ: женщины, страдающие шизофренией воспринимают прошлое и настоящее более активным, чем мужчины. У пациентов, страдающих шизофренией, и больных приобретенной миастенией удовлетворительные социально-демографические показатели (высокий уровень образование, удовлетворяющее индивида трудоустройство, наличие семьи и детей) ассоциировано с лучшими показателями работы АКМ.
3. Длительность заболевания, частые обострения и большое количество госпитализаций негативно воздействуют на работу АКМ в обеих исследуемых группах больных.
4. Включение психо-социальных реабилитационных воздействий оказывало дополнительный благоприятный эффект на работу АКМ. Психообразовательная программа (ПО) приводила к снижению симптоматического дистресса, снижению субъективной тяжести симптомов, повышению общей удовлетворенности жизнью и снижению чувства собственной неадекватности в межличностном общении, росту удовлетворенности жизнью как непрерывным процессом, результатами своей деятельности, большей глубине и эмоциональной окраске настоящего времени. Тренинг социальных навыков (ТСН) развивает большую внимательность к своим переживаниям и эмоциям других людей, облегчает межличностное взаимодействие, приводит кболее реалистичному взгляду на прошлое, что способствует извлечению полезного опыта для построения дальнейших суждений.
5. Мишенями психо-социального реабилитационного воздействия для больных параноидной шизофренией являются развитие навыков распознавания и удерживания импульсов, повышение поведенческой гибкости, укрепление рациональных представлений о своем Я, возможностях и приемлемых путях их реализации при адеватном и осознанном понимании своих ограничений. Для больных приобретенной миастенией интервенции должны быть направлены на

поиск доступных им занятий в познавательных и духовных аспектах жизни, где можно получить удовлетворение и сглаживание появления физических ограничений в результате болезни, опору на них. Общими для обоих изучаемых диагностических категорий выступают мероприятия, способствующие развитию навыков получения удовольствия, способности испытывать удовлетворение от ежедневных занятий и своей активности, определении влияния на течение заболевания и осмысленное принятие ответственности за происходящее.

Степень достоверности исследования обеспечивается за счет репрезентативности выборок пациентов с параноидной шизофренией и больных врожденной или приобретенной миастенией. Необходимый объем выборки оценивался статистическими методами apriori и подтверждался в ходе post hoc анализа. Для повышения валидности использования качественных методов использовалась техника триангуляции (Бусыгина Н.П., 2009): при сборе данных использовалась диверсификация методик для исследования сходных параметров АКМ, уточнение информации в медицинской документации и в беседе с пациентами, обработка данных с помощью методов контент-анализа и статистических методов.

Личный вклад автора. Материалы, используемые в диссертационном исследовании, получены в результате исследований, лично проведенных автором. Диссертант самостоятельно разработал дизайн исследования, определил цели и задачи, необходимый объем и адекватные методы исследования, провел анализ научной отечественных и иностранных литературных источников по изучаемой теме, использовал формы информированного согласия и подготовил стимульный материал. Автор собственноручно обследовала каждого пациента, участвовавшего в исследовании, проанализировала и отобрала согласно поставленными целям и задачам медицинскую документацию, проводила психо-социальных реабилитационных программ. Для разработки и проведения блока по лекарственной терапии психических расстройств в ПО программе привлекался

врач-психотерапевт. Диссертант обсчитала и систематизировала результаты проведенного исследования для последующей статистической обработки, интерпретировала полученне результаты, сформулировала выводы. Автором предложены практические рекомендации по психологической реабилитации пациентов с параноидной шизофренией и врожденной или приобретенной миастенией, основанные на результатах исследования, и ориентированные на поддержание достаточной и согласованной работы АКМ, способствующее формированию устойчивой ремиссии. Доля личного участия автора составляет: свыше 95% в получении и накоплении научной информации, около 80% в математико-статистической обработке данных, более чем 90% в систематизации, анализе, интерпретации полученных данных, описании полученных результатов, формулировании практических рекомендаций и выводов из исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационное исследование, изучающее психологические АКМ у больных тяжелыми хроническими психоневрологическими заболеваниями, соответствует формуле научной специальности 5.3.6. «Медицинская психология» и областям исследования: п. 2 – «Патопсихология», п. 6 – «Психологическая помощь: психотерапия, психологическое консультирование, психокоррекция» и п. 8 – «Психогигиена, психопрофилактика, социальная реабилитация и повышение качества жизни больных».

Структура и объем диссертации. Исследование представлено на русском и английском языках в двух томах, соответственно. Русский вариант текста представлен на 206 страницах. Работа включает введение, теоретическую часть (Главу 1), содержащую обзор современных представлений о адаптационно-компенсаторных психологических механизмах и саморегуляции, методологическую (Глава 2) и эмпирическую части (Глава 3), выводы, заключение, практические рекомендации по психо-социальному реабилитационному воздействию для пациентов с параноидной шизофренией и врожденной и приобретенной миастенией, список литературы из 331 источник (180 на русском и

151 на иностранных языках), перечень условных обозначений и сокращений. В основном тексте диссертации использованы 27 таблиц и 3 рисунка.

Аппробация результатов. Материалы диссертации и результаты исследования представлены в 11 публикациях, 1 из которых индексируется в базах Web of Science и SCOPUS, 7 – в рецензируемых журналах, входящих в перечень Высшей аттестационной комиссии, 1 представляет собой главы в монографиях. Результаты исследования представлены на VII Санкт-Петербургском Международном конгрессе психотерапевтов, психологов и психологов-консультантов «Психотерапия, Психофармакотерапия, Психологическое консультирование – грани исследуемого!» г. Санкт-Петербург, 18 марта 2017 года; 4-ой Костромской Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья, г. Кострома 16-20 апреля 2018 года; Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского: «Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств», Санкт-Петербург, 29 октября 2021 года; Конкурсе молодых ученых в области психиатрии в рамках V Всероссийской (с международным участием) конференции молодых ученых «Будущее Нейронаук», г. Казань, 7-10 февраля 2022 г. (3-е призовое место); Первом международном конгрессе «Медицинская реабилитация: научные исследования и клиническая практика», г. Санкт-Петербург, 5-6 апреля 2022 г.; республиканской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия и наркология Беларуси, практикоориентированные разработки» на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», республика Беларусь, г. Минск 17 марта 2023 г.

ГЛАВА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И КОМПЕНСАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННОЙ МИАСТЕНИЕЙ

1.1. Адаптация и компенсация. Определение понятий

Адаптация как понятие до сих пор вызывает споры в научном мире, так как поскольку его определение сложно из-за трудности оценки процесса (Sternberg R.J., 1980, 2019). Адаптация описывает общий онтогенетический или филогенетический процесс изменения и лучшего приспособления живого организма к окружающей среде, а также выступает или в качестве любой особенности, помогающей выжить и размножиться в текущем моменте, или в качестве результата эволюции развития организма (Крысько В.Г., 2003; Schmitt D.P., Pilcher J.J., 2004). Несомненно, это динамическое понятие (Коцюбинский А.П., 2017). В биологии под адаптацией подразумевается: 1) процесс приспособления живого организма к жизненным условиям, с течением времени так определяется действие естественного отбора на наследственную изменчивость; 2) стремление живого организма к сохранению и передаче своего вида генов, при этом речь идет не только о конкретной особи, но и о популяции в целом (Dawkins R., 2016; Gittleman J.L., 2018 и др.).

Schmitt D.P. и Pilcher J.J. в обзорной статье (Schmitt D.P., Pilcher J.J., 2004) выделяют восемь направлений изучения адаптации современной наукой:

1. Теоретическое направление, включающее эволюционную теорию и теорию естественного отбора;
2. Психологическое направление, в которое включаются различные способы опросов, тестирований, наблюдений за когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферой человека;

3. Медицинское направление, где изучаются вопросы психического и физического здоровья, способности к продолжению рода и т.п.;
4. Физиологическое направление, где рассматриваются особенности работы нервной системы и, в частности, головного мозга;
5. Генетическое направление, где проводятся генетические и молекулярные исследования;
6. Филогенетическое направление, занимающееся сравнением развития и адаптационных особенностей различных видов живых существ, в том числе, приматов, являющихся самыми близкими к человеку;
7. Этнографическое направление, исследующее антропологические и социобиологические особенности;
8. Кросс-культурное направление, рассматривающее этнические, культурные, биологические и средовые факторы, влияющие на адаптацию.

В данной работе освещены вопросы психологической адаптации и рассмотрены существующие подходы к ее изучению.

Некоторые психологи говорят о наличии у человечества собственной адаптационной программы. Разнообразие подходов к человеческой адаптации в эволюционной психологии представлено несколькими теориями: теория инклюзивности (Hamilton W.D., 1964) может пролить свет на определенные виды поведения, способствующие созданию семей; теория взаимного альтруизма (Trivers R., 1971) пмогает лучше понять механизмы формирования социальных групп, процесса завязывания и дальнейшее поддержание дружеских отношений; теория истории жизни (Hill K., Hurtado A.M., 2009) освещает особенности поведения и мотивации, движущие человеком в выстраивании различных типов отношений в течение жизни, а так же раскрывает причины, по которым человеческий род развивается и продолжается не так, как другие виды живых существ (Low B.S., 1998).

Эволюционные психологи имеют некоторые преференции в исследовании адаптации человека, так как могут представить, как она будет проявляться

фенотипически – человечество идет в сторону развития поведенческой гибкости, расширения взглядов на различные социальные вопросы, все большее взначение приобретают гуманистические ценности, индивидуальность, личностные смылы, многие проблемы решаются исходя из индивидуальных особенностей и уникальности каждого конкретного случая. То есть, человеческая адаптация в перспективе скорее становится все более дискретной, разработанной для выполнения одной конкретной задачи (Geary D.C., 2009). В контексте психологической адаптации человека довольно сложно говорить об одном большом обобщенном адаптационном механизме, который решает все вопросы выживания и размножения, но можно прийти к выводу, что психологическую адаптацию отличают полиморфизм и мозаичность (Van Genugten L. et al., 2017). В широком смысле, если учитывать не только биологические, но и социальные и культурные аспекты, то адаптация включает не только изменение себя, но и изменение внешней среды, в том числе, способность сменить окружение, если текущее не может удовлетворить актуальные потребности или несет в себе угрозу существованию (Sternberg R.J., 1980, 2019).

Адаптацию так же рассматривают как процесс регуляции эмоций (Thompson R.A., 2019), что тесно связано с процессом саморегуляции поведения. Современные авторы (Cole P.M. et al., 2017) выделяют четыре вида нарушений регуляции эмоций, которые, на их взгляд, присутствуют в клинической картине различных психических расстройств: 1) эмоции сохраняются, но попытки их регулирования неуспешны (например, генерализованное тревожное расстройство и депрессия); 2) эмоции затрудняют надлежащее поведение (например, различные расстройства поведения и влечений); 3) эмоции, которые выражаются или переживаются, не соответствуют текущим событиям (например, эмоциональная холодность, сглаженность, черствость и посттравматическое стрессовое расстройство); 4) смена эмоциональных состояний происходит чересчур быстро или слишком медленно (например, биполярное аффективное расстройство).

В работах, изучающих расстройства адаптации и регуляции эмоций, отмечается связь нарушений в регуляции эмоциональной сферы с использованием

низко адаптивных поведенческих стратегий, таких как подавление, излишне долгое размышление о происходящем, без реализации мыслей в конкретные действия, снижение поведенческой гибкости (Aldao A.et al., 2010 и др.).

В работах последнего десятилетия адаптацию так же связывают с понятием психологической устойчивости, которую рассматривают как одну из характеристик успешной адаптации (Smith B.L., 2019 и др.). Определение психологической устойчивости так же изменяется с течением времени. Первые исследователи считали, что она вытекает из полученного опыта в детстве. В дальнейшем ученые связывали ее с интеллектуальным развитием. В узком смысле психологическую устойчивость можно рассматривать как личностную черту, которая проявляется после воздействия стрессового фактора. Однако, в последних исследованиях психологической устойчивости, отмечается, что ее тоже нельзя изучать в отрыве от условий внешней среды. Как предикторы успешной адаптации выступают и биологические, и социальные характеристики: уровень образования, перенятые у референтной группы модели поведения, ценности и установки, личностные смыслы, культуральные особенности и т.п. Сложность в применении такого комплексного подхода к изучению адаптации заключается вего мультидисциплинарности – необходимости сосредоточения внимания на нескольких критериях оценки и анализа многих взаимовлияющих переменных.

Можно считать адаптацию успешной, когда человек выносит из трудной жизненной ситуации новый опыт, навыки разрешения проблем и улучшает отношения с социумом. Личностный рост после воздействия трудной, напряженной жизненной ситуации – это конструкция с множеством граней, включающая повышение оценки удовлетворенности жизнью, способность к построению более близких отношений с окружением, возросшую чувство уверенность в себе, навык поиска новых способов для удовлетворения потребностей и духовное обогащение (Herrman H. et al., 2011). ТХЗ можно считать трудной жизненной ситуацией, приводящей к напряжению АКМ, что неизбежно будет требовать разного рода изменений их прежних способов функционирования,

так как этого требуют внешние и внутрение условия (Наенко Н.И., 1976; Коцюбинский А.П., 2004; Битюцкая Е.В., 2007).

Адаптация приводит к относительному равновесию дисгармонию привычных способов поведения человека в условиях новизны (Тюрина Н.В., 2007), таким образом, в ней не обходится без участия волевого компонента, различных механизмов саморегуляции поведения (Duckworth A.L., 2005), совладания со стрессом и рефлексии. В рамках общего понятия адаптации выступает так же психическая адаптация – постоянно происходящий процесс оптимального приспособления организма к условиям среды обитания, с преодолением внешних и внутренних препятствий на пути к удовлетворению актуальной потребности (Коцюбинский А.П., 2017). В фокусе внимания в данной работе будут находиться психическая и социально-психологическая адаптация личности. Последняя представляет собой процесс познания и интеграции в поведение норм и правил общества, членом которого является человек, вхождения в существующую в нем систему отношений, требует постоянного взаимодействия с другими людьми. Социально-психологическая адаптация отражается в ценностно-смысловой сфере (Ромашов О.В., 2001). Некоторые авторы (Ананьев Б.Г., 2000; Тюрина Н.В., 2007) выделяют в социально-психологической адаптации два типа: прогрессивную и регрессивную. Под прогрессивной подразумевается комфортное сосуществование человека во внешней среде, где достигается единство целей и интересов индивида и его окружения. Регрессивная адаптация формальна, то есть принятие социальных норм, саморелизация, проявление творческих ресурсов снижены – человек демострирует относительную внешнюю конформность, при этом не прикладывая усилий для достижения гармонии с собой и окружающим миром, выявляется недостаточное использование личностных ресурсов. Можно предположить, что при тяжелом заболевании, влияющим на все аспекты социального функционирования, человек, в силу повышенного уровня стресса, истощения, сопутствующих депрессивных переживаний, а также учитывая специфику болезни, может более часто выбирать для себя регрессивные варианты адаптации. Вероятно, что мотивация личности к конструктивной деятельности, целенаправленной и

ситуационно обоснованной активности существенно способствует прогрессивной адаптации (Коцюбинский А.П. и др., 2007).

В современных литературных источниках совладание рассматривается как один из элементов психологической адаптации – это сложный процесс, требующий включения и эмоциональной, и когнитивной, и поведенческой сфер личности. В конце 1970-ых гг. Р. Лазарус предложил отойти от взгляда на совладание как реакцию на эмоции в сторону теории, гласящей что совладание – это динамический процесс, со своими уникальными законами развития. Группой западных исследователей был проведен масштабный анализ подходов к совладанию как к основе адаптации. Обнаружено, что стратегии, используемые для разрешения трудных ситуаций, во многом зависят от особенностей ценностно-смысловой сферы. Универсальной иерархии адаптационных механизмов не существует, человек использует эмоциональные или когнитивные способы совладания (они же копинг-стратегии, копинг-механизмы) в зависимости от личных предпочтений. Исследователи пришли выявили, что способность человека совладать с трудностями в том числе определяется ответами окружающей среды и социального окружения. Таким образом, в конечном счете, стратегия совладания, выбранная личностью, влияет на ее адаптацию в каждом конкретном случае (Roy C., 2011).

Процесс адаптации так же рассматривался и сквозь призму психологических защитных механизмов (Cramer P., 2000). Дифференцировать копинг и защитные механизмы можно исходя из статуса их осознаваемости или неосознаваемости, преднамеренности или непреднамеренности. Клиническая значимость психологических защит ярко проявляется в процессах комплайенса: пациенты, не склонные придерживаться рекомендаций своего лечащего врача, часто используют механизмы психологических защит. С одной стороны, это позволяет им снижать тревогу, вызванную известиями о своем заболевании, но с другой – не позволяет осознать всю серьезность ситуации, больные могут демонстрировать безответственное отношение к состоянию своего здоровья, тем самым усугубляя течение заболевания. Следовательно, сильные позитивные иллюзии (суть,

проекции) в долгосрочной перспективе не способствуют успешной адаптации, позволяя лишь ситуативно снизить напряжение (Cramer P., 1998, 2000).

В более поздних работах адаптацию изучают в контексте теории интеллекта, где «адаптивно разумное» поведение рассматривается как биологически, социально и культурно оправданный способ выживания человека в его текущих условиях внешней среды (Sternberg R.J., 2019). Современные исследователи отмечают взаимосвязь интеллекта и способностей к адаптации (Gottfredson L.S., 1997). При этом отмечается, что высокий балл при лабораторном исследовании интеллекта не предопределяет общую социальную успешность человека (Cianciolo A.T., Sternberg R.J., 2018; Sternberg R.J., 2019 и др.). Процессы общего интеллекта, которые можно измерить при помощи тестов на интеллект, безусловно, имеют адаптационное значение, так как лежат в основе всех форм интеллектуального поведения и универсальны для разных культур. При этом способы реализации адаптационного поведения будут различными и зависят от принятых в том или ином обществе правил поведения. Р. Стенберг (Sternberg R.J., 2010) выделил алгоритм, по которому работает интеллект в контексте адаптационной функции. Во-первых, признание наличия тех или иных трудностей, во-вторых – определение их характера, в-третьих – мысленное представление трудной ситуации; затем идет формулирование стратегии решения трудности, после проводится мониторинг эффективности выбранной стратегии во время урегулирования трудной ситуации и в конце происходит оценка эффективности выбранной стратегии после решения трудности (Sternberg R.J., 1980), что перекликается с теорией саморегуляции поведения. Так же важным моментом явилось утверждение, что интеллектуальные способности человека влияют только на его собственную адаптацию, и эти законы не применимы, когда речь идет о популяции в целом (Sternberg R.J., 2019). Для данного исследования это актуально, поскольку речь идет об индивидуальных ценностно-смысловых ориентациях, входящих в психологические механизмы приспособления личности как к трудной жизненной ситуациии ТХЗ, так и к собственным эмоциональным и когнитивным реакциям, а также реакциям социального окружения, в котором они оказались.

Резюмируя, можно привести пять пунктов, которые исследователи последнего десятилетия (Rutter M., 2006; Herrman H. et al., 2011) выделяют в качестве основ для адаптации:

1. Способность адаптироваться к неблагоприятным условиям и резистентность отрицательным воздействиям из вне может быть обусловлена контролируемой способностью рисковать, что отражает большую поведенческую гибкость, нежели стремление живого существа избежать всевозможных рисков любыми доступными способами;

2. Успешная адаптация может быть обусловлена особенностями внешней среды, которые не оказывают существенного влияния на живое существо в отсутствии стрессового воздействия;

3. Сопротивление и затруднения адаптации могут быть вызваны физиологическими или психологическими процессами совладания и особенностями ценностно-смысловых ориентаций, а не внешними факторами;

4. Приобретение навыков, способствующих успешной адаптации к текущим обстоятельствам, может быть связано с кризисными моментами, тяжелой жизненной ситуацией;

5. Способность к адаптации может быть ограничена биологическими особенностями или повреждающим воздействием стресса и/или неблагоприятных факторов на нервные структуры.

Под **компенсацией** подразумевается защитный механизм психики, реакция на препятствие к адаптации (Коцюбинский А.П., 2019), представляющий собой попытку преодоления каких-либо недостатков – реальных или кажущихся.

В настоящее время, опираясь на классификацию психологических защит, сделанной Ненси Мак-Уильямс (Мак-Уильямс Н., 2001), компенсация отводится к зрелым (вторичным) защитам. Автор определяет этот механизм как преодоление фрустрации в одной сфере сверхудовлетворением в других сферах или подчеркивание своих сильных сторон с целью скрыть слабости. Компенсация проявляется как прикладывание дополнительных усилий (Беляев И.А., 2009), она тесно сопряжена с волевыми процессами. Понятия «адаптация» и «компенсация»

соотносятся как с нормальными, так и с патологическими процессами и явлениями (Коцюбинский А.П., 2007).

Наличие серьезного заболевания – как психического, так и неврологического или соматического, накладывает существенный отпечаток на АКМ личности, особенно, если речь идет о ТХЗ, с высокой возможностью инвалидизации (Николаева В.В., 1987; Бройтигам В. и др., 1999; Михайлов Б.В. и др., 2002). Когда речь заходит о болезни, можно вспомнить одно из самых определений – «…жизнь при ненормальных условиях», Р. Вирхова (1821-1902), из которого следует, что возникновение патологического процесса сопровождается напряжением АКМ (Долгих В.Т., 1997). В случае развития хронических инвалидизирующих заболеваний это становится особенно существенно, поскольку, как уже отмечалось, компенсаторные реакции призваны замещать ослабевшие или утерянные в результате болезни функции, а адаптационные – приспосабливаться к новым условиям жизни, вызванными болезненным процессом. При этом необхолимо брать в расчет учитывать и особенности биологической адаптации, но психологический и адаптационно-компенсаторный потенциал страдающего от болезни человека (Овчинников Б. В. и др., 2010).

Для изучения особенностей адаптации и компенсации были рассмотрены два ТХЗ. Первое – параноидная шизофрения, как правило, возникающая в молодом возрасте, часто приводящая к ранней инвалидизации (Шапошников Н.Н. и др., 2016). Второе – приобретенная миастения, являющееся аутоиммунным заболеванием, для которого характерны патологическая утомляемость и мышечная слабость, приводящая к нарушениям передвижения, самообслуживания, глотания, дыхания, дисфонии и дизартрии (Лайсек Р.П., 1984; Кузин М.И., 1996; Санадзе А.Г., 2012). Миастения может возникнуть в любом возрасте, часто в молодости. При миастении высоки риски инвалидизации, есть вероятность летальных исходов, а кризы могут явиться тяжелой психотравмирующей ситуацией (Санадзе А.Г., 2012; Романова Т.В., 2013).

1.2. Особенности АКМ у больных параноидной шизофренией и у пациентов с приобретенной миастенией

У пациентов с шизофренией наличие продуктивной и негативной симптоматики некоторыми исследователями рассматриваются как искаженные адаптационные феномены (Снежневский А.В., 1975; Коцюбинский А.П., 2007; Kolb L., 1973; Heilbrun B. et al., 1985 и др.). Первичные симптомы считались прямыми проявления болезненного органического процесса – амбивалетность, аутизм, затруднения ассоциативного мышления, эмоциональные изменения. Вторичные симптомы шизофрении являются особенностями адаптации больного к первичным нарушениям. Отмечалось приспособительное, компенсаторное значение развития некоторых форм бредовых переживаний, а позитивная и негативная симптоматика выступали как способы приспособления личности к болезни и изменившимся в связи с заболеванием условиям внешней среды, бред и галлюцинации представлялись как гиперболизированные формы защитного механизма проекции.

Есть понятие «цена адаптации», которое заключается в патологической адаптации, то есть в разнице между доболезненным уровнем и морбидно сниженным. Вероятно, что при шизофрении «ценой адаптации» может быть степень выраженности негативной симптоматики (Воложин А.И., Субботин Ю.К., 1987).

Компенсация имеющихся нарушений у пациентов с параноидной шизофренией предполагает уменьшение психопатологической симптоматики (Семенов С.Ф. и др. 1979; Белопольская Н.Л., 2015), восстановление социальных функций (Воловик В.М., Вид В.Д., 1989). В исследовании А.П. Коцюбинского и соавторов (Коцюбинский А.П. и др., 2007) приводится пять возможных путей взаимного существования личности больного шизофренией, болезни и способностей к конструктивной социальной активности. Авторы проводят «ранжирование» этих способов по степени зрелости, эффективности и

законченности. Учет требований действительности и полная эмоциональная и мыслительная переработка патологических переживаний является, по мнению авторов, самым высокоорганизованным и эффективным способом. В то же время, у многих больных сохраняется так называемая «двойная ориентировка» – когда одинаково реальными кажутся и объективные явления внешнего мира, и болезненные феномены. Например, к бредовым переживаниям или обманам восприятия появляется критика, благодаря которой пациенты могут довольно неплохо функционировать в обществе – психотические проявления как бы уходят в фон. У ряда пациентов отмечается склонность к рационализации своего состояния, поиску «психологически понятных» причин болезни. Некоторые больные выявляют склонность к «изоляции психотического от сохранного» (Зеневич Г.В., 1964) путем вытеснения болезненных переживаний за пределы осознаваемого, их дезактуализации. Иногда происходит слияние личности и проявлений болезни в единое целое, при котором возникает паралогичное объяснение феноменов психотической окраски, «патологическое объяснение патологического». Негативная симптоматика при шизофрении А.П. Коцюбинским и соавторами (Коцюбинский А.П. и др., 2007) описывается не как нарастание дефицита когнитивного и социального функционирования, а как результат адаптации организма в условиях ограниченной компенсаторной активности. То есть человек с эмоционально-волевым снижением, как бы снимает таким образом тревогу и возбуждение. Потеря эмоциональности, равнодушие к переживаниям как внешним, так и, впоследствии, внутренним, приводит к уменьшению активности.

В данном исследовании рассматриваются психологические АКМ, с опорой на их отражение в субъективно ощущаемых психопатологических симптомах, уровне субъективного контроля, смысложизненных ориентациях, личном переживании времени, а также с позиции особенностей саморегуляции поведения.

1.2.1. Субъективное восприятие психопатологических проявлений у больных параноидной шизофренией и у пациентов с приобретенной миастенией

В литературе существует большое количество описаний психопатологической симптоматики, в том числе, особенностей депрессии у пациентов с параноидной шизофренией. В первую очередь, рассмотрим данные о субъективной оценке пациентами психопатологических феноменов. С точки зрения выбора психо-социальных реабилитационных инструментов, важны именно субъективные переживания и самоощущение. Степень откровенности с собой и, после, с врачом в этом вопросе, может быть тесно связана с адаптационно-компенсаторными возможностями и комплайенсом.

У больных параноидной шизофренией на этапе формирования ремиссии наблюдается довольно высокая степень выраженности общего индекса тяжести субъективно воспринимаемых психопатологических явлений. Кроме того, присутствуют тревога, депрессия, неприятные соматические ощущения, обсессивно-компульсивные феномены, враждебность, фобические реакции, межличностная тревожность, паранойяльность, психотические проявления (Дубинский А.А, Булыгина В.Г., 2015; Рычкова О.В., 2015; Юрченко О.Н., 2016), и как следствие, высокая выраженность симптоматического дистресса. Они являются как проявлением болезненного процесса, так и следствием психотравмирующего воздействия болезни на сохранные части личности (Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011; Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015; Осокина О.И. и др., 2014; Шмуклер А.Б., 2015; Heatherton T.F., Baumeister R.F. et al., 2005; Hagger M.S. et al., 2010; Wagner D.D., 2011; Inzlicht M. et al., 2014).

В исследованиях психопатологических проявлений у пациентов с параноидной шизофренией по PANSS отмечаются волевые нарушения и слабый контроль импульсивности. При этом, с увеличением длительности заболевания, менее выраженными становятся озабоченность соматическими проявлениями,

тревога и внутреннее напряжение (Мальцева Е.А. и др., 2014), что можно объяснить нарастанием волевых нарушений и снижением критичности по мере развития болезненного процесса. Отмечаются сложности распознавания собственных и чужих чувств, реакции окружающих на свое поведение и возможности ее спрогнозировать (Mitchell J.P., 2006), снижается способность к рефлексии (Barch D.M., 2005; Lysaker P.H., Dimaggio G., 2014), то есть затрудняется формирование синтетических образов и представлений о себе и о других (Папсуев О.О. и др., 2015).

Депрессивные состояния у пациентов с параноидной шизофренией на этапе формирования ремиссии по данным отечественных источников характерны для 25%-80% больных (Мальцева Е.А. и др., 2014; Barch D.M., 2005; Lysaker P.H., Dimaggio G., 2014). А.П. Коцюбинский приводит еще более широкий диапазон – от 7 до 70% случаев депрессивных состояний у страдающих шизофренией (Коцюбинский А.П., 2017). В иностранных публикациях сообщается, что депрессивные расстройства при шизофрении составляют около 40%, однако этап заболевания (ранний или хронический) и состояние (острое или постпсихотическое) так же влияют на цифры, которые могут значительно различаться в зависимости от указанных факторов (Conley R.R. et al., 2007; UpthegroveR. et al., 2010). В острых эпизодах показатели доходят до 60%, в то время как в постпсихотическом состоянии выраженность депрессивных симптомов от умеренных до тяжелых находится в значениях от 20% при длительном течении заболевания и 50% после лечения первого эпизода (Upthegrove R. et al., 2010). Если посмотреть на частоту проявлений депрессии среди всех случаев шизофрении, не беря в расчет длительность, то до 80%, пациентов испытывают клинически значимый депрессивный эпизод один раз или более (Шапошников Н.Н., Ситчихин П.В., 2016).

Пациенты с шизофренией, выявляющие депрессивные переживания, чаще испытывали ухудшения психического состояния, у них чаще отмечались проблемы социального характера, были выше суицидальные риски, отмечались низкие показатели удовлетворенностью жизнью, семейными отношениями, а также более

низкая комплайентность (Conley R.R. et al., 2007). В некоторых современных зарубежных исследованиях отмечается, что депрессия повышает риски самостигматизации, пациенты испытывают сложные для переживания чувства, такие как стыд, вина за свою болезнь, потеря доверия к себе и к миру, снижение мотивационного компонента (Sandhu A. et al., 2013).

А.Б. Смулевич отмечает, что основная часть депрессий при шизофрении зарождается за пределами реактивного процесса (Смулевич А.Б., 2003). Депрессия, таким образом, выступает как интегрирующая часть шизофренического процесса (Олейчик И.В., 2009). Главным образом, обращает на себя внимание содержание мыслительной сферы – так называемой «депрессии духа», где превалируют переживания бессмысленности жизни, одиночества, обреченности, жизнь представляется ограниченной, безрадостной и лишенной чувственных удовольствий (Циркин С.Ю., 2012). Арон Бек определил «когнитивную триаду» в депрессии следующим образом: бессмысленность жизни, безнадежность будущего, а самость не представляет никакой ценности (Beck A.T., 1970).

Существует несколько точек зрения на взаимосвязь депрессии и шизофрении. В первую очередь, это реакция человека на возникновение психического заболевания, «на психотический опыт» (Смулевич А.Б., 2003). Во вторую очередь, депрессия может быть выступать как основное проявление шизофренического процесса, так как аффективные симптомокомплексы имеют место в клинической картине заболевания еще до начала ПФТ. В третью очередь, депрессия может являться следствием побочных эффектов антипсихотических препаратов (Коцюбинский А.П., 2017).

В структуре депрессии у больных параноидной шизофренией преобладают сниженное настроение, чувство безнадежности, самоуничижительные идеи. Любопытно наблюдение, что у больных параноидной шизофренией с депрессией чаще возникает астенический тип ремиссии, а для больным без депрессии чаще свойственнен параноидный тип ремиссии (Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015). Возможно, астенический тип ремиссии с депрессивными проявлениями выступает как «экстремальная» адаптация к жизни в условиях ТХЗ. Возможности для

удовлетворения актуальных потребностей снижены, личность снижает свой энергетический потенциал, впадает в депрессию, и тем самым, практически решает проблему удовлетворения потребностей – их количество в таком состоянии мало и часто ограничивается витальными и довольно простыми социальными, легкими в своей реализации. Рождается предположение о том, что больные шизофренией шизофренией с параноидным типом ремиссии успешно компенсируют имеющееся психическое неблагополучие по механизмам, описанным выше – происходит или «дезактуализация» (Зеневич Г.В., 1964) психотических переживаний, или же их диссимуляция (Личко А.Е., 1989).

В исследовании Петровой Н.Н. и Вишневской О.А. выявлено, что у четвертой части больных параноидной шизофренией перед развитием депрессии была травмирующая психогенная ситуация (Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015). Несомненно, хроническое психическое или соматическое страдание уже само по себе сильнейшая психогения, то есть, это постоянно существующая тяжелая жизненная ситуация, воздействующая на человека (Головин С.Ю., 1998), снижается устойчивость организма к стрессовым факторам, повышается готовность к возникновению или усугублению болезненных переживаний.

Депрессивные состояния играют немалую роль в прогностической оценке состояния пациента (Наджаров Р.А., Смулевич А.Б., 1983; Кинкулькина М.А., Иванец Н.Н., 2009; Шмуклер А.Б., 2015; Шапошников Н.Н., Ситчихин П.В., 2016; Upthegrove R. et al. 2010; Sandhu A. et al. 2013). Существует теория, что депрессия в эндогенном процессе является реакцией личности на болезнь (Кинкулькина М.А., Иванец Н.Н., 2009). По другой версии, с угасанием психотической продукции раскрывается депрессивная симптоматика, депрессия при шизофрении рассматривается в ключе негативной симптоматики, поскольку они имеют феноменологическое сходство. С третьей стороны, психоз истощает живой организм, и депрессия может в данном контексте рассматриваться как биологическая реакция (Незнанов Н.Г., Иванов М.В., 2021).

У пациентов с миастенией так же могут отмечаться психопатологические реакции – высокая тревога и чувствительность к стрессовым воздействиям,

депрессивные состояния (Петрова Н.Н., 2005; Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009). В их развитии участвуют следующие факторы: личностная структура, особенности, по которым течет заболевание и отношение к нему, семантика диагноза – угроза для жизни, с которой он ассоциируется (Смулевич А.Б., 2001). Вероятность летальных исходов и кризы могут стать тяжелой психотравмирующей ситуацией (Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007). Все это снижает качество жизни (Конькова Д.Ю., Карнаух Д.Н., 2016) и, не смотря на формальное отсутствие нарушений психической деятельности у пациентов с миастенией (по крайней мере, на первых этапах болезни), они нуждаются в психологической помощи (Романова Т.В., 2013; Kulaksizoglu I.B., 2007). В то же время, личностные особенности пациентов с миастенией (Rohr W., 1993; Ruddy R., House A., 2005 и др.), которые могли бы явиться мишенями для оказания психо-социального реабилитационного воздействия, менее исследованы, чем особенности больных параноидной шизофренией.

Пациенты с миастенией, определенно, сталкиваются, с неменьшими трудностями в адаптации к изменившимся условиям жизни и компенсации имеющихся нарушений, чем больные психическими расстройствами. Это заболевание существенно ограничивает жизнедеятельность, периодически представляя угрозу для жизни, является трудной жизненной ситуацией, несет психотравмирующее воздействие (Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007). Миастения – хроническое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется патологической утомляемостью и мышечной слабостью (Санадзе А.Г., 2012), ему подвержены люди любого возраста, часто молодые. При этом может значительно нарушаться способность к самообслуживанию, передвижению, возникают трудности в дыхании, глотании, артикуляции и голосообразовании (Лайсек Р.П., 1984; Кузин М.И., 1996), что часто становится причиной инвалидизации. Им необходима длительная лекарственная терапия, иногда хирургические вмешательства (Кузин М.И., 1996). Больные миастенией демонстрируют низкий уровень стрессоустойчивости, при этом парадоксально проявляя стремление самостоятельно разрешать сложные

жизненные ситуации, предъявляют высокую требовательность к себе. У них преобладают реакции самообвинения, но, в то же время, ответственность за совершенные поступки часто отрицается, в виду «смягчающих обстоятельств». Таким образом, способы совладания со стрессом у этих пациентов оказываются неэффективными или малоэффективными (Романова Т.В., 2013). Перенос ответственности и поиск «смягчающих обстоятельств», могут являться феноменами компенсации имеющихся нарушений, а повышенное внимание к своим достижениям и стремление соответствовать общественным нормам – элементами работы адаптационных механизмов. В первом случае сохраняется целостность представлений о себе, то есть сложности и ошибки, возникающие в каком-либо виде деятельности, списываются на слабость, утомляемость, неблагоприятное стечение обстоятельств и т.п. Во втором случае требовательность к себе может свидетельствовать о развитых рефлексии и осознанности действий, стремлении сделать оптимальным функционирование организма (как сложной системы) во взаимодействии с внешней средой (Коцюбинский А.П., 2017).

У пациентов с миастенией выявляются склонность к подавлению гнева, большая частота компульсивного поведения по сравнению со здоровыми людьми, высокая выраженность аутоагрессивных побуждений (Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009; Rohr W., 1993). Благополучной адаптации и компенсации имеющихся нарушений у пациентов с миастенией способствовали поиск смысла в происходящем и обращение к религии (Knieling J. et al., 1995, 1998).

Клинически выраженная депрессия развивалась у 75% обследованных больных миастенией. Ее можно охарактеризовать как тревожную депрессию с внутренним напряжением (Петрова Н.Н., 2005; Заславский Л.Г. и др., 2015).

При сравнении частоты проявлений тревоги и депрессии установлено, что для пациентов с миастенией более характерно повышение ситуативной тревоги. При этом, чем сильнее тяжесть заболевания, тем более выраженной становится тревога. Тяжелое течение болезни приводит к срыву адаптационных механизмов психики, это сказывается и на приверженности к лчению – наблюдается снижение точности и аккуратности в выполнении рекомендаций врача (Конькова Д.Ю.,

Карнаух Д.Н., 2016). Вероятно, это происходит в силу повышения тревоги до такого уровня, когда она уже не мобилизует живой организм, а начинает дезорганизовывать его деятельность. Тогда снижение приверженности к лечению может рассматриваться как «противотревожное» действие – наступление равнодушия к лечению выступает как компенсаторный механизм, похожий на тот, который описывался выше в случае с больными шизофренией – апатия помогает купировать внутреннее эмоциональное напряжение (Коцюбинский А.П., 2017). Таким образом, ТХЗ снова проявляется в виде трудной жизненной ситуации, с которой приходится сталкиваться личности (Битюцкая Е.В., 2007) и которое вызывает сильное напряжение в работе АКМ. У пациентов с миастенией наблюдается высокая выраженность симптоматического дистресса и, помимо депрессивных и тревожных переживаний, отмечаются ощущения соматического неблагополучия, навязчивости, страхи, настороженность (Кудряшова В.Ю. и др., 2020а, Кудряшова В.Ю. и др., 2020б).

1.2.2. Смысложизненные ориентации, уровень субъективного контроля и субъективное переживание психологических характеристик времени у больных параноидной шизофренией и пациентов с приобретенной миастенией

Философско-психологический вопрос «бытия в мире» для серьезных психических расстройств, таких как шизофрения и депрессия, задавался еще Л. Бинсвагером (Binswanger L., 1970, 1988) и Х. Талленбахом (Tellenbach H., Pélicier Y., 1979). Несмотря на широкую изученность психологических механизмов у пациентов с шизофренией вопросы их ценностно-смысловых ориентаций остаются открытыми для обсуждения. Ценностно-смысловая

сфера у пациентов с миастенией на сегодняшний день мало освещена в литературных источниках, что так же оставляет простор для научного анализа.

Некоторые исследователи выделяют у больных шизофренией так называемую позицию «позитивного ухода», то есть самостоятельного отстранения больного от социальных отношений в сочетании с сохранением условных связей с окружением (Corin E., Lauzon G., 1990). Е. Корин (Corin E.,1990) в исследовании жизненных смыслов у пациентов с шизофренией отмечает характерную тенденцию к нахождению в людных местах с простыми моделями социального взаимодействия (например, магазин или кафе у дома, парки и улицы поблизости), однако, они практически никак не контактируют с находящимися там людьми. Это позволяет больным шизофренией находиться внутри так называемого «социального каркаса». В построении отношений с внешним миром у пациентов с шизофренией отмечаются две разнонаправленные тенденции: с одной стороны, отгороженность от мира, погруженность в свои переживания, крайняя внимательность к внутренней жизни, а с другой – тенденция цепляться за окружающих, буквально – «дерево и стекло» (Обухов С.Г., 2007).

Гумманистические позиции рассматривают личность как целостную систему, обладающую некоторой степенью свободы от влияния внешней среды благодаря собственным смыслам и ценностям (Ильичёв Л.Ф., 1983; Ждан А.Н., 1990; Зорин В.И., 2002; Хьелл Л., Зиглер Д., 2004; Караваева Т.А., Коцюбинский А.П., 2018 и др.). Несомненно, что это своеобразие значительно определяет рисунок поведения и общую картину жизни процессуального больного (Parnas J. et. al., 2005; Gross G. et. al., 2008; Conerty J. et. al., 2017; Sass L. et. al., 2017a, 2017b).

В зарубежных источниках приводится так называемая модель EAWE, служащая для выявления шести ключевых измерений субъективности, а именно, переживание человеком: (1) пространства и объектов, (2) времени и событий, (3) других людей, (4) языка (устного или письменного), (5) атмосферы (общее ощущение реальности, знакомство, жизненность, смысл или релевантность) и (6) экзистенциальной ориентации (ценности и мировоззрение) (Sass L. et. al., 2017a,

2017b). Человеку требуется система смыслов, в которой отражается направленность личности, жизненные цели, осознанность выборов, оценок и формирования отношений с реальностью – в частности, удовлетворенность самореализацией, способностью брать ответственность за происходящее и ощущением управляемости жизненными процессами (Чудновский В.Э., 1999; Гончар С.Н., 2012). Ощущение контролируемости жизни, ее наполненность смыслами позволяет человеку воспринимать возникающие трудности как некий вызов, требующий творческого решения (Herrman H. et al., 2011). Отсутствие у личности значимых и понятных смыслов в жизни ведет к неудовлетворенности и снижению социальной адаптации (Ялом И., 2014; Леонтьев Д.А., 2009; Осокина О.И. и др., 2014; Бюдженталь Д.Ф.Т., 2015; Sass L. et al., 2017a, 2017b).

В исследованиях смысложизненных ориентаций у больных шизофренией наблюадется слабая выраженность целей на будущее, привносящих в жизнь осмысленность, направленность и временную перспективу (Волкова О.Н., 2009; Витютина Т.А., 2010; Куликов С.А., 2011; Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015). Им свойственны фатализм, убежденность в том, что жизнь не подвластна сознательному контролю, свобода выбора всего лишь иллюзия, следовательно, не имеет смысла строить какие бы то ни было планы на будущее (Осокина О.И. и др., 2014; Кудряшова В.Ю., 2018; Кудряшова В.Ю. и др., 2019; Kelley W.M. et al., 2015; Flower D., French P., 2019). Искажения в восприятии своей самости отражаются в ослаблении и нарушении жизненных смыслов и опор (Sass L. et al.,2017a, 2017b; Merleau-Ponty M., 2012).

В исследованиях уровня субъективного контроля у пациентов шизофренией выявляется сниженный уровень интернальности. У большинствп больных прослеживается тенденция перекладывать ответственность за свою жизнь и внешние события на независящие от них факторы и других людей (Козлова Э.М., Суворова А.В., 2009; Ханько А.В., 2014; Кудряшова В.Ю., 2019).

Время, очевидно, является базовым измерением жизненного опыта. Однако базовая или имплицитная темпоральность (Gross G., 2008; Sass L. et al., 2017a,

2017b), то, что Уильям Джеймс (James W., 1890) назвал «видимым настоящим», также является и маркером самоощущения личности. Субъективное ощущение психологических характеристик времени – один из законов, определяющих пространственно-временную организацию психики, которая, несомненно, меняется при разных психических состояниях (Вассерман Л.И. и др., 2005). Болезнь порождаетпереживаниядепрессивного ряда (Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015; Шмуклер А.Б., 2015), соотносящиеся с параметрами негативной аффективности – это, прежде всего, апатия, психическая астенизация, анергия и когнитивные нарушения (Смулевич А.Б., 2003). Депрессия, в свою очередь, изменяет восприятие настоящего, прошлого и будущего (Вассерман Л.И. и др., 2005; Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011). Больныи шизофренией свойственны негативное отношение к настоящему, искажения психологической связи с объективной реальностью, растерянность, слабая эмоциональная и когнитивная включенность в происходящих события, ритм жизни воспринимается как разорванный, слабо поддающийся сознательному контролю (Кудряшова В.Ю. и др. 2020б). Прошлое, напротив, воспринимается более положительно, присутствуют элементы его идеализации. По мере длительности болезненного процесса у пациентов с шизофренией постепенно снижается критичность, они перестают адекватно оценивать свои возможности, начиная смотреть в будущее излишне оптимистично (Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011). В силу свобеобразия восприятия, логики и познавательных процессов у больных шизофренией (Янушко М.Г., 2010; Лебедева Г.Г., 2017; Степанова А.В. и др., 2017; Amador X.F., David A.S., 2004; и др.), временные перспективы оцениваются ими как нереальные, слабо ощущаемые, они воспринимаются как зыбкие, ограниченные событиями их собственной жизни.

Несмотря на неблагополучный эмоциональный фон, больные миастенией демонстрируют возможности опоры на внутренние смыслы, ценностные установки. Они способны ставить перед собой реалистичные цели, получать удовольствие от самого течения жизни, результатов своей деятельности и принимать ответственность за свой вклад в происходящее (Кудряшова В.Ю., 2020).

При исследовании субъективного восприятия психологических характеристик времени у пациентов с миастенией обнаружено, что несмотря на снижение удовлетворенности, ощущение невозможности что-то изменить, слабой управляемости жизни, у них есть личностные ресурсы для поддержания довольно стабильного восприятия окружающей действительности (Кудряшова В.Ю., 2020). Также, несмотря на некоторые особенности когнитивной сферы (Шинина Т.В., 2011), у них не выявляется свойственных больным шизофренией нарушений познавательных процессов (Янушко М.Г., 2010; Зайцева Ю.С. и др., 2011), что обеспечивает единую познавательную структуру времени и способствует более высокой психологической устойчивости (Вассерман Л.И. и др., 2005). В восприятии будущего времени больные миастенией склонны к довольно пессимистичным (Кудряшова В.Ю., 2020). Это можно объяснить, как правило, сохранной критичностью, больные видят ограничения, которые будет накладывать на них болезнь в большинстве жизненных сфер (Петрова Н.Н., 2005; Конькова Д.Ю., Карнаух Д.Н., 2016; Налькин С.А. и др., 2018).

Таким образом, пациенты с миастенией, невзирая на наличие дистресса от ТХЗ (Николаева В.В., 1987) и периодическое пристальное внимание к своим неприятным переживаниям, связанным с физическим неблагополучием и изменениями, которые оно вносит в привычный образ жизни (Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009; Заславский Л.Г. и др., 2009; Романова Т.В., 2013; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007), все же, способны участвовать в событиях, находящихся за пределами ситуации болезни. При этом, необходимо брать в расчет возможность того, что могут измениться особенности их когнитивных функций, а также психологическое состояния по причинам стабилизации или ухудшения течения болезненного процесса (Moran J.M. et al., 2006).

1.2.3. Саморегуляция поведения как аспект психологических АКМ. Определение понятия и ее особенности у больных параноидной шизофренией и пациентов с приобретенной миастенией

То, насколько адаптация человека будет эффективной, во многом зависит от особенностей работы нервной системы, адекватности восприятия себя и отношений с другими людьми, соотнесения потребностей и возможностей, понимания мотивов поведения. При искажении представлений о себе и внешней среде уровень адаптации неуклонно понижается, что может приводить к снижению социального функционирования. Принято считать, что существуют некоторые относительно устойчивые личностные характеристики, играющие роль в адаптации к разным условиям. Саморегуляция поведения – одна из таких характеристик (Бубнова И.С., Терещенко А.Г., 2016).

Понятие саморегуляции поведения не имеет единого смысла и в предмете, и в структуре, и в механизмах реализации (Рассказова Е.И., 2014). С одной стороны, она выступает как сознательный, творческий механизм, регулирующий работу мотивационно-потребностной сферы, поведение, отвечающий, в том числе, за постановку и достижение целей (Деркач А.А., Зазыкина В.Г., 2003; Волкова О.Н., 2009) активность в их достижении, в том числе, это восстановление работоспособности и, что крайне важно, это деятельность по преобразованию внешней среды, которая формирует действия человека и его функционирование мире (Воловик В.М., Вид В.Д., 1989; Hofmann W.et al., 2012).

Первые шаги в направлении изучения саморегуляции поведения были сделаны Л.С. Выготским в 20-ых гг. XX в., который считал первичным не совершение действия, а «овладение собой» (Чуприкова Н.И., 2007; Сеина С.А., 2009; Черенева Е.А., 2009). Саморегуляция опосредована знаковой системой, объединяет различные психические функции в единую функциональную систему, выполняющую, собственно, саму регуляторную функцию (Выготский Л.С., 1983). По одной из версий, отличительной чертой «овладения собой», саморегуляции,

является то, что этот процесс направлен в большей степени не на окружающий мир, а на себя самого (Калин В.К., 1983; Бубнова И.С., Терещенко А.Г., 2016). Саморегуляция деятельности способствует приведению возможностей человека в соответствие с требованиями этой деятельности (Осницкий А.К., 1986). По другой версии, особый регуляторный смысл проявляется в отношениях человека с окружающими (Мирославский Ю.А., 1991). Б.В. Зейгарник описала саморегуляцию как сознательный процесс, направленный на управление своим поведением. Автор выделяла два уровня саморегуляции: первый – операционно-технический, представляющий собой сознательный процесс управления поведением. Второй – мотивационный, где выбирается общая направленность деятельности с помощью управления собственной мотивационно-потребностной сферой (Зейгарник Б.В., 1986; Рассказова Е.И., 2014).

Процесс саморегуляции предполагает включение минимально четырех психологических компонентов:

1. Способности личности осознавать свое поведение и вовремя соотносить его с правилами и нормами, принятыми в данном обществе, при этом не заостряя на этом внимание на чересчур длительное время. Так же стоит отметить, что склонность изличне сосредостачиваться на собственной личности, присущая депрессивным больным, а также свойственные для данного психического расстройства реакции инрапунитивной направленности усиливают неблагоприятный эмоциональный фон (Moran J.M., 2006; Heatherton T.F., 2011a). У больных шизофренией наблюдаются нарушения «чувства Я» и затруднения в самоанализе, что может приводить к неспособности осознать и принять факт наличия у себя психического расстройства (Amador X.F., David A.S., 2004), затруднениях в разграничении внешних стимулов от внутренних, что, скорее всего, связано с сенсорными нарушениями и слуховыми обманами восприятия (Ditman T., Kuperberg G.R., 2005; Heatherton T.F., 2011a).

2. Ментализации (Mitchell J.P., 2006), возможности понимать ии интерпретировать реакции окружающих на свое поведение и способности спрогнозировать их реакцию в ответ на то или иное свое действие.

3. Одна из важнейших потребностей человека – принадлежать к определенной социальной группе. Таким образом, необходимо выработать стратегию, позволяющую узнать о включении в ту или иную значимую группу (Macdonald G., Leary M.R., 2005), так же необходимо замечать возникающие угрозы этому. Известно, что люди, которым свойственна внешняя референция и озабоченность тем, какое впечатление они производят на окружающих, более коммуникабельны, легче устанавливают контакты с окружающими и их поведение не выходит за рамки социальных норм (Gardner W.L. et al., 2000).

4. Нужен механизм, который мог бы отслеживать и, при необходимости, регулировать возникающие переживания и координировать действия для преодоления несовпадения между своими ожиданиями и положением дел в действительности (Heatherton T.F., 2011a).

В обширном метаанализе за 2006-2017 гг. (Hennessy E.A., 2020) также отмечается многоступенчатость процесса саморегуляции поведения, он происходит одновременно в трех измерениях:

1. Регуляция эмоций как способность управлять эмоциональными переживаниями и реагировать на них.

2. Когнитивный аспект, в виде управления фокусом внимания, учет скорости восприятия информации и реагирования на стимул, предположения о будущих последствиях своих действий.

3. Самооценка, самоутвержение, самоэффективность (Van Genugten L. et al., 2017).

Процесс саморегуляции глубоко вовлечен в поведение, направленное на поддержание здоровья и не может быть рассмотрен в отрыве от окружающей среды (Van Genugten L. et al., 2017). В настоящее время в клинической практике используются различные техники для улучшения саморегуляции поведения, основывающихся как на биологических, так и на психологических аспектах жизнедеятельности человека. В частности, используются различные дыхательные техники и медитация, способствующие регуляции процессов вегетативной нервной системы в моменты совладания со стрессом, тревогой, сниженным настроением. В

исследованиях последнего 30-летия отмечается положительно влияние кардиореспираторной синхронизации на процесс саморегуляции. Во время стресса происходит снижение уровня кардиореспираторной синхронизации, что отрицательно коррелирует с активностью симпатической нервной системы (Zhang J. et al., 2010), появляются учащенное сердцебиение, нерегулярное дыхание (Jerath R. et al., 2015). Во время медитации, благодаря более медленному и глубокому дыханию происходит кардиореспираторная синхронизация, которая активирует работу парасимпатической нервной системы и способствует расслаблению (Zhang J. et al., 2010; Guglietti C.L. et al., 2013). Стресс и депрессия также связаны с повышенной активностью миндалевидного тела. Существует предположение, чтоснижение этого возбуждающего эффекта может быть потенциальным лечением. Низкоинтенсивная стимуляция блуждающего нерва вызывает длительную медленную гиперполяризацию нейронов в коре головного мозга (Zhang J. et al., 2010). Постепенно этот процесс вызывает успокоение и дает человеку больше возможностей для контроля импульсов, принятия более осмысленных решений и повышения осознанности (Wu L. et al., 2009). У больных шизофренией обнаруживается снижение уровня кардиореспираторной синхронизации, что говорит о нарушении процессов торможения в стволе головного мозга, соответственно, им так же могут быть полезны дыхательные практики и медитация для нормализации возбуждения. Во время глубокого дыхания происходит большее насыщение крови кислородом, что так же способствует процессам нормализации работы ЦНС. Учитывая тесную связь между дыханием, активностью вегетативной нервной системы и эмоциональной составляющей, становится очевидным, что люди обладают способностью изменять эмоциональные состояния, используядобровольный контроль дыхания и мышления, что так же относится к одному из механизмов саморегуляции поведения. В современной клинической практике иногда применяются основы медитации и дыхательных практик, однако, они пока не получили широко распространения в силу длительности применения для получения стойкого эффекта и необходимости специального обучения. При высокой тревоге и

напряжении мотивация кпрактике медитации и глубоко дыхания может быть низкой, а превалирующие негативные мысли могут отрицательно сказаться на регулярности практики медитации. Дыхательные техники и медитация могут быть использованы в качестве дополнительных мер для помощи лицам, страдающих тревожными расстройствами, расстройствами настроения и при неблагоприятном воздействии факторов внешней среды на психическое состояние (Zhang J. et al., 2010).

Личностная саморегуляция – это специфическая активность человека, направленная на преобразование своего психологического состояния.

Процесс саморегуляции развивается на протяжении всей жизни – от самого раннего до самого зрелого возраста. Это развитие является нелинейным, поэтапным, иерархический процесс реализуется по принципу каскада – когда способности более низкого уровня объединяются в сложные конструкции, соответствующие развитию физических и нейронных систем организма. С точки зрения физиологии в континууме саморегуляции поведения одновременно участвуют восходящие (реактивные, «снизу-вверх») и нисходящие (преднамеренные, «сверху-вниз») процессы регуляции работы ЦНС. Восходящие процессы являются автоматическими, не требуют включения умственных процессов, в то время как нисходящие процессы требуют большей осознанности, включенности и протекают с меньшей скоростью. Такая сетевая, параллельная, рекурсивная модель обработки информации в головном мозге не поддается строгой локализации. Однако, мозговые узлы, участвующие в процессах «сверху-вниз», включают переднюю поясную кору, вентролатеральную префронтальную кору, вентромедиальную префронтальную кору (участвует в обработке риска и страха, поскольку имеет решающее значение для регуляции активности миндалины) и дорсолатеральную префронтальную кору. Подкорковые области, особенно таламус и гиппокамп, также косвенно участвуют врегуляции «сверху-вниз» (Nigg J.T., 2016). Эти процессы обеспечивают работу внимания и памяти, необходимые для улучшения адаптации или достижения целей, когда в моменте не предпринимается каких-то активных действий и эмоциональное состояние не имеет яркого

отражения в поведении. Например, при медитации и дыхательных практиках, регулирется содержание оперативной памяти и аффект. Внимательное отношение к оттенкам интонаций, мимике и жестам собеседника для улучшения взаимопонимания– это так же плод работы процессов «сверху-вниз». Но когда внимание захватывается сигналом какой-либо угрозы, оно регулируется процессом «снизу-вверх», что проявляется в быстрой реакции, выраженном аффекте, активном действии, порой становящимся необходимыми для выживания. Развитие навыков саморегуляции поведения требует работы именно системы «сверху-вниз», так как она в большей степени отвечает за контроль импульсов (Hofmann W. et al., 2012; Nigg J.T., 2016).

В инструментальных исследованиях саморегуляции посредствам МРТ у людей, имеющих психиатрический анамнез, обнаружены следующие особенности. Способность к обучению саморегуляции как «сверху-вниз», так и «снизу-вверх» не зависит от наличия психиатрического диагноза. Эта находка имеет большое значение для реабилитации психиатрических пациентов, означая, что у них можно тренировать как навыки сдерживания импульсов, так и навыки быстрых и решительных действий в ответ на стимулы окружающей среды, несущие в себе потенциальную угрозу. Любопытно, что способность к саморегуляции у пациентов с психиатрическим диагнозом не зависела от возраста, тогда как в группе здоровья способность к саморегуляции несколько снижалась с возрастом. Не менее интересным оказалось, что психиатрические пациенты продемонстрировали даже лучшую способность к саморегуляции, нежели люди, не страдающие психическим расстройством, соответственно хорошая саморегуляция не всегда являет собой нормальную работу мозга. Это может быть связано с тем, что люди, страдающие психическим расстройством, имеют отличную от здоровых картину МРТ в состоянии покоя, так же они демонстрируют большую способность к расфокусировке внимания, отрешенности от выполнения задачи. Отчасти это может быть отражением болезненных переживаний – например, больные депрессией больше времени проводят в «блуждающих» мыслях, размышлениях, не

имеющих конкретной цели и какой-либо продуктивной направленности (Skouras S., Scharnowski F., 2019).

На данный момент в научном сообществе нет единого мнения относительно того, одни и те же ли отделы головного мозга отвечают за регуляцию эмоций и регуляцию поведения, но отмечается, что они в значительной степени перекрывают друг друга. В качестве зон, задействованных в процессах эмоциональной и поведенческой саморегуляции, выделяют дорсолатеральные части лобных долей, дорсальную премоторную кору, медиальные премоторные области, распространяющиеся на переднюю среднюю поясную кору, области вокруг внутрипариетальной борозды и части передней островковой/фронтальной оперкулумы. Предположительно набор исполнительных функций, обычно связанных с регуляцией поведения, опосредует собой и регуляцию эмоций (Langner R. et al., 2018).

Нарушения в регуляции эмоций порождают тревожные реакции, которые входят в картину многих психических расстройств. Проведены исследования, в которых изучалась эмоциональная саморегуляция через проявления повышенной тревожности и негативные убеждения о себе. На картине МРТ у здоровых людей переоценка негативного опыта сопровождается активацией лобно-теменных областей головного мозга, участвующих в когнитивном контроле и обработке языка. При повторной оценке здоровые испытуемые анализировали ту же информацию, но уже в состоянии покоя. Пока нет однозначного ответа, связаны ли тревожные проявления с нарушением работы лобно-теменных областей, хотя после курса когнитивно-поведенческой терапии отмечаются положительные изменения именно в этих отделах мозга. Авторы отмечают важность для повышения адаптационных возможностей как когнитивной переоценки происходящего, так и эмоционального проживания полученного опыта, принятия того, что произошло. Принятие в данном случае отличается от когнитивной переоценки готовностью проживать эмоции и мысли в их континуальном течении, от момента к моменту, не пытаясь изменить их или избежать. И для переоценки, и для принятия необходим сознательный контроль внимания с целью минимизации

излишней эмоциональной реактивности. Переоценка опирается на контролируемый поиск семантической информации для изменения интерпретации стимула. Принятие использует контроль и произвольную направленность внимания для освобождения от привычных схем обработки информации и эмоционального реагирования, порождающие негативные мысли и малоадаптивные эмоциональные и поведенческие реакции. Таким образом, принятие является осознанной, четкой стратегией регулирования своего состояния (Dixon M.L. et al., 2019). На МРТ видно, что практики осознанности и принятия (Wu L.et al., 2009; Jerath R. et al., 2015), связаны с фронто-париетальным взаимодействием. Испытуемые, которые в самоотчетах сообщали о трудностях эмоционального регулирования, при инструментальном исследовании выявляли меньшую вовлеченность лобно-теменных отделов в процесс регуляции эмоций. При использовании стратегий переоценки и принятия пациенты, страдающие от тревоги, негативных мыслей и социальных затруднений, эффективно справлялись с неприятными эмоциями, а также демонстрировали улучшения в работе лобно-теменных областей, поддерживающих нисходящую («сверху-вниз») регуляцию эмоциональных процессов (Nigg J.T., 2016; Dixo nM.L. et al. 2019).

В контексте ТХЗ важно поддержание определенного образа жизни – суть, это один из аспектов саморегуляции (Hennessy E.A., 2020). Саморегуляция включает в себя критически важное гармоничное соотношение между стремлением к удовлетворению текущей потребности и способности контролировать свои мысли, поведение и эмоции (Heatherton T.F., 2011b; Kelley M.W. et al., 2015; Van Genugten L. et al., 2017). Чем выше у человека развита способность самостоятельно управлять поведением, тем лучшее психическое здоровье он демострирует (Duckworth A.L., Seligman M.E., 2005).

Для достижения поставленной цели личности необходимо предпринимать различные усилия в саморегуляции: как направленные на достижение желаемого, так и останавливающие нежелательные проявления (Калашникова Ю.О., 2010; Higgins E.T., 1997; Shah J.Y., 2005). Важность этого в вопросах здоровья неоспарима (Heatherton T.F., 2011b). Существует предположение, что наиболее

часто используемый стиль саморегуляции в повседневной жизни является самым часто выбираемым способом контроля импульсов (Duckworth A.L., Seligman M.E., 2005; Hofmann W. et al., 2012). Под импульсом имеется в виду желание реализовать возникшую потребность в поведении, а сила импульса находится в прямой пропорции с вероятностью реализации данного поведения (Mischel W. et al., 1989; Metcalfe J., Mischel W., 1999).

До сих пор не ясны причины, по которым возникают различия в саморегуляуии – они связываются и с морфологическими особенностями головного мозга (Heatherton T.F., 2011b; Kelley M.W. et al., 2015), и с личностными характеристиками (Кацеро А.А., Кобзарь А.В., 2014; Караваева Т.А., Коцюбинский А.П., 2018). Выявлено, что человек становится более импульсивным под влиянием негативных эмоций, способность к саморегуляции снижается, возможно, из-за затруднительного положения в социальной сфере в виду неблагоприятного стечения обстоятельств, неблагополучия по причине тяжелой болезни. В результате ослабления саморегуляции он становится более уязвим перед сиюминутными наслаждениями, менее сосредоточен на реализации больших жизненных проектов, которые требуют больше усилий, но и, в конечном счете, приносят большее удовлетворение (Baumeister R.F. et al., 2005; Oaten M. et al., 2005; Killgore W.D., Yurgelun-ToddD.A., 2006; HaggerM.S. etal., 2010; HeathertonT.F., 2011a; Wagner D.D. et al., 2012). Ухудшение способности к саморегуляции так же может происходит ввиду астенизации, которая влияет на мотивационные процессы (Inzlicht M. et al., 2014). Следовательно, когда человек, не обладающих достаточным количеством ресурсов, напрягает саморегуляторные механизмы, то общий уровень саморегуляции снижается (Baumeister R.F., HeathertonT.F., 1996, 2011a).

В относительно новых работах по саморегуляции (Inzlicht M. et al., 2014) озвучивается предположение, что саморегуляторное истощение влияет на изменение мотивации – это проявляется снижении активного контроля своих мыслей, чувств и действий, стремлении к приятным впечатлениям и получению удовольствия, что во многом соотносится с мотивационными нарушениями при

шизофрении (Снежневский А.В., 1983; Жмуров В.А., 1994, 2012). Воля выступает как один из основных регуляторных механизмов поведения (Селиванов В.И., 1982; Кацеро А.А., Кобзарь А.В., 2014).

По мере развития и усугубления болезненного процесса управление своим поведением начинает вызывать некоторые сложности. Сильная и здоровая личность не испытывает чувство беспомощности, внутренней пустоты, у нее не возникают трудности постановкой целей (Вид В.Д., 1993, 2001; Greben S., 1987; White C. et al., 1987). Для больного шизофренией, с выраженной слабостью Я (Залуцкая Н.М., 2005), свойственно ощущение собственной хрупкости, тревога, страх, неуверенность и растерянность, чувство одиночества, нарушение познавательной деятельности (Янушко М.Г., 2010; Зайцева Ю.С. и др., 2011), часто возникают депрессивные состояния (Моросанова В.И., 1998).

Для подбора эффективных интервенций в психо-социальных реабилитационных мероприятиях стоит более подробно рассмотреть часто встречающуюся «ошибку» саморегуляции – прокрастинацию (Guglietti C.L. et al., 2013), которая свойственна не только людям, страдающим ТХЗ, но и в ряде случаев встречается у условно здоровых лиц. Прокрастинация – это промедление или добровольная задержка запланированной и необходимой и/или личностно важной деятельности, несмотря на ожидание потенциальных негативных последствий, которые перевешивают положительные эффекты задержки (Rebetez M.M. et al., 2017). Прокрастинация является одним из самых сильных коррелятов импульсивности.Исследователи выделяют 4 составляющих импульсивности: 1) несдержанность (склонность к сильным реакциям, часто в условиях негативного аффекта); 2) непреднамеренность (невозможность принимать во внимание последствия своих действий, прежде чем их реализовывать); 3) недостаточная настойчивость (сниженная способность оставаться сосредоточенным назадаче, если она трудна или скучна); 4) поиск ощущений (склонность получать удовольствие и заниматься приятными делами) (Guglietti C.L. et al., 2013; Klingsieck K.B., 2013). Срочность, непреднамеренность и недостаточная настойчивость связаны с когнитивной сферой и механизмами самоконтроля, в то время как поиск

ощущений зависит от мотивации. Доказано, что выраженная прокрастинация связана как с высокой импульсивностью, так и с появлением неприятных размышлений и мечтаний. Руминация, в свою очередь, взаимосвязана с несдержанностью, склонностью действовать сгоряча в ответ на неприятные события внешней среды, а склонность к мечтательности связана с недостаточностью настойчивости (Guglietti C.L. et al., 2013). Эти особенности перекликаются с мотивационными и когнитивными нарушениями, присущими пациентам с шизофренией, которым часто присуще откладывание реализации важных задач, так и импульсивная, чрезмерная приверженность какому-либо занятию (Вид В.Д., 1993, 2001; Залуцкая Н.М., 2005; Зайцева Ю.С. и др., 2011; Будза В.Г. и др., 2014; Greben S., 1987; White C. et al., 1987). В выборе стилей саморегуляции поведения больные шизофренией склонны к планированию и самостоятельности (Кудряшова В.Ю. и др., 2017) – что опять-таки находит отражение в аутичном фантазировании с выраженной задержкой или отсутствием реализации идей, которое свойственно данной категории пациентов (Chadwick P. et al., 2005; Visser K.F., 2018; Lam A.H.Y. et al., 2020). Помимо этого, у больных шизофренией страдает саморегуляция эмоциональной сферы, адекватная оценка результатов своей деятельности, снижается поведенческая гибкость (Кудряшова В.Ю., 2019).

Нарушения саморегуляции у больных шизофренией так же могут быть связаны с трудностями дифференцирования своих эмоций и их слабой управляемости (Chadwick P. et al., 2005; Visser K.F., 2018; Lam A.H.Y. et al., 2020).

Так же причиной ослабления способности к саморегуляции выступает рассогласование отдельных действий со стимулами, исходящими из внешней среды (Бердников Д.В., 2014). У страдающих шизофренией, первоочередно появляются сложности в деятельности, предполагающей обратную связь от окружающих, тогда как произвольные формы деятельности, не предполагающие тесного взаимодействия с другими людьми, являются достаточно сохранными (Ивашев С.П., 2010).

В литературе отмечается, что саморегуляции поведения можно обучаться. Приводятся исследования, в которых люди, имеющие ТХЗ различных нозологий, посредством тренировки навыков саморегуляции отмечали облегчение состояния, а также демонстрировали большую приверженность лечению, чем до обучения основам саморегуляции (Weidner G.et al., 2015). Из множества стилей саморегуляции поведения каждый конкретный человек может как избирать разные способы саморегуляции, так и придерживаться преимущественно одной излюбленной стратегии, что будет снижать гибкость и адаптивность его поведения (Беляев И.А., 2009; Волкова О.Н., 2009; Лебедева Н.М., Иванова Е.А., 2013).

Если человек осознает, что с ним происходит, то его действия так же осознанны – следовательно, у него есть выбор средств для достижения поставленных целей, он понимает для чего достигает цель, наделяет ее личностным смыслом, проводит анализ результатов своих действий и при необходимости вносит в поведение соответствующие корректировки. В отечественных исследованиях (Конопкин О.А., 2004, 2010, 2018) выделяется два аспекта, осуществляющие саморегуляцию поведения:

1. Структурно-функциональный, позволяющий выделить единую функциональную структуру, регулирующую различные виды произвольной активности человека (Конопкин О.А., 2004). Здесь мы встречаем пересечение с уже отмечавшимися выше звеньями цепи саморегуляции поведения (Воловик В.М., Вид В.Д., 1989; Деркач А.А., Зазыкина В.Г., 2003; Волкова О.Н., 2009; Рассказова Е.И., 2014; Hofmann W. et al., 2012) – постановка цели, определение необходимых ресурсов для ее достижения, разработка плана ее реализации, понимание критериев достижения желаемого результата, осуществление контроля и оценки промежуточных действий и конечного продукта деятельности, а также способность к внесению корректировок на любом этапе процесса (Конопкин О.А., 2004; Gross J.J., 1998). Описанные шаги должны быть согласованы между собой, обеспечивая непрерывное взаимодействие друг с другом и превращая большие информационные пласты из внешнего и

внутреннего мира из неопределенной субстанции в осмысленные и логичные цепочки связей (Абрамова Н.Т., 1974; Анохин П.К., 1978).

2. Содержательно-психологический, который обеспечивает комплементарность процесса саморегуляции требованиям выполняемой деятельности и отражает обширную палитру психических особенностей человека. Этот процесс остается фоновым в осуществлении рутинных действий, но как только на первый план выходит новая личностно значимая задача, процесс осознанности в регуляции своего поведения начинает выступать очень отчетливо (Конопкин О.А., 2005).

В ряде работ фигурирует мнение, что процесс саморегуляции включает в себя регуляцию мыслей, эмоций, поведения, внимания и включается, только когда человек сталкивается в процессе достижения цели с какими-то трудностями (Кацеро А.А., Кобзарь А.В., 2014).

Данных о саморегуляции поведения у пациентов с миастенией, представлено крайне мало, тема остается актуальной для изучения, в том числе, с целью определения мишеней психо-социального реабилитационного воздействия.

В.Н. Григорьева и А.Ш. Тхостов (Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009) отмечают, что психологические факторы могут первостепенно влиять на способность пациента к «психофизиологической саморегуляции», большое значение имеют установки больного на лечение и соблюдение рекомендаций врача. Если рассматривать саморегуляцию поведения в качестве механизмов совладания с трудной жизненной ситуацией, томожно обратиться к данным по исследованиям копинг-стратегий, в виду недостаточности описания особенностей саморегуляции поведения в современной научной литературе. Преобладающими стратегиями совладания со стрессом у пациентов с миастенией являются конфронтация, дистанцирование и самоконтроль (Романова Т.В., 2013).

1.3. Психо-социальные реабилитационные мероприятия: психообразование и тренинг социальных навыков в контексте помощи больным параноидной шизофренией

1.3.1. Психообразование (ПО)

Необходимость психо-социальных реабилитационных мероприятий в совокупности с психофармакотерапией для пациентов срасстройствамишизофренического спектра подчеркивается многими исследователями (Jones C. et al., 2012; Chien W.T. et al., 2013; Kahn R.S. et al., 2015; Parikh S.V. et al., 2016).

Психообразование (ПО) – один из широкоприменяемых способов психо-социального реабилитационного вмешательства при лечении шизофрении, используется как в отечественной практике (Семенова Н.Д., Сальникова Л.И., 1998; Коцюбинский А.П., 2006; Коцюбинский А.П. и др., 2015; Еричев А.Н., 2007), так и зарубежом (Dixon L. et al., 2001; Aşık E., Ünsal G., 2020; Shinozaki A. et al., 2020; Lam A.H.Y. et al., 2020). ПО – это поэтапный процесс обучения больных с расстройствами психики в области психиатрии: им преподносится информация о психических заболеваниях и оказании психиатрической помощи. Просвещение психиатрических пациентов в данных вопросах дает необходимые знания о болезни, влияет на установки и поведение в отношении заботы о здоровье. Таким образом, повышается комплаенс (Hornung W.P. et al., 1997; Pekkala E., Merinder L., 2002; Серазетдинова Л.Г. и др., 2012). Кроме того, в литературе отмечается, что прохождение психообразовательного цикла уменьшает выраженность болезненной симптоматики, сглаживая проявления тревоги, депрессии и других психотических симптомов (Pekkala E., Merinder L., 2002; Xia J. et al., 2011; Shinozaki A. et al., 2020).

В ПО программу для психиатрических пациентов и их близких включаются определенные тематические блоки. Это эмоциональная поддержка, информационный блок об особенностях и характере течения психических заболеваний, необходимости их медикаментозного лечения, инструктирование о действиях и формирование навыков для решения возникающих проблем в различных сферах жизни – от получения медицинской помощи до подсказок по комфортному межличностному общению (Dixon L., 2001; Bauml J., Pitschel-Walz G., 2003; Shinozaki A. et al., 2020). Представляется целесообразным организовывать участие больных шизофренией в ПО занятиях как на этапе становления ремиссии с целью профилактики обострений (ShinozakiA. et al., 2020), так и после рецидива, сразу по выходу из психотического состояния для оказания психологической поддержки и определения индивидуальных признаков приближения приступа, обеспечивающих обращение за помощью как только появились первые маркеры развития болезненного состояния (Solomon P., 2000; Tennakoon L. et al., 2000; Zhang M. et al., 1994). Так же положительный эффект ПО отмечается в снижении стигматизации и самостигматизации как у психиатрических пациентов, так и у их родственников (Гурович И.Я. и др., 2003).

После прохождения больными шизофренией ПО циклов замечено, что у них существенно повышается доля конструктивных и относительно конструктивных копинг-стратегий, в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. Особенно заметен положительный эффект в когнитивной сфере, которая до посещения ПО занятий характеризовалась преобладанием наименее конструктивных способов совладания (Серазетдинова Л.Г. и др., 2012). Наблюдается уменьшение негативных предположений о своем будущем и самообвиняющих мыслей о прошлом, отмечается тенденция к положительной переоценке прожитого опыта. Однако, не смотря на всю пользу ПО, на сегодняшний день ни одно исследование не выявило положительное влияние классического ПО циклана процесс управления эмоциями (Lam A.H.Y. et al., 2020), который является «слабым звеном» у пациентов с шизофренией (Chadwick P. et al. 2005; VisserK.F. et al., 2018). В частности (Dondé C. et al., 2019), некоторые авторы

замечают, что ПО хорошо информирует участников группы о симптомах, но не дает понимания сути самой болезни. Другими словами, шизофрения сопряжена со снижением способности относиться к собственным психотическим переживаниям как патологическим, быть осведомленным о течении болезни и риске рецидива, внимательно относиться к лечению, что, в общей сложности, приводит к низкой приверженности лечению у таких больных (Amador X.F. et al., 1998).

В одной из новейших работ о результатаз ПО в комплексном лечении шизофрении авторы (Lam A.Y.H. et al., 2020) вводят в программу техники Mindfullness – развития осознанности, внимательности к своим внешним и внутренним переживаниям. Опираясь именно на опыт внедрения в программу ПО блока по развитию осознанности, авторы утверждают, что способность к опознаванию своих эмоций и их регуляции у участников, прошедших тренинг, стала выше, по сравнению с контрольной группой, получавшей только лекарственную терапию и минимальное психологическое вмешательство (Lam A.Y.H. et al., 2020).

В еще одном из последних зарубежных исследований по ПО (Aşık E., Ünsal G.,2020) был введен модуль по развитию у пациентов с шизофренией навыков идентификации эмоций посредством лицевой экспрессии партнера по общению, при этом отмечался выраженный положительный, но длительный эффект. Через три месяца различия между исследуемой группой и группой сравнения исчезали. Однако при регулярной поддержке и тренировке этих навыков можно говорить о возможностях достижения устойчивых положительных результатов.

Тенденция внедрять новые блоки в классические ПО циклы для больных тяжелыми психическими расстройствами сегодня актуальна. В одной из работ на эту тему авторы (Shinozaki A. et al., 2020) исследуют ощущение субъективного благополучия пациентов – «well-being», так как в современном мире все большее значение начинает иметь то, как человек сам оценивает свою удовлетворенность жизнью, результатами лечения и т.п. (Wehmeier P.M.et al., 2007). После включения в ПО занятия кейсов и заданий для повышения качества социального функционирования и удовлетворенности жизнью отмечено повышение

способности к самоконтролю, то есть управлению своими эмоциями и поведением. Так же положительная динамика наблюдается в социальной интеграции, отмечаются улучшения в субъективной оценке психического функционирования (Shinozaki A. et al., 2020).

Таким образом, опираясь на данные последних работ о ПО больных шизофренией и его модернизации, можно сделать вывод о том, что включение блоков по повышению осознанности, удовлетворенности жизнью, распознаванию, принятию и регулированию эмоций носит позитивный характер как в краткосрочных, так и в долгосрочных перспективах (Shinozaki A. et al., 2020; Aşık E., Ünsal G., 2020; Lam A.H.Y.et al., 2020).

1.3.2. Тренинг социальных навыков (ТСН)

Тренинг социальных навыков (ТСН) обширно применяется в психиатрической практике как в нашей стране (Гурович И.Я., 2004; Кудряшова В.Ю. и др., 2021; Кудряшова В.Ю. и др., 2022), так и за рубежом (Hayes R.L. et al., 1995; Almerie M.Q. et al., 2015; Menon M. et al., 2017). Психосоциальные вмешательства в совокупности с приемом лекарственных средств – лучшее сочетание для помощи психически больным (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015).

Мотивационные нарушения, свойственные пациентам с расстройствами шизофренического спектра, отражаются в ситуации, предполагающей учет позиции другого человека (Критская В.П. и др., 1991). У больных шизофренией страдают и другие социальные навыки – способность к разрешению возникающих в процессе межличностного взаимодействия противоречий, вербальное общение (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015), возникает повышенная чувствительность к критике в свой адрес (Leff J., 1989), в то же время снижается способность принять поддержку от близких или попросить о ней (BrughaT.S., 1995).

ТСН включен в комплексные программы помощи психически больным европейскими и американскими психиатрическими ассоциациями (Puolakka K., Pitkänen A., 2019). Он состоит из упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций, усиливание коммуникативной направленности мышления, способноти различать свои чуства и эмоции, развитие способности испытывать интерес к другим людям и получать удовлетворение от общения с ними (Юдина И.И., 2013; Ковалева А.В., 2015). Так же в тренинг входит материал, способствующий развитию самоощущения и самонаблюдения для улучшения эмоционального состояния, работы мыслительной сферы и поведения, отработка навыков поведения в различных ситуациях, разрешения возникающих затруднений в общении (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015).

В литературе отмечается благотворное влияние ТСН на собственно социальные навыки пациентов с шизофренией, их когнитивные функции (Menon M. et al., 2017), метод эффективен для профилактики рецидивов (Almerie M.Q. et al., 2015) и даже делает более вероятным утройство больных на работу, повышает длительность трудовой занятости (Kinoshita Y. et al., 2013). Существуют и иные данные, согласно которым ТСН не оказывает существенного положительного влияния, особненно для тех пациентов, у которых превалирует негативная симтоматика (Kayo M. et al., 2020).

В некоторых научных трудах отмечается, что в улучшении качества жизни пациентов ТСН и ПО и другие дискуссионные встречи с больными шизофренией имели приблизительно равный положительный эффект (Hayes R.L. et al., 1995; Puolakka K., Pitkänen A., 2019;), что подкрепляет выдвинутую во введении к данной работе мысль о том, что на текущий момент невозможно оценить, какой из способов психо-социального реабилитационного воздействия имеет большую эффективность – ПО или ТСН.

По мере широкого применения ТСН в рутинной практике помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра, возникает необходимость его модернизации и дополнения, в зависимости от индивидуальных особенностей участников (Yildiz M. et al., 2019).

В одной из новейших работ авторы расширяют состав программы ТСН, превращая его в «тренинг психосоциальных навыков», охватывая 16 областей: усовершенствование коммуникативных навыков, навыков разрешения трудностей, обучение справляться со снижением характеристик внимания и памяти, способноть опознавать психотические проявления при шизофрении, получение базовых знаний об антипсихотической медикаментозной терапии и необходимости ее применения, обучение справляться с побочными эффектами препаратов, самооценка лечения, обучение справляться с постоянно присутствующими симптомами болезни, распознавание предупреждающих признаков рецидива и их мониторингу, избегание употребления алкоголя и психоактивных веществ, снижение ипохондрической настроенности, обучение справляться со стрессом; повышение уверенности в себе, организация свободного времени и повседневной деятельности, построение и развитие теплых межличностных отношений. Таким образом, мы видим здесь синтез ТСН и ПО программы. Такое сочетание является потенциально высокоэффективным, однако, может оказаться сложным в реализации из-за длительности общего курса. Результаты исследования показывают положительную динамику у пациентов с шизофренией, прошедших тренинг «психосоциальных навыков», в уменьшении их психопатологических проявлений, повышении навыков социального функционирования и качества жизни (Moritz S. et al., 2011; Moritz S. et al., 2014; Lam K.C. et al., 2015; Yildiz M. et al., 2019).

Резюме по Главе 1

В Главе 1 «Проявления психологической адаптации и компенсации у больных параноидной шизофренией и пациентов с врожденной или приобретенной миастенией» был проведен анализ современного состояния проблемы изучения

АКМ в целом и в их специфике для больных параноидной шизофренией и пациентов с врожденной или приобретенной миастенией.

Социально-психологическая адаптация бывает двух видов: прогрессивной и регрессивной. При прогрессивной адаптации человек достигает единство своих целей и интересов со своим окружением. Регрессивная адаптация менее эффективна, ресурсы личности слабо используются. Предположительно, при психическом заболевании превалирует регрессивный тип социально-психологической адаптации. Потенцирование к конструктивной, целенаправленной и ситуационно обоснованной деятельности существенно способствует прогрессивной адаптации.

Ситуация ТХЗ рассматривается с точки зрения трудной жизненной ситуации или напряженной жизненной ситуации, которая требует напряжения работы АКМ. Отмечено, что адаптационно-компенсаторная система не ограничивается механизмами психологической защиты, копинга и ВКБ. В нее так же включены ценностно-смысловые аспекты, поддерживающие адаптационные процессы с точки зрения жизненных смыслов, интернальности, субъективного восприятия психологических характеристик времени и особенностей саморегуляции поведения. Компенсация сопряжена с мотивационными, волевыми процессами, на которые болезнь оказывает влияние, вне зависимости от того, соматическая это или психическая патология.

У пациентов с параноидной шизофренией на этапе становления ремиссии наблюдается высокая степень выраженности симптоматического дистресса, волевые нарушения и слабый контроль импульсивности приводят к нарушениям в процессе саморегуляции поведения. Среди больных параноидной шизофренией высока выраженность депрессии (в разных источниках приводятся цифры от 25% до 80%). У пациентов с приобретенной миастенией тоже наблюдается высокая выраженность симптоматического дистресса, так же могут отмечаться психопатологические реакции. Клинически выраженная депрессия отмечается примерно у 75% больных миастенией.

Личности необходима система координат в виде жизненных целей и смыслов, нарушения которой приводят к снижению социально-психологической адаптации. Больным шизофренией свойственна слабая выраженность целей на будущее, фатализм. Искаженное восприятие своей самости отражается в нарушении жизненных смыслов и опор. У них низкий уровень интернальности практически во всех сферах жизни, слабая включенность в жизненные процессы. Для слаженной работы АКМ важна пространственно-временная организация психики. Депрессивные переживания влияют на восприятие настоящего, прошлого и будущего.

Способность к саморегуляции поведения так же играет роль в адаптации. При всей неоднородности понятия, саморегуляцию определяют как сознательный творческий механизм, позволяющий контролировать процесс постановки и достижения целей, выполнения конструктивных действий по их реализации. Процесс саморегуляции глубоко вовлечен в поведение, направленное на поддержание здоровья. Так же важно отметить, что саморегуляция не может рассматриваться в отрыве от условий внешней среды, в которых находится субъект и его состояния здоровья. Саморегуляции поведения можно учиться. Существуют исследования, где показано, что различные нозологии отмечают облегчение болезненных симптомов и психического состояния, вызываемого воздействием стрессора, при развитии навыков саморегуляции.

Психообразование (ПО) – один из широкоприменяемых способов психо-социального реабилитационного вмешательства при лечении психических расстройств, в том числе, параноидной шизофрении. Это поэтапный процесс обучения больных с расстройствами психики в области психиатрии. Туда включается определенные тематические блоки: информационный (о психических заболеваниях и оказании психиатрической помощи), эмоциональная поддержка, инструктирование о действиях и формирование навыков для решения возникающих проблем в различных сферах жизни.

Тренинг социальных навыков (ТСН) так же широко применяется в психиатрической практике. ТСН состоит из упражнений, направленных на

тренировку когнитивных функций, социального восприятия, включаются блоки по развитию рефлексии, отработка навыков социального поведения и решения возникающих межличностных противоречий. Метод эффективен для профилактики рецидивов и даже увеличивает вероятность трудоустройства больных и длительность трудовой занятости.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материалы исследования

Дизайн исследования. Всего в исследовании приняли участие 160 человек. Из них 99 больных параноидной шизофренией (F20.0 в соответствии с критериями по МКБ-10), 31 пациент с врожденной или приобретенной миастенией (G70.2 в соответствии с критериями по МКБ-10) и 30 испытуемых, не имеющих психиатрического или неврологического диагноза, вошедших в группу здоровья.

Дизайн, структура и способы проведения данного исследования были согласованы 18.10.2018 года на заседании локального этического комитета Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Больные параноидной шизофренией проходили лечение в 2017-2020 гг. в отделении Биологической терапии психически больных, отделении Интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Больные с приобретенной миастенией получали лечение в 2017-2020 гг. в отделении неврологии №3 Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская многопрофильная больница №2» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Группа здоровья так же была набрана в 2017-2020 гг. на базе Образовательного отделения Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Больные параноидной шизофренией (группа 1) методом рандомизации (генерация случайных чисел) распределялись в 3 группы: получавшие изолированную ПФТ (группа 1.1), получавшие комплексное лечение – ПФТ+ПО (группа 1.2.) и ПФТ+ТСН (группа 1.3.). На начальном этапе исследования сформированные группы имели сопоставимые социально-демографические характеристики и особенности работы психологических АКМ.Все они были обследованы дважды: в начале лечения, на этапе формирования ремиссии, до включения в групповую работу и на этапе выписки из стационара и/или после окончания психо-социальной реабилитационной программы.

Пациенты с врожденной или приобретенной миастенией (группа 2) и группа здоровья (группа 3) были обследованы 1 раз.

Критериями включения в исследование явились:

- способность прочитать, понять и подписать добровольное информированное согласие для участия в исследовании, а также выполнять связанные с ним процедуры исследования, в соответсвии с текущим психическим сосотоянием;
- лечение в психиатрическом стационаре являлось добровольным;
- мужчины и женщины в возрасте от 18 до 55 лет;
- наличие диагноза, соответствующего критериям рубрики F20.0 по МКБ-10;
- наличие приобретенной миастении диагноз в соответствии с критериями G70.2 «врожденная или приобретенная миастения» по МКБ-10;

- группа здоровья – лица, не имеющие жалоб или установленного диагноза по МКБ-10
- отсутствие острой психотической симптоматики, выраженных негативных симптомов и/или когнитивных нарушений.

Критерии не включения:

- отсутствие подписанного добровольного информированного согласия на участие в исследовании;
- отказ от участия в исследовании на любом из его этапов;
- получение медицинской помощи, отличной от добровольного стационарного лечения;
- возраст младше 18 или старше 55 лет;
- нахождение пациента на режиме усиленного наблюдения в связи с острой психотической симптоматикой;
- наличие выраженной негативной симптоматики и когнитивных нарушений;
- наличие иных психиатрических диагнозов, за исключением кодируемых в рубрике F20.0.

Критерии исключения:

- Отказ испытуемого от участия в исследовании на любом этапе;
- Обострение сопутствующей соматической патологии и/или появление выраженного болевого синдрома любого происхождения;
- Обострение продуктивной симптоматики, вызывающей нарушения поведения;
- Пропуск одного и более занятий ПО или ТСН (для больных параноидной шизофренией из группы 1.1 и группы 1.2).

Все пациенты имели сопоставимые характеристики заболеваний и социально-демографические характеристики. Описание исследуемых выборок представлено в таблице 1, таблице 2, таблице 3, таблице 4.

Таблица 1 – Описание исследуемых выборок (диагноз, пол, возраст)

Диагноз	Группа	Пол		Возраст (M±m/Me(IQR))
		мужской	женский	
F20.0	Группа 1.1, n=30	15 (50%)	15 (50%)	29,5±1,25
F20.0	Группа 1.2, n=39	17 (44%)	22 (56%)	28 (23,5÷35)
F20.0	Группа 1.3, n=30	7 (23%)	23 (77%)	29 (25,5÷34)
G70.2	Группа 2, n=31	9 (29%)	22 (71%)	39,9±1,96
Без диагноза	Группа 3, n=30	13 (43%)	17 (57%)	29,9±0,99

Примечания:

1. M±m–среднее и ошибка среднего
2. Me(IQR)–разброс среднего

В группу пациентов с параноидной шизофренией вошли 99 человек. Из них 30 пациентов (15 (50%) мужчин и 15 (50%) женщин, средний возраст составил 29±1,25лет). 30 человек принимали изолированную ПФТ, а 69 человек принимали участие в сочетанном лечении: 30 человек (7 (23%) мужчин и 23 (77%) женщины, средний возраст 29 (25,5÷34) лет) вошли в группу ПФТ+ПО и 39 человек (17 (44%) мужчин и 22 (56%) женщины, средний возраст 28 (23,5÷35) лет) были включены в группу ПФТ+ТСН. Существенную разницу между количеством мужчин и женщин в группе 1.3 можно объяснить особенностями выборки – на момент обследования среди пациентов, подходящих под критерии включения, чаще оказывались женщины. Так же чаще до конца проходили ПО программу женщины, в силу того, что они не попадали под критерии исключения (например, ухудшение состояния или пропуск занятия), что можно объяснить их большей дисциплинированностью и активностью. В последующем анализе субъективного ощущения активности настоящего времени это предположение находит подтверждение.

В группу больных врожденной или приобретенной миастенией был включен 31 человек (9 (29%) мужчин и 22 (71%) женщины, средний возраст 39,9±1,96лет). Существенное различие количества мужчин и женщин в данном случае объясняется тем, что женщины чаще подвержены заболеванию (Лайсек Р.П., 1984).

В группу здоровья вошли 30 человек (13 (43%) мужчин и 17 (57%) женщин, средний возраст 29,9±0,99лет).

Таблица 2 – Описание исследуемых выборок (клинико-динамические характеристики)

table	Длительность заболевания (M±m/Me(IQR))	Количество обострений (M±m/Me(IQR))	Количество госпитализаций (M±m/Me(IQR))	Инвалидность	
				да	нет
Группа 1.1	7,73±1,04	3,63±0,82	3,03±0,29	13,3%	86,7%
Группа 1.2	5 (2,75÷10)	3 (2÷5)	3(2÷4)	20%	80%
Группа 1.3	3 (2÷9)	3,5 (2,75÷5)	3 (2÷4)	7,7%	92,3%
Группа 2	8,32±0,93	3,55±1,02	3,48±0,27	29%	71%
Группа 3	-	-	-	-	100%

Примечания:

3. M±m–среднее и ошибка среднего
4. Me(IQR)–разброс среднего

Длительность заболевания у пациентов с параноидной шизофренией из группы 1.1 в среднем составляла 7,73±1,04лет, из группы 1.2 – 5 (2,75÷10) лет, а из группы 1.3 – 3 (2÷9) года. При этом они имели сходное количество обострений – значения варьировались в диапазоне от около 3 до приблизительно 3,6 (3,63±0,82; 3 (2÷5) и 3,5 (2,75÷5), соответственно) случаев. Количество госпитализаций так же сходно – приблизительно 3 раза (3,03±0,29; 3 (2÷4) и 3 (2÷4), соответственно). Большинство участников из групп 1.1, 1.2 и 1.3 не имели инвалидности (группа 1.1

– 86,7% против 13,3%; группа 1.2– 80% против 20%; группа 1.3 – 92,3% против 7,7%).

В группе больных приобретенной миастенией длительность заболевания составляла 8,32±0,93лет, количество обострений 3,55±1,02 случаев, количество госпитализаций 3,48±0,27 случаев. Большинство пациентов не являлись инвалидами (71% против 29%).

В группе здоровья ожидаемо нет данных о длительности заболевания, количестве обострений и госпитализаций, все участники не имели инвалидности.

Таблица 3 – Описание исследуемых выборок (социально-демографические характеристики: трудовая деятельность и образование)

Группа	Трудовая деятельность (M±m/Me(IQR))			Образование (M±m/Me(IQR))			
	по специальности	со снижением квалификации	не работает	высшее	неполное высшее	средне специальное	среднее
Группа 1.1	30%	10%	60%	46,7%	40%	13,3%	-
Группа 1.2	28,2%	10,3%	61,5%	38,5%	20,5%	30,8%	10,2%
Группа 1.3	30%	6,7%	63,3%	43,3%	20%	30%	6,7%
Группа 2	64,5%	-	35,5%	54,8%	-	45,2%	-
Группа 3	100%	-	-	100%	-	-	-

Примечания:

1. M±m–среднее и ошибка среднего
2. Me(IQR)–разброс среднего

Большинство пациентов с параноидной шизофренией не трудоустроены: в группе 1.1 – 60%; в группе 1.2 – 61,5%; в группе 1.3 – 63,3%. Примерно треть работает по специальности: в группе 1.1 – 30%; в группе 1.2 – 28,2%; в группе 1.3 – 30%. Меньшинство работает со снижением квалификации: в группе 1.1. – 10%; в

группе 1.2 – 10,3%; в группе 1.3 – 6,7%. Большая часть больных параноидной шизофренией имеет высшее образование: в группе 1.1 – 46,7%; в группе 1.2 – 38,5%; в группе 1.3 – 43,3%. Существенный процент больных получил средне-специальное образование: в группе 1.1 – 13,3%; в группе 1.2 – 30,8%; в группе 1.3 – 30% или незаконченное высшее: в группе 1.1 – 40%; в группе 1.2 – 20,5%; в группе 1.3 – 20%. Меньшинство закончило только школу: в группе 1.1 – 0%; в группе 1.2 – 10,2%; в группе 1.3 – 6,7%.

В группе пациентов с приобретенной миастенией большая часть больных работает по специальности (64,5%), остальные нетрудоустроены (35,5%). Большинство имеет высшее образование (54,8%), остальные – среднеспециальное (45,2%).

В группе здоровья все участники исследования закончили высшее учебное заведение (100%) и трудоустроены по специальности (100%).

Таблица 4 – Описание исследуемых выборок (социально-демографические характеристики: семейное положение и наличие детей)

Группа	Семейное положение		Наличие детей	
	да	нет	да	нет
Группа 1.1	13,3%	86,7%	20%	80%
Группа 1.2	43,3%	56,7%	26,7%	73,3%
Группа 1.3	28,2%	71,8%	17,9%	82,1%
Группа 2	32,3%	67,7%	58,1%	41,9%
Группа 3	43,3%	56,7%	30%	70%

Большая часть пациентов с параноидной шизофренией не имеют семьи: группа 1.1 – 86,7% против 13,3%; группа 1.2 – 56,7% против 43,3%; группа 1.3 – 71,8% против 28,2%, и являются бездетными: группа 1.1 – 80% против 20%; группа 1.2 – 73,3% против 26,7%; группа 1.3 – 82,1% против 17,9%. Большинство больных приобретенной миастенией так же не имеют семьи (67,7% против 32,3%), но у них есть дети (58,1% против 41,9%). В группе здоровья большая часть участников не имеет семьи (56,7% против 43,3%), и не имеет детей (70% против 30%).

Больные шизофренией получали антипсихотическую терапию, преимущественно, атипичными нейролептиками и нормотимиками. Пациенты с миастенией получали симптоматическую и патогенетическую терапию (АХЭП, гормоны, цитостатики, плазмаферез, хирургические методы лечения).

ПО программа состояла из 10 сеансов, длительностью 45 минут, с частотой 3 раза в неделю. В закрытой группе принимали участие 8-12 человек, посещение всех занятий являлось обязательным условием. В курс включались следующие блоки: 1) классификация психических расстройств; 2) расстройства восприятия и настроения, бред (в контексте общей психопатологии); 3) аффективные расстройства (в контексте частной психопатологии); 4) закон о психиатрической помощи; 5) стигматизация.

ТСН состоял из 10 сеансов, длительностью 60-80 минут, с частотой 3 раза в неделю. В закрытой группе принимали участие 8-10 человек, обязательным условием было посещение всех занятий. В программу ТСН включались 3 блока: 1) когнитивный, включающий тренинг базовых когнитивных функций (памяти и внимания) и упражнений для сплочения участников; 2) эмоциональный, развивающий навыки осознания своих чувств, рефлексии, обмена эмоциональным откликом с участниками группы, запроса и подачи обратной связи по пережитому в группе опыту; 3) поведенческий, состоящий из ролевых игр, где участники могли в безопасной среде попробовать новые модели поведения.

2.2. Описание методов исследования

В исследовании были использованы следующие методы: экспериментально-психологический, клинико-анамнестический, математико-статистический.

Для исследования использовались экспериментально-психологические методики: опросник «Стиль саморегуляции поведения» (Моросанова В.И., 1998),

«Симптоматический опросник SCL-90» (Тарабрина Н.В., 2001; Белова А.Н., 2002), шкала депрессии А. Бека (Beck A. T. et al., 1961), опросник «Уровень субъективного контроля» (Бажин Е.Ф., 1993; Реан А.А., 2016), Тест смысложизненных ориентаций (Леонтьев Д.А., 2000), опросник «Семантический дифференциал времени» (Вассерман Л.И. и др., 2005).

Выбор методик обоснован тем, что в настоящее время психологическая адаптация и компенсация изучаются через призму мультидисциплинарного подхода, куда входят и психологические, и социальные, и биологические компоненты (Herrman H. et al., 2011). Регуляция эмоций и интеллектуальная составляющая, в том числе входящие в структуру адаптации, плотно связаны с саморегуляцией поведения (Sternberg R.J., 1989; Aldao A. et al., 2010; Thompson R.A., 2019), для изучения которой в данном исследовании использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения». Необходимость учета характера субъективно ощущаемых психопатологических симптомов, в том числе, уровня депрессии, обусловлена нюансами эмоционального и когнитивного компонентов адаптации (Aldao A. et al., 2010; Thompson R.A. 2019). В настоящем исследловании это оценивается посредством опросника «SCL-90-R», шкалы депрессии А. Бека и опросника «Семантический дифференциал времени». Психологическая устойчивость, как уже отмечалось выше, так же входит в структуру адаптации (Smith B.L., 2019 и др.). Зачастую нарушения психологической устойчивости находят отражение в подавлении чувств, постоянном обдумывании происходящего и возможных действий, без их реализации в жизни, снижении поведенческой гибкости. Это также позволяет оценить опросник «Стиль саморегуляции поведения». Возможности человека к личностному росту и адаптации после воздействия стрессового фактора во многом зависят от интернальности, удовлетворенности жизнью, качества межличностных отношений в различных сферах, личностных смыслов, способности реалистично оценивать свои перспективы в будущем (Herrman H. et al., 2011). В данном исследовании для их изучения используются опросник «Уровень субъективного контроля» и «Тест

смысложизненных ориентаций» и уже упомянутый ранее опросник «Семантический дифференциал времени».

Таким образом, выбор используемых методик обоснован необходимостью комплексного взгляда на работу психологических АКМ – с точки зрения волевых аспектов (саморегуляции поведения, уровня субъективного контроля), ценностно-смысловых ориентаций («Тест смысложизненных ориентаций») и влияния психопатологических проявлений на эмоциональный и когнитивныйкомпонентыи особенности восприятия («Семантический дифференциал времени», шкала оценки депрессии А. Бека, «Симптоматический опросник SCL-90»).

2.2.1. Опросник «Стиль саморегуляции поведения»

Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССП) разработан в 1988 году в Лаборатории психологии саморегуляции Психологического института Российской Академии Образования. Он предназначен и для научных исследований, и для практической диагностики различных аспектов индивидуальной саморегуляции.

Цель методики – диагностировать уровень развития саморегуляции, составить ее индивидуальный профиль, включающий показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств – гибкости и самостоятельности.

Опросник ССП состоит из 46 утверждений. Он работает как единая шкала «Общий уровень саморегуляции» (ОУ), описывающая сформированность системы индивидуальной саморегуляции произвольной активности человека. Утверждения опросника входят в состав шести шкал (по 9 утверждений в каждой), выделенных в соответствии с основными регуляторными процессами планирования (Пл),

моделирования (М), программирования (Пр), оценки результатов (Ор), а также и регуляторно-личностными свойствами: гибкости (Г) и самостоятельности (С). Некотрые утверждения включены в структуру нескольких шкал, поскольку характеризуют не только регуляторный процесс, но и регуляторно-личностное качество.

Описание шкал:

- «Планирование» (Пл) позволяет выявить индивидуальные особенности постановки целей, способностей личности удерживать поставленную цель и осознанно планировать деятельность по ее достижению.
- «Моделирование» (М) характеризует способность к эмоциональной саморегуляции, развитость и адекватность представлений о внешних и внутренних значимых условиях для достижения поставленных целей.
- «Программирование» (Пр) демонстрирует способности личности к продумыванию поведения для достижения цели и внесению корректировок в изначальные планы, если в этом возникает необходимость.
- «Оценивание результатов» (Ор) показывает развитость способности к адекватной оценке результатов своей деятельности.
- «Гибкость» (Г) описывает уровень поведенческой гибкости, то есть, способности адекватно изменять образ действий при изменениях условий внешней и внутренней среды.
- «Самостоятельность» (С) являет собой описание уровеня автономности личности.
- «Общий уровень саморегуляции» (ОУ) оценивает общий уровень сформированности индивидуальной осознанной саморегуляции произвольной активности человека.

2.2.2. Опросник «Уровень субъективного контроля»

Методика уровень субъективного контроля (УСК) разработана Е.Ф. Бажиным, Е.А. Голынкиной, Л.М. Эткиндом в 1984 году.

В основе лежит концепция Дж. Роттера. Однако у Роттера локус контроля универсален по отношению к любым ситуациям. При разработке методики УСК авторы исходили предположения, что направленность локуса-контроля может различаться в зависимости от ситуации, в которой находится личность. В связи с этим выделяются 7 субшкал: контроль в области достижений, в области неудач, в области производственных, межличностных и семейных отношений, в области здоровья и общий уровень субъективного контроля (интернальности).

Описание шкал:

- «Общая интернальность» (ИО). Высокие значения говорят о высоком уровне субъективного контроля (интернальности личности) над значимыми ситуациями в любой области жизни. Такие люди убеждены, что большинство событий являются результатом их действий, жизнь подвластна сознательному контролю, они эмоционально устойчивы, осознанны. Низкие значения свидетельствуют о низком уровне субъективного контроля (экстернальности личности), трудностях в осознавании связей между своими действиями и происходящимии в жизни значимыми событиями. У них отмечаются убеждения, что все происходит случайно или является результатом действий других людей, жизнь неподвластна сознательному контролю. Лица с низким уровнем субъективного контроля могут испытывать тревожные переживания, быть импульсивными.
- «Интернальность в области достижений» (ИД). Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокой интернальности в положительно окрашенных ситуациях. Свидетельствуют об убеждении, что человек – «кузнец» своего

счастья. Низкие значения говорят о тенденции рассматривать свои успехи как благоприятное стечение обстоятельств, ряд случайных факторов, помощь окружающих.

- «Интернальности в области неудач (ИН). Высокие показатели свидетельствуют о развитом субъективном контроле по отношению к негативным событиям. Это может проявляться в стремлении к самообвинениям при неудачах. Низкие показатели говорят о склонности снимать с себя ответственность за свои неудачи, считать их результатом неблагоприятного стечения обстоятельств или действий третьих лиц.
- «Интернальность в семейных отношениях» (ИС). Высокие показатели являют собой склонность личности принимать ответственность за события, происходящие в семейной сфере. Низкие значения говорят об убеждении, что причиной важных событий в семье являются другие ее члены.
- «Интернальность в области производственных отношении» (ИП). Высокие значения свидетельствуют о склонности человека признавать связь между своими действиями и характером производственных отношений, успешности на профессиональном поприще. Низкий показатель свидетельствует о склонности отдавать ответственность за это руководству, коллегам или считать результатом случайных событий.
- «Интернальность в области межличностных отношений» (ИМ). Высокие значения отражают признание человеком ответственности за качество его межличностных отношений. Низкие значения свидетельтсвуют о склонности передавать ответственность за это партнерам по общению или независимым внешним обстоятельствам.
- «Интернильность в области здоровья» (ИЗ). Высокие значения свидетельствуют о том, что человек считает себя ответственным за состояние своего здоровья. Низкие значения говорят об убеждении, что здоровье и болезнь – это результат случая, а выздоровление в большей степени зависит от действий врачей, чем от его поведения.

2.2.3. Тест смысложизненных ориентаций

Тест смысложизненных ориентаций (ТСЖО) являет собой адаптированный вариант теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Тест был разработан авторами на основе логотерапии Виктора Франкла и теории о стремлении человека к смыслу, она преследовала цель эмпирической валидизации ряда представлений этой теории, в частности представлений об экзистенциальном вакууме и ноогенных неврозах. Сутью этих представлений выступает предположение, что неудача в поиске человеком смысла своей жизни (экзистенциальная фрустрация) и вытекающее из нее ощущение утраты смысла (экзистенциальный вакуум) становятся причиной ноогенных неврозов, отличающихся от ранее известных неврозов. Изначально авторы стремились показать, что тест измеряет именно степень «экзистенциального вакуума» в терминах Франкла; «экзистенциальный вакуум» присущ психически больным; «экзистенциальный вакуум» не равен просто психической патологии.

«Цель в жизни», которую диагностирует методика, авторы определяют как переживание индивидом онтологической значимости жизни. Методика адаптирована Д.А. Леонтьевым в 1986-88 годах.

Описание шкал:

- «Цели в жизни» (Цель) описывает наличие или отсутствие жизненных целей, придающих жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. При этом выражено высокие показатели могут говорить о склонности фантазировании, при котором мечты не имеют последующего претворения в жизнь.

- «Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» (Процесс). Содержание этой шкалы комплиментарно широко распространенной теории о том, что единственный смысл жизни заключается в том, чтобы жить. Эта шкала раскрывает восприятие обследуемым самого процесса своей жизни как интересного, эмоционально насыщенного и наполненного смыслом.
- «Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией» (Результат). Представляет собой оценку пройденного жизненного пути, субъективное ощущение ее продуктивности и осмысленности.
- «Локус-контроля Я» (ЛК-Я) говорит о стремлении человека контролировать свою жизнь, способности к принятию рациональной ответственности за происходящее.
- «Локус-контроля Жизнь» (ЛК-Ж) отражает степень управляемости жизни. При высоких значениях свидетельствует о склонности человека считать, что свободен сам принимать решения и реализовывать их в жизни. Низкие баллы говорят о фатализме, убежденности, что жизнь не подвластна сознательному контролю, а свобода выбора – иллюзия.
- Общая удовлетворенность жизнью (ОЖ). Оценивает общий уровень удовлетворенности жизнью.

2.2.4. Опросник «Семантический дифференциал времени»

Методика «Семантический дифференциал времени» (СДВ) предназначена для изучения когнитивных и эмоциональных компонентов в субъективном восприятии личностью своего психологического времени. Разработана Л.И. Вассерманом и соавторами в 2005 году.

Методика содержит ряд различных прилагательных, на основе которых каждый испытуемый может выразить свои «временные» переживания, субъективные представления о своем прошлом, настоящем и будущем. Методика содержит 25 полярных шкал, на основе которых выделено 5 факторов. На каждой шкале полярные значения представлены прилагательными-антонимами, в известной мере, метафорически характеризующими время. Оценка значения понятия по шкалам СДВ испытуемым позволяет поместить время в точку семантического пространства. При помощи СДВ можно оценить координаты точки в семантическом пространстве, расстояния между значениями различных понятий, понятийные структуры испытуемых, например, «прошлое», «настоящее» и «будущее». При его использовании оценивается то значение, которое данное явление имеет для человека в зависимости от его индивидуального опыта и эмоционального состояния. Пять факторов методики располагаются в трех измерениях: настоящем времени, прошлом и будущем.

Описание факторов:

- Фактор активности (АВ) раскрывает напряженность, активность и изменчивость времени. При низком показателе (негативном) этого фактора у пациента (обычно при психической заторможенности, апатичности, снижненной мотивации) психологическое время кажется пассивным, постоянным, застывшим, расслабленным или даже пустым.
- Фактор эмоциональной окраски (ЭВ) отражает удовлетворенность оцениваемым временем. Низкие показатели свидетельствуют о пессимистичном отношении обследуемого ко времени и к своей жизни. Крайне важно определить фактор «ЭВ» в контексте будущего времени, так как в этом раскрывается надежда на возможность преодоления тяжелых переживаний. Отсутствие надежды, низкая активность и мотивация к деятельсти и к жизни

сопровождается, как правило, депрессивным состоянием. В таких случаях время кажется печальным, тусклым, тревожным, серым и темным. При высоких значениях (положительном показателе) фактора «ЭВ» время расценивается как радостное, светлое, цветное, спокойное и яркое.

- Фактор величины (ВВ) косвенно отражает общий мотивационный потенциал и эмоциональное состояние пациента. Положительные значения фактора «ВВ» отражают интуитивное представление, где время воспринимается длительным, большим, объемным, широким, глубоким. Отрицательный показатель фактора «ВВ» являет собой психологическое время, которое можно описать в таких понятиях как маленькое, мгновенное, плоское, мелкое и узкое.
- Фактор структуры (СВ) говорит о развитии у пациента понятности, ритмичности, обратимости, непрерывности и неделимости познавательной структуры времени. Положительные баллы данного фактора, например, в отношении своего будущего, показывают, что у обследуемого есть определенные и достаточно тщательно разработанные планы в отношении будущего или относительно точные представления о предстоящих событиях и деятельности. Отрицательный показатель этого фактора может свидетельствовать о том, что для пациента время кажется непонятным, неритмичным, делимым, прерывистым и необратимым.
- Фактор ощущаемости времени (ОВ) характеризует реальность, близость, общность и открытость субъективно воспринимаемого психологического времени. При ряде психопатологических синдромов, например, при дереализации, восприятие времени пациента может существенно изменяться, в том числе претерпевает изменения ощущаемость изменчивости себя во времени. При отрицательном показателе фактора «ОВ» время воспринимается кажущимся, далеким, частным, замкнутым и неощущаемым.

2.2.5. Симптоматический опросник SCL-90-R

Симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Simptom Check List-90-Revised) – это клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психопатологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц.

Методика была создана Л.Р. Дерогатис и его коллегами в 1976 году на основе более ранних вариантов опросников для оценки субъективно воспринимаемых психопатологических симптомов.

SCL-90-R включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал, каждая из которых соответствует определенному симптомокомплексу: «Соматизация» (SOM), «Обсессивность-компульсивность (навязчивости)» (ОС), «Межличностная сензитивность» (INT), «Депрессивность» (DEP), «Тревожность» (ANX), «Враждебность» (HOS), «Фобии (навязчивые страхи)» (PHOB), «Паранойяльность» (PAR), «Психотизм» (PSY), «Общий индекс тяжести симптомов» (GSI), «Общее количество утвердительных ответов» (PSI), «Индекс симптоматического дистресса» (PDSI).

Описание шкал:

- «Соматизация» (SOM) выявляет нарушения, связанные с неприятными соматическими ощущениями (кардиоваскулярными, гатроэнтеральными, респираторными и др.). Так же в шкалу включены симптомы, соматически эквивалетные тревожности – головные и другие боли, дискомфорт общей мускулатуры.
- «Обсессивность-компульсивность» (ОС) описывает симптомы, которые во многом соответствуют клиническому обсессивно-компульсивному синдрому. Они адресуются к мыслям, импульсам и действиям, которые переживаются человеком как постоянно присутствующие, непреодолимые и чуждые «Я».

- «Межличностная сензитивность» (INT) описывает наличие чувства собственной неадекватности и неполноценности, подверженности самоосуждению, беспокойству. Описывают ощутимый дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Могут быть обостренное осознание своего Я и негативные ожидания от межличностного общения и любых других форм коммуникаций с окружающими.
- «Депрессивность» (DEP) раскрывает обширную область вариантов проявления клинической депрессии: симптомы дисфории и свойственного депрессии аффекта. В том числе, признаки снижения интереса к жизни, недостаточной мотивации и угасание жизненной энергии, чувстве безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.
- «Тревожность» (ANX) описывает ряд симптомов, которые сопряжены с высоким уровнем тревожности: нервозность, напряжение, дрожь, приступы паники и ощущение постоянной угрозы извне, которое придает неприятную эмоциональную окраску даже нейтральным стимулам внешней среды, некоторые соматические корреляты тревожности.
- «Враждебность» (HOS) описывает мысли, чувства или действия, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев, негодование.
- «Фобии (навязчивые страхи)» (PHOB) являют собой стойкий, иррациональный, неадекватный стимулу страх перед определенными людьми, местами, объектами или ситуациями, ведущий к избегающему поведению.
- «Паранойяльность» (PAR) является отражением паранойяльных тенденций, нарушений мышления в виде настороженности и подозрительности.
- «Психотизм» (PSY) характеризует избегающий, изолированный стиль жизни, необычные мысли, чувства и ощущения, искаженное восприятие окружающего мира, а также наличие феноменов, носящих психотическую окраску. Кроме того, может указывать на аггравацию, симуляцию и

небрежность в заполнении опросника (при высоких значениях по данной шкале и отсутствии явной симптоматики).

- «Общий индекс тяжести симптомов» (GSI) представляет собой индикатор текущего состояния и глубины расстройства, дает информацию о количестве симптомов и степени их выраженности.
- «Общее количество утвердительных ответов» (PSI) показывает число симптомов, которые отмечает у себя обследуемый, то есть количество утверждений, на которые испытуемый дает утвердительные ответы.
- «Индекс симптоматического дистресса» (PDSI) отражает степень дистресса от наличия симптомов, является мерой интенсивности их проявления, индикатором адекватности реагирования на болезненные симптомы – преувеличения или преуменьшения симптоматического дистресса.

2.2.6. Шкала оценки депрессии А. Бека

Шкала депрессии Бека разработана А. Беком в 1961 г. на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее соответсвующих, частых и значимых симптомов депрессии в предъявляемых пациентами жалобах. В результате соотнесения этого списка с клиническими описаниями симптомов депрессии, содержащимися в профессиональной клинической литературе, был создан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

2.3. Математико-статистические методы обработки данных

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного пакета Microsoft Excel 2013 и пакета статистических программ SPSS Statistics.

Для оценки нормальности распределения показателей использовался критерий Шапиро-Уилка. Социо-демографические, клинико-динамические данные и параметры АКМ представлены с использованием описательной статистики в виде среднего значения ± стандартное отклонение (M±σ) или медианы и межквартильного размаха (Me(IQR)).

Различия в группах больных шизофренией, миастенией и группе здоровья по параметрам АКМ, социально-демографическим и клинико-динамическим (количественным) признакам оценивались с помощью дисперсионного анализа или критерия Краскела-Уоллиса с поправкой Холма-Бонферрони в зависимости от распределения. Для сравнения категориальных данных использовался F критерий Фишера.

Изменения психологических АКМ больных шизофренией при использовании различных психо-социальных реабилитационных мероприятий проводилось с помощью парного критерия Вилкоксона (Wilcoxon signed rank test) или t-критерий Стьюдента для зависимых выборок в зависимости от характера распределения.

Взаимосвязь между АКМ и социально-демографическими и клинико-динамическими характеристика оценивалась с использованием коэффициента корреляции r-Пирсона (при нормальном распределении признаков) и коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при ненормальном распределении).

Различия расценивались как значимые при $p \leq 0,05$.

Объем проведенных исследований и использовавшиеся методы статистической обработки изученных данных позволили получить достаточное

количество достоверно значимых результатов, которые легли в основу выводов и научно-практических рекомендаций.

Резюме по Главе 2

Для решения поставленных в исследовании задач были обследованы 160 человек в 2017-2020 гг.

В параграфе «Материалы и методы» описан дизайн исследования, обозначены критерии включения, не включения и исключения из исследования, дана характеристика выборки участников исследования. Описаны инструменты психо-социального реабилитационного воздействия (ПО и ТСН), выбранные в соответствии с задачами исследования.

В параграфе «Описание методов исследования» обозначены методы исследования. Раскрыто содержание шкал и дано краткое описание методик (тестов и опросников). При решении вопроса о включении методики в батарею диагностического исследования учитывались данные о надежности, валидности.

В параграфе «Математико-статистические методы обработки данных» описаны методы статистического анализа с учетом специфики анализируемых переменных, которые была подобраны в соответствии с целью и задачами исследования. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного пакета Microsoft Excel 2013 и пакета статистических программ SPSS Statistics.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Сравнение особенностей работы АКМ у больных параноидной шизофренией, пациентов с приобретенной миастенией и в группе здоровья

Для выявления особенностей адаптационно-компенсаторных механизмов, свойственных исследуемым нозологическим категориям и группы здоровья, было проведено сравнение трех групп с помощью метода дисперсионного анализа. Полученные результаты, имеющие статистическую значимость или значимость на уровне тенденции представлены в таблице 5, таблице 6, таблице 7 и таблице 8.

Таблица 5 – Средние значения и значимость различий по шкалам опросника «Стиль саморегуляции поведения» в группах больных параноидной шизофренией, приобретенной миастенией и группы здоровья

Шкалы	Среднее, группа 1 (M±σ)	Среднее, группа 2 (M±σ)	Среднее, группа 3 (M±σ)	F	p-value	Post hoc анализ (различия групп)
М	3,60±1,65	4,00±1,71	4,80±1,56	4,144	0,019	группа 1 отличается от 3, p≤0,016
Ор	5,00±1,62	5,74±1,97	6,47±1,53	5,473	0,006	группа 1 отличается от 3, p≤0,004
Г	3,63±1,62	4,13±1,65	4,73±1,20	3,884	0,024	группа 1 отличается от 3, p≤0,018
ОУ	28,30±4,87	29,90±6,95	32,87±5,62	4,642	0,012	группа 1 отличается от 3, p≤0,010

Примечания:

1. M±σ – среднее и стандартное отклонение;
2. F – F-критерий Фишера
3. p-value – уровень статистической значимости
4. М – «Моделирование»

5. Ор – «Оценивание результатов»
6. Г – «Гибкость»
7. ОУ – «Общий уровень саморегуляции»

При изучении показателей саморегуляции поведения и последующего post hoc анализа выявлено, что пациенты с параноидной шизофренией имеют достоверно меньшие значения ($p \leq 0,05$) по шкалам «Моделирование»($3,60 \pm 1,65$, $p \leq 0,019$), «Оценивание результатов» ($5,00 \pm 1,62$, $p \leq 0,006$), «Гибкость» ($3,63 \pm 1,62$, $p \leq 0,024$) и «Общий уровень» ($28,30 \pm 4,87$, $p \leq 0,012$), чемиспытуемые в группе здоровья: «Моделирование» ($4,80 \pm 1,56$, $p \leq 0,019$); «Оценивание результатов» ($6,47 \pm 1,53$, $p \leq 0,006$); «Гибкость» ($4,73 \pm 1,20$, $p \leq 0,024$); «Общий уровень» ($32,87 \pm 5,62$, $p \leq 0,012$). В результате проведенного post hoc анализа обнаружено, что по шкалам «Моделирование», «Оценивание результатов», «Гибкость», «Общий уровень саморегуляции» группа пациентов с параноидной шизофренией отличается от группы здоровья ($p \leq 0,016$; $p \leq 0,004$; $p \leq 0,018$; $p \leq 0,010$, соответственно). Различий по этим показателям между больными параноидной шизофренией и приобретенной миастенией не выявлено, так же пациенты с приобретенной миастенией не отличаются от группы здоровья.

Таблица 6 – Средние значения и значимостьразличий значений «Теста смысложизненных ориентаций» в группах больных параноидной шизофренией, приобретенной миастенией и группы здоровья

Шкалы	Среднее, группа 1(М±Ơ)	Среднее, группа 2 (М±Ơ)	Среднее, группа 3 (М±Ơ)	F	p-value	Post hocанализ (различия групп)
Цель	24,97±7,82	35,58±16,64	34,30±4,22	8,427	0,000	группа 1 отличается от 2, p≤0,008 группа 1 отличается от 3, p≤0,000

Процесс	21,93±8,30	27,58±8,27	30,53±4,96	10,592	0,000	группа 1 отличается от 2, p≤0,030 группа 1 отличается от 3, p≤0,000
Результат	20,87±5,99	26,42±5,80	26,5±4,11	10,903	0,000	группа 1 отличается от 2, p≤0,000 группа 1 отличается от 3, p≤0,000
ЛК-Я	16,07±4,03	20,32±5,15	22,50±2,49	19,561	0,000	группа 1 отличается от 2, p≤0,002 группа 1 отличается от 3, p≤0,000
ЛК-Ж	23,73±5,23	27,16±8,12	31,63±4,42	12,417	0,000	группа 1 отличается от 3, p≤0,000 группа 2 отличается от 3, p≤0,030
ОЖ	80,27±19,46	94,55±28,87	106,83±11,29	11,759	0,000	группа 1 отличается от 3, p≤0,000

Примечания:

1. M±Ơ – среднее и стандартное отклонение
2. F – критерий Фишера
3. p-value – уровень статистической значимости
4. ЛК-Я – «Локус-контроля Я»
5. ЛК-Ж – «Локус-контроля Жизнь»
6. ОЖ – «Общий показатель» теста смысложизненных ориентаций

Полученные данные с использованием Теста смысложизненных ориентацийи их последующий post hoc анализ показали, что пациенты с параноидной шизофренией демонстрируютболее низкие показатели пошкалам «Цель» (24,97±7,82, p≤0,000), «Процесс» (21,93±8,30, p≤0,000), «Результат»(20,87±5,99, p≤0,000), «Локус-контроля Я» (16,07±4,03, p≤0,000) по сравнению с больными приобретенной миастенией: «Цель» (35,58±16,64, p≤0,000); «Процесс» (30,53±4,96, p≤0,000); «Результат» (26,42±5,80, p≤0,000); «Локус-контроля Я» (20,32±5,15, p≤0,000) и группой здоровья: «Цель» (34,30±4,22, p≤0,000); «Процесс» (27,58±8,27, p≤0,000); «Результат» (26,5±4,11, p≤0,000); «Локус-контроля Я» (22,50±2,49, p≤0,000). В результате проведенного post hoc

анализа обнаружено, что группа пациентов с параноидной шизофренией отличается по данным шкалам от группы больных приобретенной миастенией ($p \leq 0{,}008$; $p \leq 0{,}030$; $p \leq 0{,}000$; $p \leq 0{,}002$, соответственно), а так же от группы здоровья ($p \leq 0{,}000$; $p \leq 0{,}000$; $p \leq 0{,}000$; $p \leq 0{,}000$, соответственно). Группа здоровья и группа больных приобретенной миастенией по данным параметрам не имеют статистически значимых различий. Пациентов с параноидной шизофренией и больных с приобретенной миастенией объединяет сниженное значение по шкале «Локус-контроля Жизнь» ($23{,}73 \pm 5{,}23$ и $27{,}16 \pm 8{,}12$, соответственно, $p \leq 0{,}000$). В результате poshoc анализа обнаружено, что по данной шкале группа пациентов с параноидной шизофренией и группа пациентов с приобретенной миастенией отличаются от группы здоровья ($p \leq 0{,}000$ и $p \leq 0{,}030$, соответственно). Пациенты с параноидной шизофренией выявляют более низкие значения по шкале «Общий показатель (ОЖ)» в сравнении со здоровыми обследованными ($80{,}27 \pm 19{,}46$ и $106{,}83 \pm 11{,}29$, соответственно, $p \leq 0{,}000$), при этом не отличаются от пациентов с приобретенной миастенией ($94{,}55 \pm 28{,}87$, $p \leq 0{,}000$), которые так же не обнаруживают значимых различий с группой здоровья. В результате проведенного post hoc анализа обнаружено, что группа пациентов с параноидной шизофренией отличается по шкале «Общий показатель (ОЖ)» от группы здоровья ($p \leq 0{,}000$). Пациенты с приобретенной миастенией по данной шкале не выявляют различий с больными параноидной шизофренией и с группой здоровья.

Статистически значимых различий по шкалам опросника «Уровень субъективного контроля» во всех исследуемых группах не обнаружено. Значения на уровне тенденций представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Средние значения и значимость различий значений опросника «Уровень субъективного контроля» в группах больных параноидной шизофренией, приобретенной миастенией и группы здоровья

Шкалы	Среднее, группа 1 (M±σ)	Среднее, группа 2 (M±σ)	Среднее, группа 3 (M±σ)	F	p-value
Интернальность в области неудач	4,63±2,25	4,32±1,87	5,53±2,08	2,80	0,066
Интернальность в области семейных отношений	5,23±2,21	4,84±1,61	6,00±1,93	2,85	0,063

Примечания:

1. M±σ – среднее и стандартное отклонение;
2. F – F-критерий Фишера
3. p-value – уровень статистической значимости

Данные, полученные в результате статистического анализа шкал опросника «Уровень субъективного контроля» не достигают статистической значимости, но демонстрируют, что на уровне тенденций в группе здоровья выше показатели шкал «Интернальность в области неудач» и «Интернальность в области семейных отношений» (5,53±2,08, p=0,066 и 6,00±1,93, p=0,063, соответственно), чем в группе больных параноидной шизофренией (4,63±2,25, p=0,066 и 5,23±2,21, p=0,063, соответственно) и в группе больных приобретенной миастенией (4,32±1,87, p=0,066 и 4,84±1,61, p=0,063, соответственно).

Таблица 8 – Средние значения и значимость различий по шкалам опросника «Семантический дифференциал времени» в группах больных параноидной шизофренией, приобретенной миастенией и в группе здоровья

Шкалы	Среднее, группа 1 (M±σ)	Среднее, группа 2 (M±σ)	Среднее, группа 3 (M±σ)	F	p-value	Post hoc анализ (различия групп)
НАВ	-0,33±4,87	1,90±5,46	5,87±4,59	11,886	0,000	группа 1 отличается от 3, p≤0,000 группа 2 отличается от 3, p≤0,007
НЭВ	-0,90±8,72	2,81±8,47	5,73±5,87	5,446	0,006	группа 1 отличается от 3, p≤0,003
НВВ	3,33±6,10	4,42±5,52	7,87±4,49	5,748	0,005	группа 1 отличается от 3, p≤0,005 группа 2 отличается от 3, p≤0,039
НСВ	0,80±6,78	3,10±5,49	5,90±3,34	6,722	0,002	группа 1 отличается от 3, p≤0,002
НОВ	1,93+5,74	3,74+4,46	4,87+4,45	2,71	0,071	-
ПАВ	4,90+5,18	7,65+4,36	6,07+4,16	2,76	0,069	-
БАВ	4,70±4,94	2,41±5,91	6,70±3,38	5,905	0,004	группа 2 отличается от 3, p≤0,003
БЭВ	5,70+8,52	4,10+9,40	8,83+5,41	2,77	0,68	-
БВВ	7,50+7,72	5,74+7,31	9,73+4,10	2,81	0,66	-
БОВ	2,10±5,22	3,35±4,95	5,50±5,47	3,262	0,043	группа 1 отличается от 3, p≤0,035

Примечания:

1. M±σ – среднее и стандартное отклонение
2. F – F-критерий Фишера

3. p-value – уровень статистической значимости
4. НАВ – «Настоящее. Активность времени»
5. НЭВ – «Настоящее. Эмоциональная окраска времени»
6. НВВ – «Настоящее. Величина времени»
7. НСВ – «Настоящее. Структура времени»
8. БАВ – «Будущее. Активность времени»
9. БОВ – «Будущее. Ощущаемость времени»

Исследование субъективного ощущения психологических характеристик времени и последующий post hoc анализ обнаружили, чтопо шкалам «Настоящее. Активность времени» и «Настоящее. Величина времени» больные параноидной шизфоренией (-0,33±4,87, p≤0,000 и 3,33±6,10, p≤0,005, соответственно) и пациенты с приобретенной миастенией (1,90±5,46, p≤0,007 и 4,42±5,52, p≤0,039) имеют большие значения, чем группа здоровья (5,87±4,59, p≤0,000 и 7,87±4,49, p≤0,005). В результате проведенного post hoc анализа обнаружено, что больные параноидной шизофренией (p≤0,000 и p≤0,005) и пациенты с приобретенной миастенией (p≤0,007 и p≤0,039) по данным шкалам значимо отличаются от группы здоровья, при этом не различаясь между собой. Больные параноидной шизофренией имеют более низкие значения по шкалам «Настоящее. Структура времени» (0,80±6,78, p≤0,002) и «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» (-0,90±8,72, p≤0,006), нежели здоровые испытуемые (5,90±3,34, p≤0,002 и 5,73±5,87, p≤0,006, соответственно). В результате post hocанализа установлено, что по данным шкалам пациенты с параноидной шизофренией отличаются от группы здоровья (p≤0,002 и p≤0,003, соответственно), не отличаясь от пациентов миастенией, которые, не демонстрируют различий по данным шкалам с группой контроля. Пациенты с приобретенной миастенией выявляют меньшие значения по шкалам «Будущее. Активность времени» (2,41±5,91, p≤0,004),чем группа здоровья (6,70±3,38, p≤0,004). В результате post hoc анализа подтверждено, что пациенты с миастенией отличаются по данному параметру от здоровых испытуемых (p≤0,003), не отличаясь при этом от пациентов с параноидной шизофренией, которые так же

не выявляют значимых различий с группой здоровья. По шкале «Будущее. Ощущаемость времени» пациенты с параноидной шизофренией (2,10±5,22, p≤0,043) имеют меньшие значения, чем группа здоровья (5,50±5,47, p≤0,043). Последующий post hoc анализ подтвердил, что пациенты с параноидной шизофренией по данной шкале отличаются от группы здоровья (p≤0,035).

На уровне тенденций по шкалам опросника «Семантический диффренциал времени» обнаружено, что в группе здоровья выше показатели по шкале «Настоящее. Ощущаемость времени» (4,87+4,45, p=0,071), чем у больных параноидной шизофренией (1,93+5,74, p=0,071) и пациентов с приобретенной миастенией (3,74+4,46, p=0,071). По шкале «Прошлое. Активность времени» больные приобретенной миастенией выявляют большие показатели (7,65+4,36, p=0,069), чем пациенты с параноидной шизофренией
(4,90+5,18, p=0,069) и группа здоровья (6,07+4,16, p=0,069). По шкалам «Будущее. Эмоциональная окраска времени» и «Будущее. Величина времени» группа здоровья демонстрирует большие значения (8,83+5,41, p=0,068 и 9,73+4,10, p=0,066, соответственно), чем пациенты с параноидной шизофренией (5,70+8,52, p=0,068 и 7,50+7,72, p=0,066, соответственно) и больные приобретенной миастенией (4,10+9,40, p=0,068 и 5,74+7,31, p=0,066, соответственно).

При изучении субъективно ощущаемых психопатологических симптомов по средствам опросника «SCL-90-R» обнаружено, что пациенты с параноидной шизофренией имеют большие значения по шкале «Психотизм» (0,86±0,69, p≤0,000) нежели больные приобретенной миастенией (0,36±0,32, p≤0,000. В результате проведенного post hoc анализа обнаружено, что группа 1 отличается от группы 2 (p≤0,003).

3.2. Взаимосвязи показателей адаптационно-компенсаторных механизмов с социально-демографическимии клинико-динамическими характеристиками в исследуемых группах

Были проведены дисперсионный анализ и корреляционный анализ социально-демографических характеристик и показателей работы адаптационно-компенсаторных психологических механизмов в группах больных шизофренией, миастенией и без диагноза. Для соблюдения корректности статистического обсчета корреляции с бинарными номинативными и ранговыми признаками рассчитывались отдельно.

При изучении различий АКМ по всем шкалам используемых экспериментально-психологических методик в зависимости от пола и наличия инвалидности у пациентов с приобретенной миастенией и в группе здоровья значимых различий не выявлено. В группе больных параноидной шизофренией были обнаружены значимые различия особенностей АКМ в зависимости от пола только по шкалам опросника «Семантический дифференциал времени» (Т-критерий Стьюдента). Достоверные значения особенностей АКМ в зависимости от наличия инвалидности обнаружены в опросниках «Стиль саморегуляции поведения», «Семантический дифференциал времени» и «SCL-90-R» (Т-критерий Стьюдента). Результаты представлены в таблицах 9 и таблице 10.

Таблица 9 – Различия по шкалам опросника «Семантический дифференциал времени» в зависимости от пола в группе больных параноидной шизофренией

Шкалы	Среднее, группа1 (M±σ)		F	p-value
	мужчины	женщины		
НАВ	1,08±5,304	3,43±5,578	4,036	0,048
ПАВ	5,00±5,207	7,11±3,984	4,792	0,031

Примечания:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение

2. F – F-критерий Фишера
3. p-value – уровень статистической значимости
4. НАВ – «Настоящее. Активность времени»
5. ПАВ – «Прошлое. Активность времени»

По шкалам «Настоящее. Активность времени» и «Прошлое. Активность времени» больные параноидной шизофренией мужчины имеют меньшие значения (1,08±5,304, p≤0,048 и 5,00±5,207, p≤0,031, соответственно) по сравнению с больными параноидной шизфоренией женщинами (3,43±5,578, p≤0,048 и 7,11±3,984, p≤0,031, соответственно).

Таблица 10 – Различия по шкалам опросников «Стиль саморегуляции поведения», «Семантический дифференциал времени» и «SCL-90-R» с в зависимости от наличия инвалидности в группе больных параноидной шизофренией

Шкалы	Среднее, группа1 (M±O)		F	p-value
	не инвалид	инвалид		
ССП. М	4,35±1,7	3,58±1,604	4,003	0,048
СДВ. БАВ	5,68±4,108	1,85±6,367	11,585	0,001
СДВ. БЭВ	7,29±7,226	3,58±9,567	4,053	0,047
SCL-90-R. SOM	0,62±0,66	1,22±0,81	13,803	0,000

Примечания:

1. (M±O) – среднее и стандартное отклонение
2. F – F-критерий Фишера
3. p-value – уровень статистической значимости
4. ССП. М – опросник «Стиль саморегуляции поведения», «Моделирование»
5. СДВ. БАВ – «Семантический дифференциал времени», «Будущее. Активность времени»
6. СДВ. БЭВ – «Семантический дифференциал времени», «Будущее. Эмоциональная окраска времени»
7. SCL-90. SOM – симптоматический опросник SCL-90 «Соматизация»

Пациенты с шизофренией без инвалидности имеют более высокие значения по шкалам «Моделирование» (4,35±1,7, p≤0,048), «Будущее. Активность времени» (5,68±4,108, p≤0,001) и «Будущее. Эмоциональная окраска времени» (7,29±7,226, p≤0,047), чем больные шизофренией с инвалидностью (3,58±1,604, p≤0,048; 1,85±6,367, p≤0,001 и 3,58±9,567, p≤0,047, соответственно). Так же они демонстрируют более низкие значения по шкале «Соматизация» (0,62±0,66, p≤0,000) по сравнению с имеющими инвалидность пациентами с параноидной шизофренией (1,22±0,81, p≤0,000).

3.2.1. Взаимосвязи показателей АКМ с наличием семьи и детей в исследуемых группах

Наличие семьи и детей ассоциировано с различиями в работе АКМ как у больных исследуемых нозологических категорий, так и в группе здоровья. Результаты исследования взаимосвязей этих социально-демографических характеристик и особенностей работы АКМ в исследуемых группах представлены ниже в тексте и в таблице 11, таблице 12, таблице 13.

В группе здоровья не обнаружено различий по шкалам Теста смысложизненных ориентаций, не смотря на наличие или отсутствие семьи и детей. У пациентов с параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией не выявлено различий в смысложизненных ориентациях при наличии или отсутствии детей. Результаты представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Взаимосвязи показателей Теста смысложизненных ориентаций с наличием или отсутствием семьи в группах больных параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией

Шкалы	Среднее, группа 1 (M±σ)				Среднее, группа 2 (M±σ)			
	есть семья	нет семьи	F	p-value	есть семья	нет семьи	F	p-value
П	28,82±7,63	25,17±8,16	4,663	0,034	-	-	-	-
Р	26,68±4,88	23,13±6,16	8,605	0,004	27,90±4,04	23,30±7,73	4,822	0,036
ОЖ	100,03±23,08	89,49±23,26	4,570	0,035	-	-	-	-

Примечания:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение
2. F – F-критерий Фишера
3. p-value – уровень статистической значимости
4. П – «Процесс»
5. Р – «Результат»
6. ОЖ – «Общий показатель» теста смысложизненных ориентаций

Пациенты с параноидной шизофренией, имеющие семью, выявляют большие значения по шкалам «Процесс» (28,82±7,63, $p \leq 0,034$), «Результат» (26,68±4,88, $p \leq 0,004$) и «Общий показатель (ОЖ)» (100,03±23,08, $p \leq 0,035$), по сравнению с больными параноидной шизофренией не имеющими семьи (25,17±8,16, $p \leq 0,034$; 23,13±6,16, $p \leq 0,004$ и 89,49±23,26, $p \leq 0,035$, соответственно). Больные приобретенной миастенией, имеющие семью, обнаруживают большие значения по шкале «Результат» (27,90±4,04, $p \leq 0,036$) в сравнении с одинокими пациентами (23,30±7,73, $p \leq 0,036$).

У больных параноидной шизофренией и пациентов с приобретенной миастенией не выявлено различий в особенностях субъективного контроля при наличии или отсутствии семьи. Различия, обнаруженные в группе здоровья, представлены в таблице 12.

Таблица 12 – Взаимосвязи показателей опросника «Уровень субъективного контроля» с наличием или отсутствием семьи в группе здоровья

Шкалы	Среднее, группа 3 (M±Ó)			
	есть семья	нет семьи	F	p-value
Область достижений	7,62±1,50	6,00±2,03	5,783	0,023
Область семейных отношений	6,92±1,12	5,29±2,14	6,188	0,019
Общая интернальность	6,92±1,67	5,24±1,99	6,122	0,020

Примечание:

1. (M±Ó) – среднее и стандартное отклонение
2. F – F-критерий Фишера
3. p-value – уровень статистической значимости

Имеющие семью участники из группы здоровья, демонстрируют большие значения по шкалам «Достижения» (7,62±1,50, p≤0,023), «Семейные отношения» (6,92±1,12, p≤0,019) и «Общий уровень интернальности» (6,92±1,67, p≤0,020), чем здоровые обследованные, не имеющие семьи (6,00±2,03, p≤0,023; 5,29±2,14, p≤0,019 и 5,24±1,99, p≤0,020, соответственно).

В группе здоровья не обнаружено различий по шкалам опросника «Уровень субъективного контроля» при наличии или отсутствии детей. Различия в группах лиц, страдающих ТХЗ, заключаются в том, что бездетные пациенты с параноидной шизофренией демонстрируют большие значения по шкале интернальности в области межличностных отношений (6,22±1,85, p≤0,048), чем те, у кого есть дети (5,45±1,63, p≤0,048). Бездетные

больные приобретенной миастенией выявляют большие значения по шкале интернальности в области семейных отношений (5,54±1,51, p≤0,038), чем те, у кого есть дети (4,33±1,53, p≤0,038).

У пациентов с приобретенной миастенией не обнаружено взаимосвязейпоказателей опросника «Семантический диффренциал времени» с наличием или отсутствием семьи. Обнаруженные различияв группе пациентов с параноидной шизофренией и в группе здоровья, отражены в таблице 4.3.

Таблица 13 – Взаимосвязи показателей опросника «Семантический дифференциал времени» с наличием или отсутствием семьи в группе больных параноидной шизофренией и в группе здоровья

Шкалы	Среднее, группа 1 (M±O)				Среднее, группа 3 (M±O)			
	есть семья	нет семьи	F	p-value	есть семья	нет семьи	F	p-value
НЭВ	4,76±8,27	0,96±7,81	4,992	0,028	8,54±3,13	3,59±6,62	6,188	0,019
НВВ	6,71±5,54	4,11±5,60	4,806	0,031	10,85±2,70	5,59±4,27	15,014	0,001
НОВ	5,00±4,22	2,45±5,29	6,048	0,016	6,69±4,07	3,47±4,31	4,308	0,047
БВВ	-	-	-	-	11,54±3,89	8,35±3,81	5,067	0,032

Примечание:

1. (M±O) – среднее и стандартное отклонение
2. F – F-критерий Фишера
3. p-value – уровень статистической значимости
4. НЭВ – «Настоящее. Эмоциональная окраска времени»
5. НВВ – «Настоящее. Величина времени»
6. НОВ – «Настоящее. Ощущаемость времени»
7. БВВ – «Будущее. Величина времени»

Имеющие семью больные параноидной шизофренией имеют большие значения по шкалам «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» (4,76±8,27,

p≤0,028), «Настоящее. Величина времени» (6,71±5,54, p≤0,031), «Настояшее. Ощущаемость времени» (5,00±4,22, p≤0,016), чем не имеющие семьи (0,96±7,81, p≤0,028; 4,11±5,60, p≤0,031 и 2,45±5,29, p≤0,016, соответственно). Здоровые обследованные, имеющие семью, выявляют большие значения шкал «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» (8,54±3,13, p≤0,019), «Настоящее. Величина времени» (10,85±2,70, p≤0,001) и «Настоящее. Ощущаемость времени» (6,69±4,07, p≤0,047), «Будущее. Величина времени» (11,54±3,89, p≤0,032) по сравнению с теми, у кого семьи нет (3,59±6,62, p≤0,019; 5,59±4,27, p≤0,001; 3,47±4,31, p≤0,047 и 8,35±3,81, p≤0,032, соответственно). По шкале «Настоящее. Ощущаемость времени» добровольцы из группы здоровья, имеющие детей, показывают большие значения (7,44±3,64, p≤0,035), нежели те, у кого нет детей (3,76±4,37, p≤0,035).У больных приобретенной миастенией не обнаружено взаимосвязей показателей опросника «SCL-90-R»с наличием или отсутствием семьи. Пациенты с параноидной шизофренией, имеющие семью, выявляют меньшие значения по шкале «Паранойяльность» (0,27±0,40, p≤0,019) по сравнению с одинокими больными (0,54±0,59, p≤0,019).

3.2.2. Взаимосвязи показателей АКМ с возрастом, трудоустроенностью и образованием в исследуемых группах

Возраст, трудовая занятость и образование так же ассоциированы с различиями в аспектах АКМ. Признакам «трудоустойство» и «образование» были присвоены ранги. Трудоустройство: 1 – работает в соответствии со своей квалификацией; 2 – работает со снижением квалификации; 3 – не работает.
Образование: 1 – высшее; 2 – незаконченное высшее; 3 – средне-специальное; 4 – среднее. Так как в ранжировании указанных социально-демографических

признаков наибольшее число указывает на наименьший уровень выраженности признака, а в шкалах опросников наибольший результат свидетельствует о наивысшей выраженности признака, то мы можем наблюдать отрицательные корреляции. Подробная интерпретация дана в «Обсуждении результатов исследования».

При изучении взаимосвязей таких социально-демографических параметров как возраст, образование и трудоустроенность с различными аспектами АКМ в группах больных параноидной шизофренией, пациентов с приобретенной миастенией и в группе здоровьядостоверных взаимосвязей не обнаружено. Полученные данные представлены в ниже в тексте, а также в таблице 14.

При изучении особенностей саморегуляции поведения у пациентов с параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией не было обнаружено значимых корреляций шкал опросника «Стиль саморегуляции поведения» с возрастом и образованием. Найдены взаимосвязи параметров саморегуляции поведения и трудоустройства у исследуемых нозологических категорий. У пациентов с параноидной шизофренией трудоустройство отрицательно коррелирует со шкалами «Моделирование» (-0,340, $p \leq 0,001$), «Программирование» (-0,215, $p \leq 0,001$), «Гибкость» (-0,349, $p \leq 0,001$) и «Общий уровень» (-0,358, $p \leq 0,001$). У больных приобретенной миастенией трудоустройство отрицательно коррелирует со шкалами «Планирование» (-0,360, $p \leq 0,05$) и «Моделирование» (-0,451, $p \leq 0,001$).

При изучении взаимосвязей возраста, трудоустройства и образования у больных параноидной шизофренией и пациентов с приобретенной миастенией со шкалами опросника «Уровень субъективного контроля» обнаружены отрицательные корреляции, представленные ниже.

В группе больных параноидной шизофренией возраст отрицательно коррелирует со шкалами «Интернальность в области неудач» (-0,220, $p \leq 0,05$) и «Интернальность в области семейных отношений» (-0,262, $p \leq 0,05$). Трудоустройство отрицательно коррелирует с «Интернальностью в области достижений» (-0,209, $p \leq 0,05$), «Интернальностью в области неудач» (-0,230,

p≤0,05), «Интернальностью в области семейных отношений» (-0,237, p≤0,05), «Интернальностью в области межличностных отношений» (-0,339, p≤0,001) и «Общей интернальностью» (-0,312, p≤0,001). Значимых корреляций особенностей субъективного контроля и образования в группе пациентов с параноидной шизофренией не обнаружено.

У пациентов с приобретенной миастенией возраст отрицательно коррелирует с «Интернальностью в области достижений» (-0,388, p≤0,05). Трудоустройство отрицательно коррелирует со шкалами «Интернальность в области семейных отношений» (-0,376, p≤0,05), «Интернальность в области межличностных отношений» (-0,453, p≤0,001) и «Общая интернальность» (-0,526, p≤0,001). Образование отрицательно коррелирует со шкалой «Интернальность в области производственных отношений» (-0,409, p≤0,001).

При изучении взаимосвязей возраста у больных исследуемых нозологических категорий со шкалами «Теста смысложизненных ориентаций» значимых взаимосвязей не обнаружено. Зависимости образования и смысложизненных ориентаций обнаружены только в группе пациентов с параноидной шизофренией, а у больных приобретенной миастенией таких взаимосвязей не наблюдалось. Полученные результаты в изучении взаимосвязей трудоустройства и образования со смысложизненными ориентациями у больных параноидной шизофренией и трудоустройства со смысложизненными ориентациями у пациентов с приобретенной миастенией представлены ниже.

У пациентов с параноидной шизофренией трудоустройство отрицательно коррелирует со шкалами «Цель» (-0,423, p≤0,001), «Процесс» (-0,431, p≤0,001), «Результат» (-0,509, p≤0,001), «Локус-контроля Я» (-0,518, p≤0,001), «Локус-контроля Жизнь» (-0,527, p≤0,001) и «Общий показатель» (-0,592, p≤0,001). Образование имеет отрицательные корреляции со шкалами «Цель» (-0,258, p≤0,05), «Процесс» (-0,264, p≤0,05), «Локус-контроля Я» (-0,252, p≤0,05), «Локус-контроля Жизнь» (-0,346, p≤0,001) и «Общий показатель» (-0,297, p≤0,05).

У пациентов с приобретенной миастенией трудоустройство отрицательно коррелирует со шкалами «Цель» (-0,363, $p \leq 0,05$), «Процесс» (-0,415, $p \leq 0,05$), «Результат» (-0,594, $p \leq 0,001$), «Локус-контроля Жизнь» (-0,491, $p \leq 0,001$) и «Общий показатель» (-0,626, $p \leq 0,001$).

При изучении взаимосвязей возраста, трудоустройства и образования в группах исследуемых нозологических категорий со шкалами опросника «Семантический дифференциал времени» было выявлено, что у больных приобретенной миастенией не наблюдается значимых корреляций особенностей субъективного восприятия психологических характеристик времени с возрастом и образованием. Все обнаруженные корреляции описаны ниже.

Пациенты с параноидной шизофренией обнаруживают отрицательные корреляции возраста со шкалой «Будущее. Величина времени» (-0,220, $p \leq 0,05$). Трудоустройство имеет отрицательные корреляции со шкалами «Настоящее. Активность времени» (-0,445, $p \leq 0,001$), «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» (-0,253, $p \leq 0,05$), «Настоящее. Величина времени» (-0,231, $p \leq 0,05$) и «Настоящее. Структура времени» (-0,305, $p \leq 0,001$). Образование отрицательно коррелирует со шкалами «Настоящее. Активность времени» (-0,340, $p \leq 0,001$) и «Будущее. Эмоциональная окраска времени» (-0,257, $p \leq 0,05$).

Больные приобретенной миастенией выявляют отрицательные корреляции трудоустройства со шкалами «Настоящее. Активность времени» (-0,510, $p \leq 0,001$) и «Настоящее. Структура времени» (-0,363, $p \leq 0,05$).

При изучении взаимосвязей возраста, трудоустройства и образования в группах исследуемых нозологических категорий со шкалами «Симптоматического опросника SCL-90» и «Шкалой оценки депрессии» А. Бека обнаружено, что пациенты с приобретенной миастенией не выявляют значимых корреляций возраста и образования с субъективно ощущаемыми психопатологическими симптомами и уровнем депрессии. Полученные результаты отражены в таблице 14.

Таблица 14 – Взаимосвязи показателей шкал опросника «SCL-90-R» и шкалы депрессии А. Бека с возрастом, трудоустройством и образованием в группах больных параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией

Шкалы	Группа 1			Группа 2
	возраст	трудоустройство	образование	трудоустройство
SOM	0,290**	0,209*	0,258*	-
OC	-	0,425**	0,221*	0,382*
INT	-	0,302**	-	0,424*
DEP	-	0,348**	0,269*	-
ANX	-	0,331**	0,207*	0,447**
HOS	-	0,228**	-	-
PHOB	-	0,231*	-	-
PAR	-	0,352**	0,317**	0,506**
PSY	-	0,414**	0,246*	-
GSI	-	0,380**	-	0,370*
PSI	-	0,338*	0,259*	0,385*
PDSI	-	0,341**	0,378**	-
Бек	-	-0,475**	-0,300**	0,430*
* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,001$				

Примечание:

1. SOM – «Соматизация»
2. OC – «Обсессивность-компульсивность»
3. INT – «Межличностная сензитивность»
4. DEP – «Депрессивность»
5. ANX – «Тревожность»
6. HOS – «Враждебность»
7. PHOB – «Фобии»
8. PAR – «Паранойяльность»
9. PSY – «Психотизм»
10. GSI – «Общий индекс тяжести симптомов»
11. PSI – «Общее количество утвердительных ответов»
12. PDSI – «Индекс симптоматического дистресса»
13. Бек – уровень депрессии по шкале оценке депрессии А. Бека

В группе больных параноидной шизофренией такой показатель как возраствыявляет отрицательные корреляции со шкалой «Соматизация» (r=0,290, p≤0,05). При изучении взаимосвязей параметров трудовой занятости и саморегуляции поведения обнаружено, что пациенты с параноидной шизофренией демонстрируют корреляции со шкалами «Обсессивность-компульсивность» (r=0,425,p≤0,001), «Межличностная сензитивность» (r=0,302, p≤0,001), «Тревожность» (r=0,331, p≤0,001), «Депрессивность» (r=0,348, p≤0,001), «Враждебность» (r=0,228, p≤0,001), «Паранойяльность» (r=0,352, p≤0,001), «Фобии» (r=0,231, p≤0,05), «Психотизм» (r=0,338), «Общее количество утвердительных ответов» (r=0,338, p≤0,05), «Общий индекс тяжести симптомов» (r=0,380, p≤0,001), «Индекс симптоматического дистресса» (r=0,341, p≤0,001). Так же выявлена отрицательная корреляция со шкалой оценки депрессии А. Бека (r=-0,475, p≤0,001).Такая социально-демографическая характеристика как образование положительно коррелирует с «Соматизацией» (r=0,258, p≤0,05), «Обсессивностью-компульсивностью» (r=0,258, p≤0,05), «Депрессивностью» (r=0,269, p≤0,05), «Тревожностью» (r=0,207, p≤0,05), «Паранойяльностью» (r=0,317, p≤0,001), «Психотизмом» (r=0,246, p≤0,05), «Общим количеством утвердительных ответов»(r=0,259, p≤0,05) и «Индексом симптоматического дистресса» (r=0,378, p≤0,001).Обнаружена отрицательная корреляция со шкалой оценки депресии А. Бэка (r=-0,300, p≤0,001).

В группе больных миастенией трудоустройство положительно коррелирует с «Обсессивностью-компульсивностью (r=0,382, p≤0,05), «Межличностной сензитивностью» (r=0,424, p≤0,05), «Тревожностью» (r=0,447, p≤0,001), «Паранойяльностью» (r=0,506, p≤0,001), «Количеством утвердительных ответов» (r=0,385, p≤0,05), «Общим индексом тяжести симптомов» (r=0,370, p≤0,05) и шкалой оценки депрессии А. Бека (r=0,430, p≤0,05).

3.2.3. Изучение взаимосвязей работы АКМ с характеристиками заболевания: длительностью, количеством обострений и количеством госпитализаций в группах больных параноидной шизофренией и пациентов с приобретенной миастенией

Длительность заболевания, количество обострений и госпитализаций связаны с изменениями в работеАКМ, поскольку увеличивается как срок нахождения личности в ситуации ТХЗ, то есть, потенциально, увеличивается длительность психотравмирующего воздействия, так и повышается количество событий, нарушающих привычный ход событий (обострение болезненных симптомов и факт госпитализации в стационар).

Результаты, полученные при изучении взаимосвязей длительности заболевания, количества обострений и госпитализаций, представлены в тексте ниже и в таблице 15.

При анализе взаимосвязей шкал опросника «Стиль саморегуляции поведения» с длительностью заболевания, количеством обострений и госпитализаций в группах исследуемых нозологий было обнаружено, что пациенты с шизофренией не выявляют значимых корреляций, а у пациентов с миастенией нет связи между такими параметрами как длительность заболевания и количество обострений с особенностями саморегуляции поведения. При этом больные миастенией обнаруживают отрицательные корреляции шкал «Моделирование» и «Общий уровень саморегуляции» с количеством госпитализаций (-0,370 и -0,388, соответственно, $p \leq 0,05$).

При изучении взаимосвязей шкал опросника «Уровень субъективного контроля» с длительностью заболевания, количеством обострений и госпитализаций в группах исследуемых нозологий было обнаружено, что пациенты с шизофренией не выявляют значимых корреляций, а у пациентов с миастенией нет связи между параметром количество обострений и особенностями интернальности. При этом больные миастенией обнаруживают корреляции шкалы

«Интернальность в области здоровья» с длительностью заболевания и количеством госпитализаций (0,369 и 0,380, соответственно, $p \leq 0,05$).

Результаты изучения взаимосвязей длительности заболевания, количества обострений и количества госпитализаций со шкалами опросника «Семантический дифференциал времени» представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Взаимосвязи показателей шкал опросника «Семантический дифференциал времени» с длительностью заболевания, количеством обострений и количеством госпитализаций в группах больных параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией

Шкалы	Группа 1			Группа 2		
	длительность заболевания	количество обострений	количество госпитализаций	длительность заболевания	количество обострений	количество госпитализаций
НАВ	-	-	-0,264*	-	-	-
НЭВ	-	-	-0,217*	-	-	-
НОВ	-	-	-0,232*	-	-	-
ПВВ	-	-	-	-	-0,400*	-
ПСВ	-	0,254*	0,241*	-	-0,448*	-0,438*
ПОВ	-	0,206*	-	-	-	-
* $p \leq 0,05$						

Примечание:

1. НАВ – «Настоящее. Активность времени»
2. НЭВ – «Настоящее. Эмоциональная окраска времени»
3. НОВ – «Настоящее. Ощущаемость времени»
4. ПВВ – «Прошлое. Величина времени»
5. ПСВ – «Прошлое. Структура времени»
6. ПОВ – «Прошлое. Ощущаемость времени»

Пациенты с параноидной шизофренией не выявляют корреляций между длительностью заболевания и субъективно ощущаемыми психологическими характеристиками времени. Количество обострений коррелирует со шкалами «Прошлое. Структура времени» (r=0,254, p≤0,05) и «Прошлое. Ощущаемость времени» (r=0,206, p≤0,05). Количество госпитализаций имеет отрицательные корреляции со шкалами «Настоящее. Активность времени» (r=-0,264, p≤0,05), «Настоящее. Эмоцинальная окараска времени» (r=-0,217, p≤0,05) и «Настоящее. Ощущаемость времени» (r=-0,232, p≤0,05), а также положительную корреляцию со шкалой «Прошлое. Структура времени» (r=0,241, p≤0,05). В группе больных врожденной или приобретенной миастенией так же не найдено взаимосвязей между длительностью заболевания и субъективно ощущаемыми психологическими характеристиками времени. Обнаружены отрицательные корреляции количества обострений со шкалами «Прошлое. Величина времени» (r=-0,400, p≤0,05) и «Прошлое. Структура времени» (r=-0,448, p≤0,05). Количество госпитализаций отрицательно коррелирует со шкалой «Прошлое. Структура времени» (r=-0,438, p≤0,05).

При изучении взаимосвязей шкал «Симптоматического опросника SCL-90» с длительностью заболевания, количеством обострений и количеством госпитализаций обнаружено, что пациенты с шизофренией не выявляют значимых корреляций количества обострений и количества госпитализаций с субъективно ощущаемыми психопатологическими симптомами, а больные миастенией вообще не обнаруживают значимых взаимосвязей параметров, характеризующих заболевание, со шкалами опросника. У пациентов с шизофренией наблюдаются корреляции длительности заболевания и шкал «Паранойяльность» (0,021, p≤0,05) и «Индекс симптоматического дистресса» (0,214, p≤0,05).

3.3. Сравнение особенностей работы АКМ у больных параноидной шизофренией до и после полученного ими лечения (изолированная ПФТ и сочетанное воздействие – ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН)

3.3.1. Сравнение особенностей работы АКМ в группе больных параноидной шизофренией, получавших изолированную ПФТ, при поступлении и на момент выписки из стационара

Пациенты, получавшие лечение только традиционной ПФТ, демонстрируют улучшения работы АКМ на момент выписки из стационара в сравнении с параметрами АКМ в начале лечения, на этапе становления ремиссии.

Результаты их самоотчетов представлены в тексте ниже и в таблице 16, таблице 17, таблице 18.

Данные, полученные при анализе особенностей саморегуляции поведения у пациентов с шизофренией, принимавших изолированную ПФТ на в начале лечения и на момент выписки из стационара представлены в таблице 16.

Таблица 16 – Средние значения и значимость различий показателей по шкалам опросника «Стиль саморегуляции поведения» в группе больных параноидной шизофренией, получавших изолированную ПФТ, при поступлении и при выписке из стационара

Шкалы	Группа 1.1, начало лечения (M±O)/Me(IQR)	Группа 1.1, на момент выписки (M±O)/Me(IQR)	p-value
«Гибкость»	3,00 (2,00÷5,00)	3,50 (3,00÷5,00)	0,050
«Общий уровень»	28,17±4,96	29,27±4,60	0,005

Примечание:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение
2. Me(IQR) – разброс среднего
3. p-value – уровень статистической значимости

У пациентов с шизофренией, принимавших только ПФТ, на момент выписки из стационара обнаружены повышения по шкалам «Гибкость» (3,50 (3,00÷5,00), p≤0,050) и «Общий уровень саморегуляции» (29,27±4,60, p≤0,005) по сравнению с началом лечения (3,00 (2,00÷5,00), p≤0,050 и 28,17±4,96, p≤0,005, соответственно).

При изучении динамики особенностей субъективного контроля обнаружено, что у больных шизофренией на момент выписки из стационара возросли показатели по шкале «Интернальность в области здоровья» (5,00 (4,00÷7,00) и 6,00 (4,75÷7,00), соответственно, p≤0,036).

На момент выписки так же отмечался рост «Общего показателя (ОЖ)» в Тесте смысложизненных ориентаций (80,00 (65,50÷96,00) и 82,00 (68,75÷92,25), соответственно, p≤0,041).

Динамика изменений субъективно воспринимаемых психологических характеристик времени отображена в таблице 7.2.

Таблица 17 – Средние значения и значимость различий показателей по шкалам опросника «Семантический диффренциал времени» в группе больных параноидной шизофренией, получавших изолированную ПФТ, при поступлении и при выписке из стационара

Шкалы	Группа 1.1, начало лечения Me(IQR)	Группа 1.1, на момент выписки Me(IQR)	p-value
НАВ	-0,50 (-3,00÷2,25)	1,00 (-2,00÷3,00)	0,008
НЭВ	-2,50 (-6,25÷8,50)	0,00 (-6,00÷7,50)	0,000
НСВ	0,50 (-5,00÷6,25)	2,00 (-1,50÷6,00)	0,007
ПАВ	6,00 (1,00÷9,00)	6,00 (2,00÷10,00)	0,020
ПЭВ	4,00 (-2,25÷13,00)	4,50 (0,75÷15,00)	0,007
ПСВ	5,00 (-1,00÷12,00)	5,00 (1,75÷12,75)	0,015

БВВ	9,00 (4,00÷15,00)	11,50 (4,25÷15,00)	0,050
БСВ	7,00 (0,00÷11,25)	7,25 (0,00÷15,00)	0,004
БОВ	2,00 (-2,00÷7,00)	2,00 (1,00÷6,25)	0,007

Примечание:

1. Me(IQR) – разброс среднего
2. p-value – уровень статистической значимости
3. НАВ – «Настоящее. Активность времени»
4. НЭВ – «Настоящее. Эмоциональна окраска времени»
5. НСВ – «Настоящее. Структура времени»
6. ПАВ – «Прошлое. Активность времени»
7. ПЭВ – «Прошлое. Эмоциональная окраска времени»
8. ПСВ – «Прошлое. Структура времени»
9. БВВ – «Будущее. Величина времени»
10. БСВ – «Будущее. Структура времени»
11. БОВ – «Будущее. Ощущаемость времени»

У больных шизофренией, получавших изолированную ПФТ, на момент выписки из стационара обнаружен рост по сравнению со значениями на начало лечения по шкалам опросника «Семантический дифференциал времени»: «Настоящее. Активность времени» (1,00 (-2,00÷3,00) и -0,50 (-3,00÷2,25), соответственно, $p \leq 0,008$), «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» (0,00 (-6,00÷7,50) и -2,50 (-6,25÷8,50), соответственно $p \leq 0,000$), «Настоящее. Структура времени» (2,00 (-1,50÷6,00) и 0,50 (-5,00÷6,25), соответственно, $p \leq 0,007$), «Прошлое. Активность времени» (6,00 (2,00÷10,00) и 6,00 (1,00÷9,00), соответственно, $p \leq 0,020$), «Прошлое. Эмоциональная окраска времени» (4,50 (0,75÷15,00) и 4,00 (-2,25÷13,00), соответственно, $p \leq 0,007$), «Прошлое. Структура времени» (5,00 (1,75÷12,75) и 5,00 (-1,00÷12,00), соответственно, $p \leq 0,015$), «Будущее. Структура времени» (7,25 (0,00÷15,00) и 7,00 (0,00÷11,25), соответственно, $p \leq 0,004$) и «Будущее. Ощущаемость времени» (2,00 (1,00÷6,25) и 2,00 (-2,00÷7,00), соответственно, $p \leq 0,007$).

Результаты изучения динамики субъективного ощущения психопатологических симптомов представлены в таблице 18.

Таблица 18 – Средние значения и значимость различий показателей по шкалам опросника «SCL-90-R» в группе больных параноидной шизофренией, получавших изолированную ПФТ, при поступлении и при выписке из стационара

Шкалы	Группа 1.1, начало лечения (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.1, на момент выписки (M±σ)/Me(IQR)	p-value
SOM	0,50 (0,25÷1,23)	0,33 (0,15÷1,10)	0,002
OC	1,35 (0,60÷1,93)	0,90 (0,58÷1,33)	0,000
INT	1,14±0,80	0,96±0,63	0,002
DEP	1,34 (0,81÷1,94)	0,92 (0,44÷1,27)	0,000
ANX	0,75 (0,50÷1,53)	0,60 (0,30÷0,95)	0,000
HOS	0,50 (0,17÷0,92)	0,25 (0,00÷0,54)	0,000
PHOB	0,43 (0,00÷0,86)	0,29 (0,00÷0,57)	0,000
PAR	0,59 (0,17÷1,17)	0,42 (0,00÷1,00)	0,001
PSY	0,70 (0,38÷1,30)	0,40 (0,10÷0,70)	0,000
GSI	0,80 (0,59÷1,38)	0,58 (0,37÷0,90)	0,000
PSI	40,00 (27,25÷61,50)	33,00 (21,75÷57,75)	0,003
PDSI	1,84 (1,51÷2,33)	1,56 (1,26÷1,79)	0,000

Примечание:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение
2. Me(IQR) – разброс среднего
3. p-value – уровень статистической значимости
4. SOM – «Соматизация»
5. OC – «Обсессивность-компульсивность»
6. INT – «Межличностная сензитивность»
7. DEP – «Депрессивность»
8. ANX – «Тревожность»
9. HOS – «Враждебность»
10. PHOB – «Фобии»
11. PAR – «Паранойяльность»

12. PSY – «Психотизм»

13. GSI – «Общий индекс тяжести симптомов»

14. PSI – «Общее количество утвердительных ответов»

15. PDSI – «Индекс симптоматического дистресса»

При анализе динамики АКМ у пациентов с шизофренией, принимавших только ПФТ выявлены снижения в субъективно ощущаемой психопатологической симптоматике по шкалам опросника «SCL-90-R»: «Соматизация» (0,33 (0,15÷1,10) и 0,50 (0,25÷1,23), соответственно, $p \leq 0{,}002$), «Обсессивность-компульсивность» (0,90 (0,58÷1,33) и 1,35 (0,60÷1,93), $p \leq 0{,}000$), «Межличностная сензитивность» ($0{,}96 \pm 0{,}63$ и $1{,}14 \pm 0{,}80$, соответственно, $p \leq 0{,}002$), «Депрессивность» (0,92 (0,44÷1,27) и 1,34 (0,81÷1,94), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Враждебность» (0,25 (0,00÷0,54) и 0,50 (0,17÷0,92), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Фобии» (0,29 (0,00÷0,57) и 0,43 (0,00÷0,86), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Паранойяльность» (0,42 (0,00÷1,00) и 0,59 (0,17÷1,17), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Психотизм» (0,40 (0,10÷0,70) и 0,70 (0,38÷1,30), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Общий индекс тяжести симптомов» (0,58 (0,37÷0,90) и 0,80 (0,59÷1,38), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Количество утвердительных ответов» (33,00 (21,75÷57,75) и 40,00 (27,25÷61,50), соответственно, $p \leq 0{,}003$), «Индекс симптоматического дистресса» (1,56 (1,26÷1,79) и 1,84 (1,51÷2,33), соответственно, $p \leq 0{,}000$).

У пациентов с шизофренией, получавших изолированную ПФТ, на момент выписки отмечалось снижение тяжести депрессивных переживаний при оценке по шкале депрессии А. Бека ($12{,}97 \pm 8{,}73$ и $19{,}93 \pm 12{,}34$, соответственно, $p \leq 0{,}000$).

3.3.2. Сравнение особенностей работы АКМ в группе больных параноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ТСН, до начала группы и по ее окончанию

Пациенты, получавшие комплексное лечение в виде приема ПФТ и участия в тренинге социальных навыков, демонстрируют улучшения работы АКМ на момент окончания группы по сравнению со временем до ее начала. Результаты самоотчетов больных представлены в тексте ниже и в таблице 19, таблице 20, таблице 21, таблице 22.

Результаты изучения динамики особенностей саморегуляции поведения представлены в таблице 19.

Таблица 19 – Средние значения и значимость различий показателей по шкалам опросника «Стиль саморегуляции поведения» в группе больных параноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ТСН, в начале тренинга и по его окончанию

Шкалы	Группа 1.2, в начале ТСН (M±O)/Me(IQR)	Группа 1.2, по окончанию ТСН (M±O)/Me(IQR)	p-value
Моделирование	3,00 (2,00÷4,00)	4,00 (2,00÷5,00)	0,026
Гибкость	4,00 (3,00÷5,00)	5,00 (3,00÷6,00)	0,022
Общий уровень	27,31±7,08	28,81±6,10	0,052

Примечание:

1. (M±O) – среднее и стандартное отклонение
2. Me(IQR) – разброс среднего
3. p-value – уровень статистической значимости

У пациентов с шизофренией, получавших комбинированное лечение ПФТ+ТСН, по окончанию тренинга выявлены повышения по шкалам «Моделирование» (4,00 (2,00÷5,00) и 3,00 (2,00÷4,00), соответственно, $p \leq 0,026$),

«Гибкость» (5,00 (3,00÷6,00) и 4,00 (3,00÷5,00), соответственно, p≤0,022), «Общий уровень» (28,81±6,10 и 27,31±7,08, соответственно, p≤0,052) опросника «Стиль саморегуляции поведения».

После ТСН у пациентов с шизофренией обнаружен рост шкалы «Общая интернальность» (5,00 (4,00÷6,00) и 5,00 (4,00÷7,00), соответственно; p≤0,012) опросника «Уровень субъективного контроля».

Результаты, полученные при изучении динамики смысложизненных ориентаций у пациентов с параноидной шизофренией, получавших комбинированное лечение ПФТ+ТСН, отображены в таблице 20.

Таблица 20 – Средние значения и значимость различий показателей по шкалам Теста смысложизненных ориентаций в группе больных параноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ТСН, в начале тренинга и по его окончанию

Шкалы	Группа 1.2, в начале ТСН (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.2, по окончанию ТСН (M±σ)/Me(IQR)	p-value
Цель	24,00 (12,00÷33,00)	27,00 (20,00÷36,00)	0,006
Процесс	20,95±10,20	24,67±9,90	0,001
Результат	18,64±8,32	21,54±8,22	0,003
ЛК-Я	15,00 (10,00÷21,00)	19,00 (15,00÷22,00)	0,014
ОЖ	77,92±28,57	87,92±27,74	0,002

Примечание:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение
2. Me(IQR) – разброс среднего
3. p-value – уровень статистической значимости
4. ЛК-Я – Локус-контроля Я
5. ОЖ – Общий показатель

После участия в ТСН у пациентов с шизофренией отмечены увеличения значений по шкалам оценки смысложизненных ориентаций: «Цель» (27,00 (20,00÷36,00) и 24,00 (12,00÷33,00), соответственно, $p \leq 0{,}006$), «Процесс» (24,67±9,90 и 20,95±10,20, соответственно, $p \leq 0{,}001$), «Результат» (21,54±8,22 и 18,64±8,32, соответственно, $p \leq 0{,}003$), «Локус-контроля Я» (19,00 (15,00÷22,00) и 15,00 (10,00÷21,00), соответственно, $p \leq 0{,}014$), «Общий показатель» (87,92±27,74 и 77,92±28,57, соответственно, $p \leq 0{,}002$).

Результаты изучения динамики субъективного ощущения психологических характеристик времени представлены в таблице 21.

Таблица 21 – Средние значения и значимость различий показателей по шкалам опросника «Семантический дифференциал времени» в группе больных параноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ТСН, в начале тренинга и по его окончанию

Шкалы	Группа 1.2, в начале ТСН (M±O)	Группа 1.2, по окончанию ТСН (M±O)	p-value
НВВ	3,62±5,85	5,49±4,57	0,018
НСВ	1,74±5,32	4,13±4,91	0,003
ПОВ	2,67±5,56	1,18±4,73	0,052

Примечание:

1. (M±O) – среднее и стандартное отклонение
2. p-value – уровень статистической значимости
3. НВВ – «Настоящее. Величина времени»
4. НСВ – «Настоящее. Структура времени»
5. ПОВ – «Прошлое. Ощущаемость времени»

У больных шизофренией после участия в ТСН отмечается рост по шкалам «Настоящее. Величина времени» (5,49±4,57 и 3,62±5,85, соответственно, p≤0,018), «Настоящее. Структура времени» (4,13±4,91 и 1,74±5,32, соответственно, p≤0,003) опросника «Семантический дифференциал времени», а так же уменьшение значений по шкале «Прошлое. Ощущаемость времени» (1,18±4,73 и 2,67±5,56, соответственно, p≤0,052).

Результаты изучения динамики субъективного ощущения психопатологических симптомов представлены в таблице 22.

Таблица 22 – Средние значения и значимость различий показателей по шкалам опросника «SCL-90-R» в группе больных параноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ТСН, в начале тренинга и по его окончанию

Шкалы	Группа 1.2, в начале ТСН (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.2, по окончанию ТСН (M±σ)/Me(IQR)	p-value
SOM	1,00 (0,25÷1,58)	0,42 (0,25÷0,75)	0,001
OC	1,40 (0,80÷2,00)	1,00 (0,40÷1,40)	0,000
INT	1,25±0,97	0,95±0,93	0,000
DEP	1,38 (0,69÷2,38)	0,77 (0,38÷1,46)	0,000
ANX	1,00 (0,40÷1,50)	0,50 (0,20÷1,00)	0,002
PHOB	0,57 (0,14÷2,00)	0,14 (0,00÷1,14)	0,000
PAR	0,50 (0,17÷1,17)	0,33 (0,00÷1,00)	0,008
PSY	0,70 (0,20÷1,30)	0,20 (0,10÷0,70)	0,000
GSI	1,10 (0,44÷1,81)	0,52 (0,27÷0,91)	0,000
PSI	49,00 (31,00÷66,00)	34,00 (21,00÷56,00)	0,000
PDSI	1,74 (1,42÷2,36)	1,52 (1,13÷1,95)	0,000

Примечание:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение
2. Me(IQR) – разброс среднего
3. p-value – уровень статистической значимости
4. SOM – «Соматизация»

5. OC – «Обсессивность-компульсивность»
6. INT – «Межличностная сензитивность»
7. DEP – «Депрессивность»
8. ANX – «Тревожность»
9. PHOB – «Фобии»
10. PAR – «Паранойяльность»
11. PSY – «Психотизм»
12. GSI – «Общий индекс тяжести симптомов»
13. PSI – «Общее количество утвердительных ответов»
14. PDSI – «Общий индекс симптоматического дистресса»

У больных шизофренией после прохождения ТСН обнаружено снижение по некоторым шкалам оценки субъективно ощущаемых психопатологических симптомов: «Соматизация» (0,42 (0,25÷0,75) и 1,00 (0,25÷1,58), соответственно, $p \leq 0{,}001$), «Обсессивность-компульсивность» (1,00 (0,40÷1,40) и 1,40 (0,80÷2,00), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Межличностная сензитивность» ($0{,}95 \pm 0{,}93$ и $1{,}25 \pm 0{,}97$, соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Депрессивность» (0,77 (0,38÷1,46) и 1,38 (0,69÷2,38), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Тревога» (0,50 (0,20÷1,00) и 1,00 (0,40÷1,50), соответственно, $p \leq 0{,}002$), «Фобии» (0,14 (0,00÷1,14) и 0,57 (0,14÷2,00), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Паранойяльность» (0,33 (0,00÷1,00) и 0,50 (0,17÷1,17), соответственно, $p \leq 0{,}008$), «Психотизм» (0,20 (0,10÷0,70) и 0,70 (0,20÷1,30), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Общий индекс тяжести симптомов» (0,52 (0,27÷0,91) и 1,10 (0,44÷1,81), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Количество утвердительных ответов» (34,00 (21,00÷56,00) и 49,00 (31,00÷66,00), соответственно, $p \leq 0{,}000$), «Индекс симптоматического дистресса» (1,52 (1,13÷1,95) и 1,74 (1,42÷2,36), соответственно, $p \leq 0{,}000$).

У пациентов с шизофренией, получавших комбинированное лечение ПФТ+ТСН, после участия в тренинге отмечалось снижение тяжести депрессивных переживаний при оценке по шкале депрессии А. Бека ($22{,}23 \pm 16{,}58$ и $15{,}90 \pm 12{,}90$, соответственно, $p \leq 0{,}000$).

3.3.3. Сравнение особенностей работы АКМ в группе больных параноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ПО, до начала группы и по ее окончанию

Пациенты, получавшие сочетанное лечение в виде традиционной ПФТ, дополненной участием в психообразовательной программе, выявляютулучшения работы АКМ на момент окончания группы по сравнению со временем до ее начала. Результаты самоотчетов больных представлены в тексте ниже и в таблице 23, таблице 24.

Пациенты с шизофренией, проходившие комплексное лечение ПФТ+ПО по окончанию психообразовательной программы отмечают у себя рост интернальности в области здоровья (5,00 (3,00÷7,00) и 5,00 (2,75÷6,00), соответственно, $p \leq 0{,}019$).

Динамика в субъективном восприятии психологических характеристик времени у больных шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ПО, отражена в таблице 23.

Таблица 23 – Средние значения и значимость различийпоказателей по шкалам опросника «Семантический дифференциал времени» у больных параноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ПО, в начале программы и по ее завершению

Шкалы	Группа 1.3, в начале ПО (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.3, по завершению ПО (M±σ)/Me(IQR)	p-value
НЭВ	3,20±8,15	6,10±6,60	0,020
НВВ	4,83±5,35	6,97±4,30	0,048
ПВВ	4,50 (0,00÷10,00)	8,00 (3,75÷11,00)	0,037

Примечание:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение
2. Me(IQR) – разброс среднего

3. p-value – уровень статистической значимости
4. НЭВ – «Настоящее. Эмоциональная окраска времени»
5. НВВ – «Настоящее. Величина времени»
6. ПВВ – «Прошлое. Величина времени»

После участия в психообразовательных занятиях у пациентов с шизофренией отмечался рост по некоторым шкалам опросника «Семантический дифференциал времени»: «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» (6,10±6,60 и 3,20±8,15, соответственно, p≤0,020), «Настоящее. Величина времени» (6,97±4,30 и 4,83±5,35, соответственно, p≤0,048), «Прошлое. Величина времени» (8,00 (3,75÷11,00) и 4,50 (0,00÷10,00), соответственно, p≤0,037).

Результаты изучения динамики субъективного ощущения психопатологических симптомов представлены в таблице 24.

Таблица 24 – Средние значения и значимость различий показателей по шкалам опросника «SCL-90-R» в группе больныхпараноидной шизофренией, получавших комплексное лечение ПФТ+ПО, в начале занятий и по их окончанию

Шкалы	Группа 1.3, в начале ПО (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.3, по окончанию ПО (M±σ)/Me(IQR)	p-value
SOM	0,58 (0,31÷0,83)	0,25 (0,00÷0,50)	0,000
OC	0,90 (0,50÷1,50)	0,55 (0,20÷1,13)	0,001
INT	0,84±0,60	0,55±0,59	0,000
DEP	1,00 (0,44÷1,25)	0,46 (0,15÷0,89)	0,000
ANX	0,70 (0,28÷1,20)	0,35 (0,08÷0,80)	0,001
HOS	0,33 (0,13÷0,67)	0,17 (0,00÷0,33)	0,010
PHOB	0,44±0,46	0,30±0,42	0,021
PAR	0,53±0,54	0,36±0,45	0,013
PSY	0,55 (0,10÷0,83)	0,38 (0,11÷0,70)	0,013
GSI	0,70 (0,36÷0,98)	0,58 (0,37÷0,90)	0,000
PSI	42,00 (27,75÷58,00)	24,00 (10,00÷42,50)	0,000
PDSI	1,51 (1,22÷1,80)	1,20 (1,00÷1,44)	0,000

Примечание:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение

2. Me(IQR) – разброс среднего
3. p-value – уровень статистической значимости
4. SOM – «Соматизация»
5. OC – «Обсессивность-Компульсивность»
6. INT – «Межличностная сензитивность»
7. DEP – «Депрессивность»
8. ANX – «Тревожность»
9. HOS – «Враждебность»
10. PHOB – «Фобии»
11. PAR – «Паранойяльность»
12. PSY – «Психотизм»
16. GSI – «Общий индекс тяжести симптомов»
17. PSI – «Общее количество утвердительных ответов»
18. PDSI – «Индекс симптоматического дистресса»

После участия в психообразовательной программе у пациентов с шизофренией выявляется снижение по ряду параметров оценки субъективного ощущения психопатологических симптомов: «Соматизация» (0,25 (0,00÷0,50) и 0,58 (0,31÷0,83), соответственно, $p \leq 0,000$), «Обсессивность-компульсивность» (0,55 (0,20÷1,13) и 0,90 (0,50÷1,50), соответсвенно, $p \leq 0,001$), «Межличностная сензитивность» ($0,55 \pm 0,59$ и $0,84 \pm 0,60$, соответственно, $p \leq 0,000$), «Депрессивность» (0,46 (0,15÷0,89) и 1,00 (0,44÷1,25), соответственно, $p \leq 0,000$), «Тревожность» (0,35 (0,08÷0,80) и 0,70 (0,28÷1,20), соответственно, $p \leq 0,001$), «Враждебность» (0,17 (0,00÷0,33) и 0,33 (0,13÷0,67), соответственно, $p \leq 0,010$), «Фобии» ($0,30 \pm 0,42$ и $0,44 \pm 0,46$, соответственно, $p \leq 0,021$), «Паранойяльность» ($0,36 \pm 0,45$ и $0,53 \pm 0,54$, соответственно, $p \leq 0,013$), «Психотизм» (0,38 (0,11÷0,70) и 0,55 (0,10÷0,83), соответственно, $p \leq 0,013$), «Общий индекс тяжести симптомов» (0,58 (0,37÷0,90) и 0,70 (0,36÷0,98), соответственно, $p \leq 0,000$), «Количество утвердительных ответов» (24,00 (10,00÷42,50) и 42,00 (27,75÷58,00),

соответственно, p≤0,000), «Индекс симптоматического дистресса» (1,20 (1,00÷1,44) и 1,51 (1,22÷1,80), соответственно, p≤0,000).

У пациентов с шизофренией, получавших комбинированное лечение ПФТ+ПО, после участия в психообразовательной программе отмечалось снижение тяжести депрессивных переживаний при оценке по шкале депрессии А. Бека (12,90±9,52 и 9,97±10,19, соответственно, p≤0,009).

3.4. Сравнение эффектов изолированной ПФТ и комбинированного воздействия ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН на работу АКМ у пациентов с параноидной шизофренией

Было проведено сравнение полученных эффектов после применения классической ПФТ и сочетанного воздействия в виде лекарственной терапии и психо-социальных реабилитационных мероприятий (ПО и ТСН). Результаты представлены в тексте ниже и в таблице 25, таблице 26, таблице 27, а также в рисунке 1, рисунке 2, и рисунке 3.

При изучении особенностей саморегуляции по средствам опросника «Стиль саморегуляции повкдения» у пациентов, принимавших изолированную ПФТ и получавших комплексное лечение ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО не обнаружено значимых различий, а также различий на уровне тенденций.

При изучении особенностей интернальности по средствам опросника «Уровень субъективного контроля» было обнаружено, что по шкале «Интернальность в области здоровья» пациенты, принимавшие изолированную ПФТ, имеют самые высокие значения (5,73±1,98, p≤0,015), за ними следуют пациенты с шизофренией, получавшие комбинированное лечение ПФТ+ТСН (5,51±2,14, p≤0,015) и наименьшие значения демонстрируют больные из группы ПФТ+ПО (4,30±2,00, p≤0,015). В результате проведенного post hoc анализа

обнаружено, что группа 1.1 отличается от 1.2, $p \leq 0{,}022$, а группа 1.2 отличается от 1.3, $p \leq 0{,}044$.

Результаты сравнения значений шкал «Теста смысложизненных ориентаций» представлены в таблице 26.

Таблица 26 – Средние значения и значимость различий показателей по шкалам Теста смысложизненных ориентаций в группах больных параноидной шизофренией, получавших изолированную ПФТ, и комбинированное лечение ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО на этапе выписки из стационара и по завершению психо-социальной реабилитационной программы

Шкалы	Группа 1.1, при выписке (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.2, по завершению (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.3, по завершению (M±σ)/Me(IQR)	F	p-value	Post hoc анализ (различия групп)
П	22,10±7,92	24,64±9,90	28,00±7,64	3,489	0,034	группа 1.1 отличается от 1.3, $p \leq 0{,}014$
Р	20,00 (17,75÷25,00)	22,00 (14,00÷28,00)	24,50 (22,75÷30,00)	-	0,009	группа 1.1 отличается от 1.3, $p \leq 0{,}019$
ЛК-Ж	24,00 (20,00÷28,00)	25,00 (19,00÷33,00)	29,50 (26,50÷34,00)	-	0,001	группа 1.1 отличается от 1.3, $p \leq 0{,}004$

Примечание:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение
2. Me(IQR) – разброс среднего
3. F – F-критерий Фишера
4. p-value – уровень статистической значимости
5. П – «Процесс»
6. Р – «Результат»
7. ЛК-Ж – «Локус-контроля Жизнь»

При изучении показателей по шкалам Теста смысложизненных ориентаций в исследуемых подгруппах было выявлено, что больные параноидной шизофренией, принимавшие изолированную ПФТ по шкалам «Процесс» (22,10±7,92, p≤0,034), «Результат» (20,00 (17,75÷25,00), p≤0,009), «Локус-контроля Жизнь» (24,00 (20,00÷28,00), p≤0,001) отличаются от пациентов, посещавших ТСН (28,00±7,64, p≤0,034; 24,50 (22,75÷30,00), p≤0,009; 29,50 (26,50÷34,00), p≤0,001, соответственно). В результате проведенного post hoc анализа подтверждено, что группа пациентов, получавших только ПФТ, отличается по данным параметрам от прошедших ТСН, при этом обе эти группы не различаются по указанным параметрам с участвовавшими в ПО.

Показатели шкал Теста смысложизненных ориентаций в группах больных параноидной шизофренией, получавших изолированную ПФТ, и комбинированное лечение ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН на этапе выписки из стационара и по завершению психо-социальной реабилитационной программы представлены на рисунке 1.

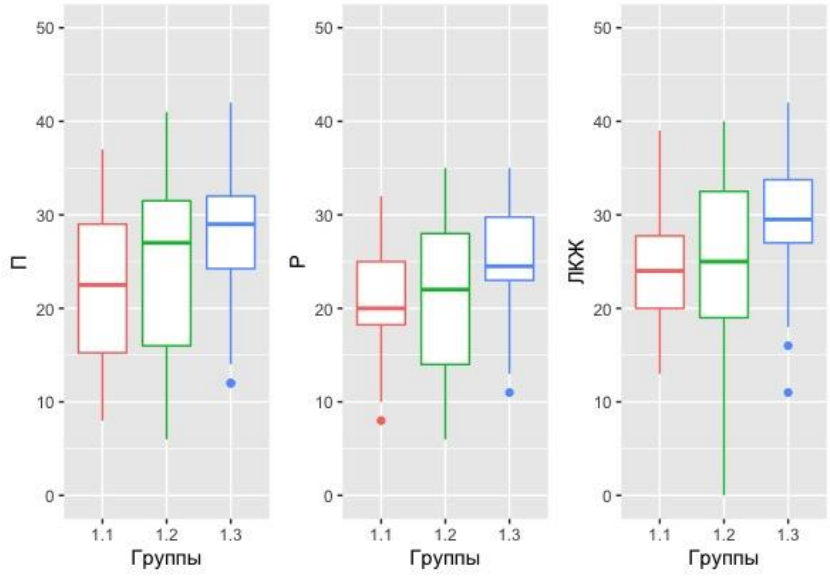

Рисунок 1 – Показатели шкал Теста смысложизненных ориентаций в группах больных параноидной шизофренией, получавших изолированную ПФТ, и комбинированное лечение ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН на этапе выписки из стационара и по завершению психо-социальной реабилитационной программы

Как видно из рисунка 1, пациенты, получавшие комплексное лечение ПФТ+ТСН демонстрируют большие значения показателей шкал «Процесс», «Результат» и «Локус-контроля Жизнь», нежели больные, получавшие изолированную ПФТ и пациенты, прошедшие ТСН в сочетании с приемом ПФТ. Наименьшие значения по данным шкалам выявляют пациенты, принимавшие изолированную ПФТ.

Результаты сравнения субъективного восприятия психологических характеристик времени в изучаемых подгруппах отображены в таблице 27.

Таблица 27 – Сравнение показателей шкал опросника «Семантический дифференциал времени» в группах больных шизофренией, получавших изолированную ПФТ, и комбинированное лечение ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО на этапе выписки из стационара и по завершению психо-социальной реабилитационной программы

Шкалы	Группа 1.1, при выписке (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.2, по завершению (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.3, по завершению (M±σ)/Me(IQR)	F	p-value	Post hoc анализ (различия групп)
НЭВ	0,87±8,97	2,62±7,32	6,10±6,60	3,655	0,030	группа 1.1 отличается от 1.3, p≤0,025
НВВ	3,43±5,60	5,49±4,57	6,97±4,30	4,058	0,020	группа 1.1 отличается от 1.3, p≤0,015
ПАВ	6,00 (2,00÷10,00)	2,00 (-5,00÷8,00)	3,00 (0,00÷7,25)	-	0,032	группа 1.1 отличается от 1.2, p≤0,010
ПСВ	6,00±6,54	0,92±6,12	3,80±6,41	5,564	0,005	группа 1.1 отличается от 1.2, p≤0,004
ПОВ	4,37±4,96	1,31±4,54	1,67±4,12	4,307	0,016	группа 1.1 отличается от 1.2, p≤0,018

Примечание:

1. (M±σ) – среднее и стандартное отклонение

2. Me(IQR) – разброс среднего
3. F – F-критерий Фишера
4. p-value – уровень статистической значимости
5. НЭВ – «Настоящее. Эмоциональная окраска времени»
6. НВВ – «Настоящее. Величина времени»
7. ПАВ – «Прошлое. Активность времени»
8. ПСВ – «Прошлое. Структура времени»
9. ПОВ – «Прошлое. Ощущаемость времени»

При изучении показателей шкал опросника «Семантический дифференциал времени» обнаружены различия в восприятии психологических характеристик настоящего времени: пациенты, получавшие сочетанное лечение ПФТ+ТСН демонстрируют большие значения по шкалам «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» (6,10±6,60, $p \leq 0,030$) и «Настоящее. Величина времени» (6,97±4,30, $p \leq 0,020$) в сравнении с больными, получавшими комбинированное лечение ПФТ+ПО (2,62±7,32, $p \leq 0,030$ и 5,49±4,57, $p \leq 0,020$, соответственно) и пациентами, принимавшими изолированную ПФТ (0,87±8,97, $p \leq 0,030$ и 3,43±5,60, $p \leq 0,020$, соответственно).

Больные, принимавшие изолированную ПФТ, отличаются в большую сторону по шкалам «Прошлое. Активность времени» (6,00 (2,00÷10,00), $p \leq 0,032$), «Прошлое. Структура времени» (6,00±6,54, $p \leq 0,005$), «Прошлое. Ощущаемость времени» (4,37±4,96, $p \leq 0,016$) от пациентов, получавших ПФТ+ТСН (3,00 (0,00÷7,25), $p \leq 0,032$; 3,80±6,41, $p \leq 0,005$ и 1,67±4,12, $p \leq 0,016$) и от больных, получавших комбинированное лечение ПФТ+ПО (4,37±4,96, $p \leq 0,032$; 1,67±4,12, $p \leq 0,005$ и 1,31±4,54, $p \leq 0,016$, соответственно). В результате проведенного post hoc анализа обнаружено, что по шкалам «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» и «Настоящее. Величина времени» пациенты из группы 1.1 отличаются от пациентов из группы 1.3 ($p \leq 0,025$ и $p \leq 0,015$, соответственно), при этом обе эти группы не отличаются от больных из группы 1.2. По шкалам «Прошлое. Активность времени», «Прошлое. Структура времени» и «Прошлое. Ощущаемость

времени» пациенты из группы 1.1 отличаются от больных из группы 1.2 ($p \leq 0{,}010$, $p \leq 0{,}004$ и $p \leq 0{,}018$, соответственно), при этом обе эти группы не отличаются от пациентов из группы 1.3.

Показатели шкал опросника опросника «Семантический дифференциал времени» в группах больных шизофренией, получавших изолированную ПФТ, и комбинированное лечение ПФТ+ТСНи ПФТ+ПО на этапе выписки из стационара и по завершению психо-социальной реабилитационной программы представлены на рисунке 2.

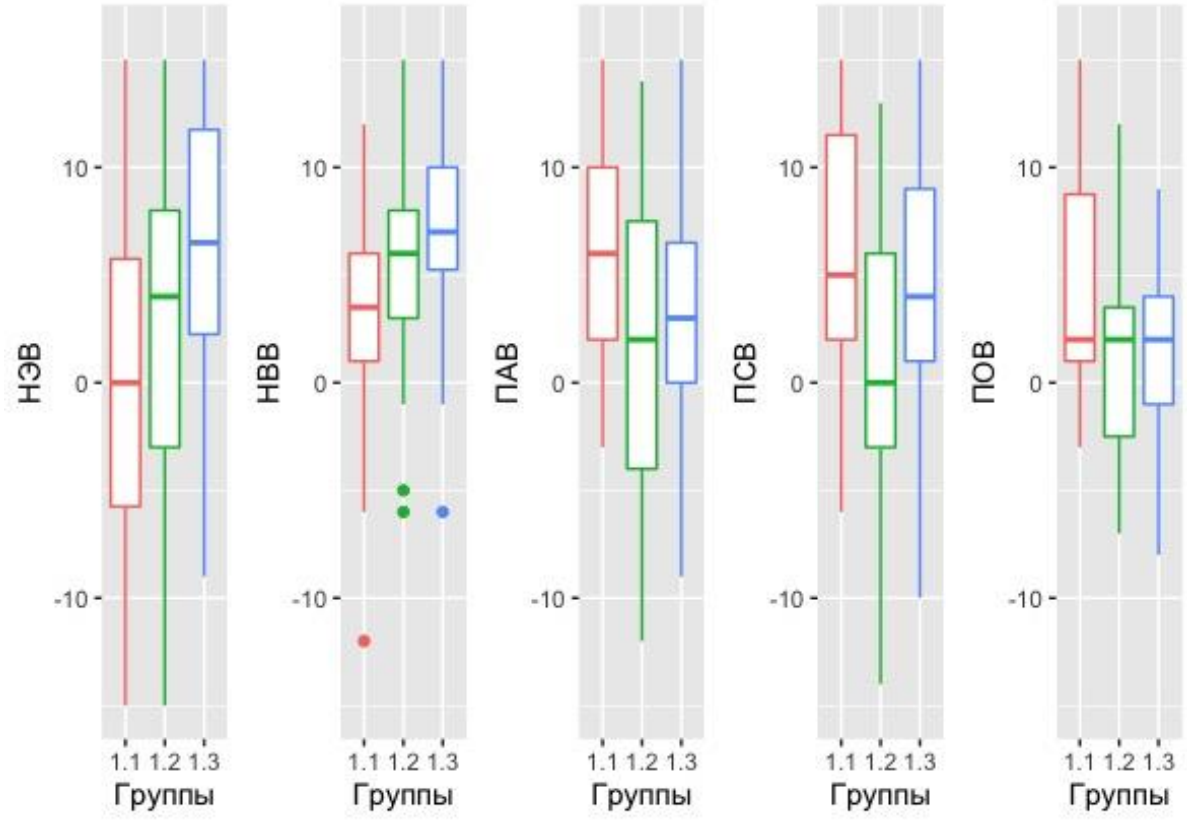

Рисунок 2 – Показатели шкал опросника опросника «Семантический дифференциал времени» в группах больных шизофренией, получавших изолированную ПФТ, и комбинированное лечение ПФТ+ТСНи ПФТ+ПО на этапе выписки из стационара и по завершению психо-социальной реабилитационной программы

Как видно из рисунка 2 пациенты, прошедшие ТСН в сочетании с приемом ПФТ, демонстрируют более высокие значения по шкалам «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» и «Настоящее. Величина времени», нежели больные, принимавшие изолированную ПФТ и пациенты, участвовавшие в ПО программе в сочетании с приемом ПФТ. Больные параноидной шизофренией, принимавшие только ПФТ, выявляют наименьшие значения по данным шкалам. Пациенты, принимавшие изолированную ПФТ, в большую сторону отличаются от больных, помимо ПФТ участвовавших в психо-социальных реабилитационных мероприятиях (ТСН и ПО), по показателям шкал «Прошлое. Активность времени», «Прошлое. Структура времени», «Прошлое. Ощущаемость времени». Больные, прошедшие ПО в сочетании с приемом ПФТ, имеют наименьшие значения по шкале «Прошлое. Активность времени». По шкалам «Прошлое. Структура времени» и «Прошлое. Ощущаемость времени» больные параноидной шизофренией, участвовавшие в ТСН с параллельным приемом ПФТ, выявляют наименьшие значения.

Результаты сравнения субъективно ощущаемой психопатологической симптоматики в исследуемых группах представлены в таблице 28.

Таблица 28 – Сравнение показателей субъективно ощущаемой психопатологической симптоматики в группах больных шизофренией, получавших изолированную ПФТ, и комбинированное лечение ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО на этапе выписки из стационара и по завершению психо-социальной реабилитационной программы

Шкалы	Группа 1.1, при выписке (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.2, по завершению (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.3, по завершению (M±σ)/Me(IQR)	F	p-value	Post hoc анализ (различия групп)
INT	0,96±0,63	0,94±0,93	0,54±0,59	2,962	0,044	группа 1.1 отличается от 1.3, p≤0,035

DEP	1,05±0,79	1,10±0,98	0,59±0,56	3,830	0,025	группа 1.1 отличается от 1.2, p≤0,024 группа 1.1 отличается от 1.3, p≤0,033
PDSI	1,56 (1,25÷1,79)	1,52 (1,13÷1,95)	1,19 (1,00÷1,44)	-	0,001	группа 1.1 отличается от 1.3, p≤0,002 группа 1.2 отличается от 1.3, p≤0,005

Примечание:

1. (M±O) – среднее и стандартное отклонение
2. Me(IQR) – разброс среднего
3. F – F-критерий Фишера
4. p-value – уровень статистической значимости
5. INT – «Межличностная сензитивность»
6. DEP – «Депрессивность»
7. PDSI – «Общий индекс симптоматического дистресса»

При изучении различий в субъективном ощущении психопатологической симптоматики в исследуемых группах больных параноидной шизофренией обнаружено, что пациенты, участвовавшие в ПО, выявляют менее выраженные значения по шкале «Межличностная сензитивность» (0,54±0,59, p≤0,044), чем пациенты, получавшие изолированную ПФТ (0,96±0,63, p≤0,044), при этом обе эти группы не имеют отличий от группы больных, прошедших ТСН (0,94±0,93, p≤0,044). По шкалам «Депрессивность» и «Индекс симптоматического дистресса» больные, прошедшие ПО, имеют наименьшие значения (0,59±0,56, p≤0,025 и 1,19 (1,00÷1,44), p≤0,001, соответственно), отличаясь от пациентов, принимавших изолированную ПФТ (1,05±0,79, p≤0,025 и 1,56 (1,25÷1,79), p≤0,001, соответственно) и от участвовавших в ТСН (1,10±0,98, p≤0,025 и 1,52 (1,13÷1,95), p≤0,001, соответственно), которые, в свою очередь, не имеют различий между собой по указанным параметрам.

Показатели шкал опросника опросника «SCL-90-R» в группах больных шизофренией, получавших изолированную ПФТ, и комбинированное лечение ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО на этапе выписки из стационара и по завершению психо-социальной реабилитационной программы представлены на рисунке 3.

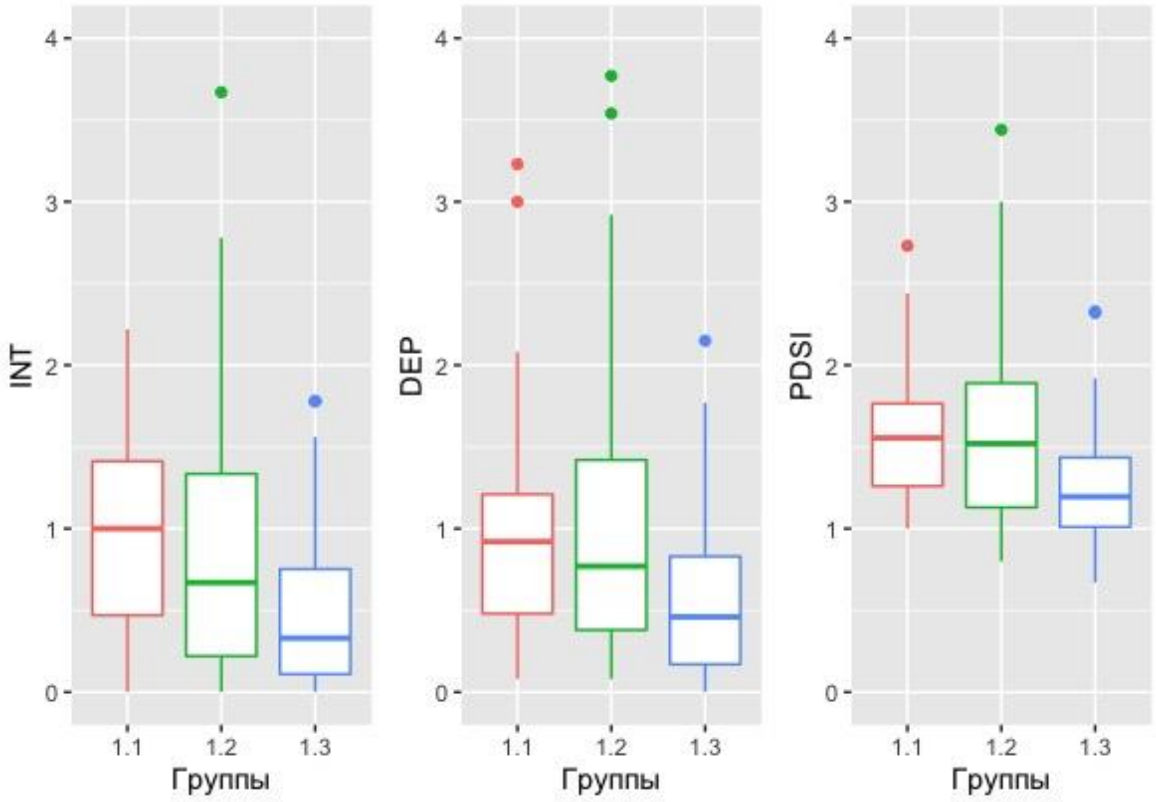

Рисунок 3 – Показатели шкал опросника опросника «SCL-90-R» в группах больных шизофренией, получавших изолированную ПФТ, и комбинированное лечение ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО на этапе выписки из стационара и по завершению психо-социальной реабилитационной программы

Как видно из рисунка 3, пациенты, прошедшие ТСН в сочетании с приемом ПФТ, демонстрируют наименьшие значения по шкалам «Межличностная сензитивность», «Депрессивность» и «Индекс наличного симптоматического дистресса». Наибольшие значения по шкале

«Межличностная сензитивность» выявляют больные параноидной шизофренией, принимавшие изолированную ПФТ. По шкалам «Депрессивность» и «Индекс наличного симптоматического дистресса» самые высокие значения наблюдаются у пациентов, участвовавших в ПО программе в сочетании с приемом лекарственных препаратов.

Резюме по Главе 3

В Главе 3 «Результаты исследования» проведен анализ особенностей АКМ у больных параноидной шизофренией, пациентов с приобретенной миастенией и в группе здоровья, а также отражено влияние социально-демографических факторов на работу АКМ.

В первом параграфе проведено сравнение особенностей работы АКМ у больных параноидной шизофренией, пациентов с приобретенной миастенией и в группе здоровья в разрезе их саморегуляции поведения, смысложизненных ориентаций, субъективно ощущаемых психологических характеристик времени и субъективно ощущаемой психопатологической симптоматики. В ходе проведенной работы обнаружено, что пациенты с приобретенной миастенией чаще занимают срединную позицию – таким образом, их нарушения в работе АКМ не столь тотальны, как у больных параноидной шизофренией, но, в то же время, болезнь неизбежно накладывает заметный отпечаток на АКМ, отличая их по ряду параметров от группы здоровья.

Во втором параграфе рассмотрены особенности работы АКМ и социально-демографических характеристик в исследуемых группах с учетом пола, инвалидности, наличия семьи и детей, возраста, трудоустроенности, образования, количеством обострений и количеством

госпитализаций. Обнаружено, что больные параноидной шизофренией мужчины воспринимают настоящее и прошлое время как менее активное по сравнению со страдающими параноидной шизофренией женщинами. Пациенты с параноидной шизофренией без инвалидности лучше управляют эмоциональной сферой, рассматривают будущее как более активное и менее склонны к жалобам соматического характера, чем имеющие инвалидность. Наличие семьи благотворно сказывается на работе АКМ у больных нервно-психическими расстройствами. Отсутствие детей повышает интернальность у обеих исследуемых нозологий. Трудоустройство и уровень образования так же положительно влияют на работу АКМ у пациентов с параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией. Длительность заболевания, частые обострения и большое количество госпитализаций усугубляют психологическое состояние пациентов обеих нозологий, порождая высокий дистресс. При этом у больных параноидной шизофренией это влияние на АКМ меньше, чем у пациентов с приобретенной миастенией.

В третьем параграфе описано сравнение особенностей работы АКМ у больных параноидной шизофренией до и после полученного ими лечения (изолированная ПФТ и сочетанное воздействие – ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН). Улучшения в работе АКМ после полученного лечения выявлены во всех трех подгруппах пациентов с параноидной шизофренией. При этом участие в ПО способствует снижению депрессии и осознанию своего вклада в состояние здоровья, а участие в ТСН благотворно повлияло на саморегуляцию поведения, ощущение удовлетворенности и управляемости жизни.

В четвертом параграфе проведено сравнение эффектов изолированной ПФТ и комбинированного воздействия ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО на работу АКМ у пациентов с параноидной шизофренией. Выявлено, что участие в ТСН вомногом оживляет эмоциональную сферу больных, при этом возникают понятны и обоснованные переживания грусти от ограничений, которые болезнь накладывает на различные сферы жизни. Участие в ПО позволяет реалистично смотреть на свои возможности в будущем, однако, отмечаются проявления фатализма.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Об особенностях работы АКМ у больных параноидной шизофренией, пациентов с приобретенной миастений и в группе здоровья

Проведено сравнение пациентов, страдающих параноидной шизофренией, больных приобретенной миастенией и условно здоровых добровольцев с целью выявления особенностей, характерных для личности, страдающей хроническим заболеванием.

При изучении показателей саморегуляции поведения обнаружено, что у пациентов с параноидной шизофренией менее развиты способности к управлению эмоциями, оцениванию результатов своей деятельности, поведенческой гибкости и общего уровня саморегуляции, нежели в группе здоровья. Это связано, в том числе, с особенностями эмоционально-волевой сферы больных – одним из патогномоничных признаков расстройств шизофренического спектра являются нарушения эмоциональной сферы (Снежневский А.В., 1983; Жариков Н.М., 2009; Жмуров В.А., 2012). Так же у пациентов с параноидной шизофренией часто встречается нарушение критичности (Наджаров Р.А., Смулевич А.Б., 1983 и др.), которое проявляется и в переоценке своих возможностей и, напротив, в их существенной недооценке, например, в силу наличия депрессивных переживаний (Смулевич А.Б., 2003; Шмуклер А.Б., 2015). Больные процессуальным расстройством часто отличаются закостенелостью поведения (Коцюбинский А.П., 2017; Beck A.T. et al., 2009; Barker V. et al., 2015 и др.), им сложно гибко приспосабливаться к быстрым изменениям, отмечается некоторая ригидность (Снежневский А.В., 1983; Жмуров В.А., 2012). Кроме того, постоянные попытки сохранять самообладание и эмоциональное равновесие приводят к постепенному истощению личностных резервов (Inzlicht M. et al., 2014) и «держать себя в руках», в том числе, обеспечивать приемлемый уровень саморегуляции поведения,

становится все сложнее (Baumeister R.F., Heatherton T., 1986; Heatherton T.F., 2011a). В целом, это феномены, о которых говорил еще Эйген Блейлер («4А»: Ассоциации, Аффект, Аутизм, Амбивалетность) (Рид Дж., 2008).

Одновременно, статистически значимых различий в общем уровне саморегуляции, гибкости поведения и способностях к управлению эмоциональной сферой между больными параноидной шизофренией и приобретенной миастенией не выявлено, так же пациенты с приобретенной миастенией не отличаются от контрольной группы. Таким образом, пациенты с врожденной или приобретенной миастенией занимают как бы промежуточную позицию в способностях к саморегуляции – между расстроенными функциями сохранения и поддержания приемлемого уровня саморегуляции у больных параноидной шизофренией и сохранных параметрах работы этого процесса у условно здоровых обследованных.

Исходя из сказанного выше, можно предположить, что напряжение, вызываемое ситуацией ТХЗ, накладывает отпечаток на работе АКМ в разрезе особенностей саморегуляции поведения, стирая различия между психическим и физическим страданием (Кудряшова В.Ю. и др., 2020а; Кудряшова В.Ю. и др., 2020б). ТХЗ само по себе является психотравмирующей ситуацией, которая, как и основное заболевание, имеет хронический характер (Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011; Осокина О.И. и др., 2014; Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015; Шмуклер А.Б., 2015; Фирсова Л.Д., 2020; Rohr W., 1993; Baumeister R.F. et al., 2005; Kulaksizoglu I.B., 2007; Hagger M.S. et al., 2010; Heatherton T.F., 2011a; Inzlicht M. et al., 2014).

Исследование смысложизненных ориентаций показало, что пациенты с параноидной шизофренией демонстрируют более низкие показатели по сравнению с больными приобретенной миастенией и лицами, не имеющими психических или неврологических расстройств, в постановке жизненных целей, способности получать удовольствие от жизни как от непрерывного процесса, удовлетворенности результатами деятельности и способности брать рациональную

ответственность за происходящее с ними. Данный феномен можно объяснить наличием негативной симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией – сглаживается эмоциональный компонент, нарастает ангедония (Жариков Н.М., 2009; Жмуров В.А., 2012), нарастающими по мере развития болезненного процесса мотивационными нарушениями (Коцюбинский А.П., 2017). Пациентов с параноидной шизофренией и больных с приобретенной миастенией объединяет более выраженное ощущение низкой управляемости жизни по сравнению с группой здоровья. Как уже отмечалось, ТХЗ является стрессовым фактором, трудной жизненной ситуацией (Николаева В.В., 1987; Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011; Осокина О.И. и др., 2014; Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015; Шмуклер А.Б., 2015; Rohr W., 1993; Baumeister R.F. et al., 2005; Kulaksizoglu I.B., 2007; Heatherton T.F., 2011a; Inzlicht M. et al., 2014) и может приводить к фаталистическим переживаниям, ощущению, что жизнь мало подвластна сознательному контролю (Фирсова Л.Д., 2020). Некоторый фатализм в данном случае даже может приносить облегчение (Ялом И., 2014; Камалдинова Э.Ш., 2012), так как избавляет пациента с ТХЗ от мучительных размышлений, какой вклад он внес в возникновение своего расстройства.

Страдающие параноидной шизофренией выявляют более низкую общую удовлетворенность жизнью в сравнении со здоровыми обследованными, при этом не отличаются от пациентов с приобретенной миастенией, которые также не обнаруживают значимых различий с лицами, не имеющими психических или неврологических проблем. Данный факт представляется очень логичным, так как помимо стрессового воздействия, который оказывает ТХЗ на личность (Николаева В.В., 1987) у обеих исследуемых нозологических категорий отмечаются депрессивные переживания (Смулевич А.Б., 2003; Петрова Н.Н., 2005; Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009; Шмуклер А.Б., 2015), что несомненно снижает удовлетворенность жизнью. Пациенты с приобретенной миастенией занимают в данном случае промежуточную позицию в силу отсутствия специфических для больных параноидной шизофренией когнитивных, эмоциональных и поведенческих нарушений (Снежневский А.В., 1983; Янушко М.Г., 2010; Зайцева

Ю.С. и др., 2011; Жмуров В.А., 2012), а также сохранной критичности (Петрова Н.Н., 2005; Конькова Д.Ю., Карнаух Д.Н., 2016; Налькин С.А. и др., 2018).

Резюмируя, можно сказать, что недовольство происходящим, своей жизнью и непосредственно процессом ее проживанияу больных приобретенной миастенией не столь тотально, как у пациентов с параноидной шизофренией, они могут включаться в социальные процессы, не связанные со своим заболеванием и его лечением, легче переключаться на решение вопросов из других областей жизни (Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б., 2019а; Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б., 2019б; RohrW., 1993), что так же может являться одним из способов отвлечения от болезни и сброса постоянного эмоционального напряжения. При этом пациентов с параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией роднит ощущение зыбкости и слабо ощущаемой способности влиять на происходящее, что может расцениваться как еще один из психологических феноменов, присущих ТХЗ, вне зависимости от сферы страдания – психической или неврологической (Бройтигам В. и др., 1999; Михайлов Б.В. и др., 2002).

Исследование субъективного ощущения психологических характеристик времени обнаружило, что больные параноидной шизофренией и пациенты с приобретенной миастенией значимо отличаются от здоровых обследованных в восприятии активности и мотивационного потенциала настоящего времени, при этом не различаясь между собой. Они видят настоящее время как мало динамичное, плоское, узкое, что объясняется нарушениями мотивационной сферы: пациенты с приобретенной миастенией выявляют переживания тревожного и депрессивного характера (Петрова Н.Н., 2005; Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009), а пациенты с параноидной шизофренией кроме нарушений настроения имеют специфические для процессуальных расстройств особенности работы эмоционально-волевой сферы (Смулевич А.Б., 2003; Шмуклер А.Б., 2015; Коцюбинский А.П., 2017). Больные параноидной шизофренией воспринимают настоящее время более пессимистично и испытывают большую растерянность, нежели здоровые испытуемые, не отличаясь от страдающих приобретенной миастенией, которые, в свою очередь, не демонстрируют различий по данным шкалам с группой здоровья.

Пациенты с приобретенной миастенией вновь занимают промежуточную позицию, теперь в эмоциональном и когнитивном аспектах восприятия настоящего времени, в силу депрессивных переживаний (Петрова Н.Н., 2005; Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009) и общего дистресса от ТХЗ (Николаева В.В., 1987; Бройтигам В. и др., 1999; Михайлов Б.В., 2002). Пациенты с приобретенной миастенией имеют пессимистичные представления о будущем, в котором они грустны, равнодушны и заторможены в сравнении со здоровыми обследованными, но не отличаются по этому параметру от страдающих параноидной шизофренией, которые также не выявляют отличий с группой здоровья. Это можно объяснить тем, что большинство людей имеют светлые представления о будущем, определенные планы с временными сроками, и приблизительной скоростью, и динамикой изменений (Бочарова Е.Е., 2012; Камалдинова Э.Ш., 2012). Пациенты с параноидной шизофренией по мере нарастания болезненного процесса теряют критичность, начиная относиться к будущему излишне оптимистично (Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011), при этом нарастает негативная симптоматика, уплощается эмоциональная сфера (Снежневский А.В., 1983; Янушко М.Г., 2010; Зайцева Ю.С. и др., 2011; Жмуров В.А., 2012; Коцюбинский А.П., 2017), что отражается на их представлении о динамике своей жизни в будущем. Словом, мы снова наблюдаем амбивалентную картину, на этот раз в виде «оптимистичной стагнации». Страдающие параноидной шизофренией оценивают будущее время как мало реалистичное, неощущаемое, отличаясь от здоровых испытуемых, дающих будущему времени противоположную оценку, но не отличаются в этом от больных приобретенной миастенией, не выявляющими различий по этому параметру со здоровыми лицами. То есть, пациенты с приобретенной миастенией снова оказываются в середине своеобразного градиента в восприятии ощущаемости будущего времени, по всей видимости, в силу снижения настроения на фоне хронического дистресса, вызванного тяжелой неврологической патологией (Николаева В.В., 1987).

При изучении субъективно ощущаемых психопатологических симптомов обнаружено, что пациенты с параноидной шизофренией выявляют более

выраженные переживания психотического характера в сравнении с больными приобретенной миастенией, что не удивительно, учитывая характер нозологической категории данных пациентов.

О взаимосвязях социально-демографических характеристик и АКМ в исследуемых группах

Особенности работы АКМ рассматривались, в том числе, в соответствии с полом пациента – в ряде современных публикаций отмечаются полярные мнения относительно влияния пола на течение заболевания. Ряд авторов заявляют, что пол не имеет значения (J. McGrathetal., 2008), в то время как иные исследователи находят некоторые отличия в течении заболевания у мужчин и женщин (Alerman, A. et al., 2003). Обнаружено, что больные параноидной шизофренией мужчины оценивают свое настоящее и прошлое как менее активное по сравнению со страдающими параноидной шизофренией женщинами. Это можно объяснить некоторыми семантическими особенностями гендера, в том числе, социальными установками – в классических представлениях мужчина должен «быть добытчиком», «обеспечивать семью», «быть защитником» и т.п. (Ростовская Т.К., Шимановская Я.В., 2018). Естественно, что в силу психического расстройства – как болезни самой по себе (Николаева В.В., 1987; Бройтигам В. и др., 1999; Михайлов Б.В., 2002), так и с учетом характерных для шизофрении симптомов мотивационного снижения, апатии и когнитивных нарушений (Снежневский А.В., 1983; Янушко М.Г., 2010; Зайцева Ю.С. и др., 2011; Жмуров В.А., 2012), страдающим шизофренией мужчинам бывает сложно занимать активную роль в обществе. Это может рождать выраженные ощущения малой активности и бездействия как в ретроспективе жизни, так и в настоящем моменте. При этом существенной разницы в представлениях о своей активности в будущем у болеющих параноидной шизофренией мужчин и женщин не выявляется. Это может быть связано с постепенным снижением критичности и, в силу этого, излишне оптимистичной оценки будущего (Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011) – и мужчины,

и женщины, могут предаваться фантазиям о своей деятельности и грядущих успехах, не подкрепленным какими-либо практическими возможностями.

Важным аспектом в течении как параноидной шизофрении, так и приобретенной миастении является частая инвалидизация пациентов (Лайсек Р.П., 1984; Николаева В.В., 1987; Бройтигам В. и др., 1999; Михайлов Б.В. и др., 2002). Факт инвалидизации может оказаться стрессовым для человека, тем более, если получение инвалидности происходит в молодом возрасте (Шинина Т.В., 2011; Яковлева Н.В. и др., 2016), что часто случается с больными исследуемых в данной работе нозологических категорий.

Пациенты с параноидной шизофренией без инвалидности выявляют лучшие способности к управлению эмоциональной сферой, представляют себе будущее как более активное, динамичное, яркое, эмоционально насыщенное, нежели больные, имеющие инвалидность. Так же они реже предъявляют жалобы соматического характера или связанные с переживаниями в телесной сфере. Это может быть связано как с тем, что пациенты, получившие инвалидность, как правило, болеют тяжелее, имеют более выраженные симптомы (Шапошников Н.Н., Ситчихин П.В., 2016), так и с тем, что наличие инвалидности может нести в себе неприятный эмоциональный оттенок (Шинина Т.В., 2011; Яковлева Н.В. и др., 2016).

Большая роль семьи или наличия близких, доверительных, теплых, интимных отношений с партнером в социально-демографическом плане давно доказана во множестве литературных источников (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Эйдемиллер Э.Г. и др., 2003; Абрамова М.В., 2010; Tillich P., 1959; Tennakoon L.et al., 2000; Hawkley L.C. et al., 2005; Pharoah F. et al., 2006), при этом семья до конца не теряет своего актуального значения и в современном обществе, хотя отношение к ней и изменилось с течением времени (Пугачева А.В., 2017). Сейчас стали популярны так называемые «синглы» - люди, которые живут и ведут хозяйство одни (Синельников А.Б., 2018). В мировой практике, например, в Великобритании, проводятся кампании по снижению стигматизации одиночества (Cacioppo S. et al., 2015). В виду того, что пациенты с шизофренией создают семьи и/или стабильные пары реже, чем условно-здоровые (Pescosolido B.A. et al., 2015;

Mann F. et al., 2017), это может стать еще одним фактором, способствующим социальной адаптации больных – на одинокого взрослого человека сейчас не смотрят на как на «белую ворону», более того, переживание одиночества может быть приятным, когда это осознанный выбор уединенности (Tillich P., 1959). Одиночество предполагает под собой несоответствие индивидуальных предпочтений и реальных социальных отношений, поэтому если говорить о переживании чувства одиночества, то оно возможно и в кругу семьи и друзей, в то же время, человек, живущий один, может не ощущать себя одиноким. Восприятие дружественной или враждебной природы своего социального окружения является характеристикой одиночества. Опять-таки, не только получение поддержки и помощи предупреждает развитие переживаний одиночества – для его профилактики необходима взаимность – когда человек может заботиться о ком-то в ответ (Гасанова П.Г. и др., 2017). Одна из сложностей одиночества заключается в том, что даже если одинокие люди хотят установить контакт, их бессознательная сверх внимательность к социальной угрозе может привести к тому, что они будут негативно относиться к другим или отдаляться от них (CacioppoS. etal., 2015). Вероятно, это особенно актуально для пациентов с параноидной шизофренией в силу особенностей течения заболевания – известно, что у них часто нарастает аутизация, а также частыми явлениями становятся настороженность и подозрительность к окружающим (Снежневский А.В., 1983; Жмуров В.А., 2012; Коцюбинский А.П., 2017).

Для больных параноидной шизофренией семья может выступать и в качестве психотравмирующего фактора, и в качестве опоры, одной из составляющей успешной адаптации к жизни в социуме (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Эйдемиллер Э.Г. и др., 2003). В семье закладываются и поддерживаются представления о важности состояния здоровья и его поддержания, о приемлемом качестве жизни, отношении к лечению и получению той или иной помощи (Монахов М.В., Цыбульская И.С., 2009).

В данном исследовании «семейными» считались пациенты, находящиеся в зарегистрированном браке или постоянно проживающие с партнером, то есть,

анализируемым признаком выступал сам факт наличия близких отношений, которые пациенты характеризуют как «семейные отношения». Близкие, теплые отношения, в которых находятся интимные партнеры, как правило, являются основным источником привязанности, эмоциональной связи и поддержки для взрослых (Tillich P., 1959; Hawkley L.C. et al., 2005). Отмечается благотворное влияние семьи на работу АКМ у пациентов с параноидной шизофренией. Больные, имеющие семью, выявляют большую способность получать удовольствие от жизни, как от непрерывного процесса, более довольны результатами и удовлетворены своей жизнью в целом по сравнению с больными параноидной шизофренией, не имеющими семьи. Имеющие семью больные параноидной шизофренией определяют настоящее время как более эмоционально окрашенное, глубокое, полное и реалистичное, у них отмечаются менее выраженные паранойяльные тенденции по сравнению с одинокими больными той же диагностической группы. Эти особенности объясняются тем, что семья или наличие партнера, с которым возможны доверительные, теплые и эмоционально насыщенные отношения, так же является одним из каналов социализации и косвенно указывает на большую социальную активность и включенность в межличностное общение и решение бытовых задач (Tillich P., 1959; Cacioppo S. et al., 2015).

Наличие или отсутствие детей является одним из важных факторов, влияющих на образ жизни человека в обществе (Монахов М.В., Цыбульская И.С., 2009; Дюпра-Куштанина В.А., Лутошкина С.Ю., 2014; Mead G.H., 1997; Murphy-Lawless J. et al., 2004). Любопытно, что пациенты с параноидной шизофренией, не имеющие детей, выявляют большие значения интернальности в межличностных отношениях, по сравнению с больными, у которых есть дети. То есть, они в большей мере склонны присваивать ответственность за свой вклад в развитие отношений с другими людьми, за формирование близкого, теплого социального окружения. Вероятно, это обусловлено тем, что пациенты без детей могут иметь больший дефицит общения, их социальные контакты имеют большую дистанцию и требуют больших усилий для поддержания дружеских отношений, также не стоит

исключать возможности концентрации внимания на партнере и дружеском окружении, стремлении направлять силы в эту область (Дюпра-Куштанина В.А., Лутошкина С.Ю., 2014).

Пациенты с приобретенной миастенией, имеющие семью, обнаруживают большую удовлетворенность результатами жизни в сравнении с одинокими больными. Скорее всего, семья в данном случае выступает как опора, некое жизненное достижение (Tillich P. 1959; Hawkley L.C. et al., 2005; Cacioppo S. et al., 2015). Те, у кого есть дети, выявляют меньшую готовность принимать ответственность за свой вклад в области семейных отношений в сравнении с теми, у кого нет детей. Вероятно, это связано с тем, что бездетные люди больше внимания уделяют отношениям с партнером и другими членами семьи (Дюпра-Куштанина В.А., Лутошкина С.Ю., 2014).

Испытуемые из группы здоровья, имеющие семью, демонстрируют большую способность брать ответственность за свои действия в области достижений, семейных отношений, их общий уровень интернальности выше, чем у здоровых обследованных, не имеющих семьи. Настоящее время кажется им более ярким, эмоционально насыщенным, глубоким, реалистичным, а будущее более оптимистичным и изобилующим возможностями по сравнению с теми, у кого семьи нет. Имеющие детей так же ощущают свое настоящее время как более ритмичное, прогнозируемое и реальное, нежели те, у кого нет детей. Отмеченные феномены можно объяснить тем, что семья как структура требует постоянного внимания, включенности в совместную деятельность, в связи с чем появляется чувство ответственности за происходящее, а результаты предпринятых действий довольно быстро находят практическое отражение, а наблюдение за растущими детьми ярко показывает ход времени, заставляет планировать свои действия и придерживаться определенного распорядка и соблюдать дисциплину (Дюпра-Куштанина В.А., Лутошкина С.Ю., 2014; Tillich P., 1959; Mead G.H., 1997; Murphy-Lawless J. et al., 2004; Cacioppo S. et al., 2015).

Несомненно, что возраст (Мелёхин А.И., 2016), образование (Сериков Н.Г., 2014) и наличие работывлияют и на образ жизни человека, и на работу его АКМ,

особенно, если речь идет о людях, страдающих ТХЗ, как психическим, так и любым другим, накладывающим ограничения на жизнь человека (Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019).

Возраст, как правило, сказывается и на состоянии здоровья человека, и на его самоотчетах в сфере самочувствия. Прогнозируемо, что чем старше становится человек, тем больше он может предъявлять жалоб на здоровье – тут срабатывает и такой фактор, как постепенное ослабевание защитных функций организма, так и установка, что с возрастом появляются различные недомогания (Мелёхин А.И., 2016).

Уровень образования имеет значение во многих сферах жизни, в том числе, и в сфере здоровья человека. В литературе обозначается как минимум тритеории, объясняющие взаимосвязь образования и здоровья. Первая – фундаментальная теория причин, которая заявляет, что образование и другие социальные факторы, часто вытекающие из него, выступают в качестве одной из основных причин возникновения заболеваний, так как определяют доступ к материальным и нематериальным ресурсам (например, уровень дохода, место и условия проживания, понимание необходимости обращения за медицинской помощью и т.п.). Вторая – теория человеческого капитала, объясняет связь уровня образования и здоровья через инвестиции, то есть, образование способствует повышению заработка, профессиональных навыков, общей жизнестойкости и рассудительности, которые могут быть использованы, в том числе, для сохранения и поддержания здоровья. Третья теория – теория сигналов, которая рассматривает образование как достижение, сигнал о наличии у человека способностей для реализации намеченных целей, а также указывает на социально-экономический эффект его действий (Вяльшина А.А., 2020).

Помимо прочего, образование способствует развитию когнитивной сферы, гибкости мышления и поведения, требует самоорганизации, а, значит, задействует комплекс умений, входящих в механизм саморегуляции поведения. Человек с развитыми интеллектуальными способностями и логическим аппаратом способен лучше понять необходимость получения медицинской помощи, схему лечения,

особенно, если она сложна, проследить взаимосвязи образа жизни и соблюдения или несоблюдения рекомендаций врача с текущим состоянием своего здоровья (Cutler D., Lleras-Muney A., 2010).

Традиционно в современном обществе считается, что лучше работать, чем не работать. Более того, часто люди сообщают, что работа – это один из способов насытить свою жизнь смыслом. Так же работа может быть связана с улучшением качества жизни и психического здоровья. В литературе отмечаются так же позитивные аспекты соответствия трудовой занятости человека его представлениям о своих способностях (Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019). Безработица может быть сопряжена с негативными последствиями, вплоть до развития суицидального поведения (McKee-Ryan F. et al., 2005), а удовлетворенность от трудовой деятельности благотворно влияет на психическое и физическое здоровье человека (Lucas R.E. et al., 2004). Работа – это место, где люди проводят довольно большое количество времени, в связи с чем она может быть плотно сопряжена с выстраиванием межличностных связей, являть собой факт сопричастности к той или иной профессиональной или социальной среде (Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019).

В данном исследовании пациенты с параноидной шизофренией и больные приобретенной миастенией оценивали свое трудоуствойство как субъективно соответствующее их способностям, со снижением квалификации или же являлись безработными. То есть, переменной выступала самостоятельная оценка испытуемым качества своей трудовой занятости.

После анализа этих факторов и особенностей АКМ в исследуемых группах были обнаружены значимые моменты, которые стоит учитывать в реабилитационной работе с данными нозологическими категориями.

В группе больных параноидной шизофренией пациенты старшего возраста чаще имеют жалобы соматического характера, у них более развито принятие ответственности за свои неудачи, достижения и вклад в область семейных отношений, будущее время кажется им оптимистичным и объемным. Это обусловлено тем, что с возрастом люди становятся более чувствительны к

физическому дискомфорту, возникает тенденция к переоценке прожитой жизни – успехов и неудач (Ахрямкина Т.А., Вельш В.В., 2019), семья приобретает большую значимость (Мустафаева Ф.А. и др., 2016). В то же время, по мере снижения критичности, связанной с проградиентностью болезненного процесса, пациенты с параноидной шизофренией склонны оценивать будущее излишне оптимистично, без учета своих ограничений (Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011).

При изучении взаимосвязей параметров трудовой занятости и саморегуляции поведения обнаружено, что пациенты с параноидной шизофренией, имеющие работу, которая, на их взгляд, соответствует их компетенциям и способностям, демонстрируют более развитую способность к управлению эмоциональной сферой, продумыванию реализации намеченных целей, поведенческой гибкости и более высокий общий уровень саморегуляции поведения по сравнению с теми, кто не трудоустроен или работает со снижением квалификации. Это объясняется тем, что работа так же является важным маркером включенности в социальную жизнь и одним из факторов успешной адаптации личности к условиям внешней среды, соответственно, удовлетворенность работой благотворно сказывается на аспектах саморегуляции поведения, а развитая способность к контролю импульсов и дисциплинированность, в свою очередь, способствуют успешному трудоустройству пациентов. Нетрудоустроенные больные или работающие со снижением квалификации отмечают у себя более выраженные признаки навязчивых состояний, напряженности в ситуациях межличностного общения, тревогу, депрессивных реакций, враждебности и настороженности по отношению к миру, страхов и психотических переживаний по сравнению с теми, кто трудоустроен в соответствии со своими способностями. Так же они обнаруживают склонность чаще давать утвердительные ответы на вопросы, описывающие неприятные переживания психопатологического характера, оценивают свои симптомы как более тяжелые, отмечают больший дистресс. Это может быть объяснено тем, что работа не только мощный инструмент адаптации пациента в обществе, но и может выступать как фактор отвлечения от болезненных переживаний, способ переключения внимания на другие задачи (Frederick D.E.,

Vander Weele T.J., 2019). Парадоксальная корреляция отмечена по шкале оценки уровня депрессии А. Бека. Чем лучше трудоустроен больной параноидной шизофренией, тем выше у него баллы при самооценке депрессивных переживаний. Вероятно, этот феномен объясняется амбивалетностью переживаний пациентов с процессуальным расстройством (Снежневский А.В., 1983; Жмуров В.А., 2012; Коцюбинский А.П., 2017), имеется подозрение, что больные могут плохо дифференцировать усталость, которая закономерно наступает от трудовой деятельности, со сниженным настроением, воспринимая и то, и другое как дискомфорт в силу нарушения способностей к управлению своей эмоциональной сферой, контроля импульсов и понимания нюансировки оттенков чувств и отношений (Янушко М.Г., 2010; Зайцева Ю.С. и др., 2011). Работающие в соответствии со своими способностями пациенты с параноидной шизофренией, по сравнению с неработающими или работающими со снижением квалификации больными, выявляют большую общую интернальность, а также развитую способность принимать ответственность за свои достижения, неудачи, вклад в семейные и межличностные отношения. Так же они испытывают общую удовлетворенность от жизни, поставленных целей, процесса их достижения и полученных результатов. Интересно, что факт удовлетворительного трудоустройства коррелирует и со шкалой «Локус-контроля Я» (то есть, внутренней интернальностью), и со шкалой «Локус-контроля Жизнь» (то есть, внешней интернальностью, склонностью к фатализму и убеждению, что жизнь мало подвластна сознательному контролю). Вероятно, что данный феномен объясняется присущей картине шизофрении амбивалентностью суждений и оценок (Коцюбинский А.П., 2017). Пациенты одновременно считают, что им повезло и что они приложили достаточно усилий для того, чтобы иметь подходящую работу. Логичным представляется полученный результат, что трудоустроенные больные параноидной шизофренией считают настоящее время более активным и динамичным, эмоционально насыщенным, большим, наполненным делами и структурированным по сравнению с теми, кто не работает или имеет трудовую занятость со снижением квалификации.

Пациенты с параноидной шизофренией, имеющие высокий уровень образования демонстрируют меньшую степень выраженности соматических жалоб, навязчивых мыслей и действий, депрессивных переживаний, тревоги, настороженности и подозрительности по отношению к окружающим, психотических симптомов, а также они не склонны утвердительно отвечать на вопросы, описывающие психопатологические симптомы, они менее страдают от выраженности симптоматического дистресса. Это объясняется тем, что хороший уровень образования, с одной стороны, способствует развитию критичности, с другой стороны, пациенты с более мягким течением заболевания имеют больше шансов закончить высшее учебное заведение нежели те, кто болеет тяжело. В настоящем исследовании выявлено, что чем лучше уровень образования у больных параноидной шизофренией, тем более они удовлетворены жизнью в целом, своими целями, непрерывным процессом жизни, что согласуется с данными современных исследований о взаимосвязи уровня образования и сферы здоровья человека и удовлетворенности своей жизнью (Сериков Н.Г., 2014; Вяльшина А.А., 2020; CutlerD., Lleras-MuneyA., 2010). Так же вновь отмечается амбивалетность во внутреннем и внешнем локусе контроля, что отражается в одновременном сосуществовании убеждений «я хозяин своей жизни» и «жизнь неподвластна сознательному контролю». Подобный факт можно попробовать объяснить тем, что в силу развитой способности к познанию и оперированию большими объемами информации, хорошо образованные больные могут найти доводы и в пользу одного, и в пользу другого убеждения (CutlerD., Lleras-MuneyA., 2010). Пациентам с высоким уровнем образования настоящее время кажется активным, а будущее имеет яркую и оптимистичную эмоциональную окраску, так как потенциально они имеют развитую способность к осознанию своих возможностей и ограничений (Вяльшина А.А., 2020).

В группе больных приобретенной миастенией пациенты старшего возраста склонны брать ответственность за свои достижения, при этом значимых корреляций с интернальностью в области неудач не выявлено. Вероятно, подобная картина обусловлена свойственной старшему возрасту переоценкой ценностей

(Ахрямкина Т.А., Вельш В.В., 2019). При этом для человека, страдающего ТХЗ, достижения становятся так же определенной психологической опорой (Вяльшина А.А., 2020; Cutler D., Lleras-Muney A., 2010), соответственно фокус внимания направлен на успехи в большей степени, чем на неудачи, и это несет в себе хороший компенсаторный потенциал, своеобразную профилактику депрессивных состояний (Cutler D., Lleras-Muney A., 2010; Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019). Нетрудоустроенные пациенты с приобретенной миастенией отмечают у себя проявления навязчивостей, тревожности в межличностном общении, настороженность и подозрительность по отношению к окружающему миру, они склонны давать утвердительные ответы на вопросы, описывающие субъективно ощущаемые психопатологические проявления, так же свои болезненные симптомы они оценивают как тяжелые. Помимо прочего они выявляют депрессивные переживания. Это объясняется как тем, что по мере развития болезненного процесса пациенты с приобретенной миастенией часто инвалидизируются и теряют способность работать (Лайсек Р.П., 1984; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007), так и тем, что работа является мощным фактором социальной адаптации (Lucas R.E. et al., 2004; Mc Kee-Ryan F., et al., 2005; Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019) и одним из способов отвлечения от болезненных переживаний (Ахрямкина Т.А., Вельш В.В., 2019). Оказавшись вне трудовой деятельности человек может ощущать себя покинутым, одиноким и неполноценным, что неизбежно усугубляет его физическое состояние (Вяльшина А.А., 2020; Lucas R.E. et al., 2004; McKee-Ryan F. et al., 2005; Cutler D., Lleras-Muney A., 2010; Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019). Больные приобретенной миастенией, имеющие трудовую занятость в соответствии со своими субъективными способностями, выявляют развитую общую интернальность, а также способность принимать ответственность за свой вклад в области семейных и межличностных отношений. Они отмечают удовлетворенность жизнью в целом и непрерывностью ее проживания, своими целями, достигнутыми результатами. Выявляется склонность смотреть на жизнь фаталистически – как на процесс, с трудом поддающийся сознательному контролю, в большей степени ориентируясь на неизбежность и случайность происходящих

событий. Как уже ни раз отмечалось выше трудовая деятельность – важный аспект адаптации пациента (Lucas R.E. et al., 2004; Mc Kee-Ryan F. et al., 2005; Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019), в том числе, и к ситуации хронического заболевания (Вяльшина А.А., 2020; Cutler D., Lleras-Muney A., 2010), ведь болезнь, согласно Вирхову «есть жизнь при ненормальных условиях» (Долгих В.Т., 1997; Кудряшова В.Ю., 2020). Нетрудоустроенные пациенты субъективно воспринимают настоящее время как малоактивное, застывшее, слабоструктурированное. Это можно объяснить, что работа не только задает определенный распорядок жизни, но и благодаря задачам с определенными сроками решения создает ритм и динамику жизненного процесса (Lucas R.E. et al., 2004; Mc Kee-Ryan F. et al., 2005; Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019). Больные приобретенной миастенией с высоким уровнем образования отмечают у себя развитую способность брать ответственность за свой вклад в область производственных отношений, оценивают настоящее время как активное, таким образом, хорошее образование так же является фактором, способствующим адаптации пациента (Вяльшина А.А., 2020; Cutler D., Lleras-Muney A., 2010).

Длительность заболевания, количество обострений и госпитализаций, несомненно, оказывают влияние на работу АКМ, так как являются стрессовыми факторами, и требуют от личности напряжения работы АКМ, чтобы совладать со сложными психологическими переживаниями, сопровождающими госпитализацию, ухудшение состояния или нарастание болезненной симптоматики с течением времени (Селиванов В.И. 1982; Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015; Бельцева Ю.А. и др., 2016; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007; Heatherton T.F., 2011a).

В настоящем исследовании обнаружено, что длительно болеющие пациенты с параноидной шизофренией выявляют большую настороженность, недоверие и подозрительность по отношению к окружающему миру, а также имеют выраженный симптоматический дистресс, то есть, болезнь накладывает существенный отпечаток на их жизнь. Подобные данные находят подтверждение в большом количестве литературных источников (Снежневский А.В., 1983; Янушко

М.Г., 2010; Зайцева Ю.С. и др., 2011; Жмуров В.А., 2012; Коцюбинский А.П., 2017). Выявляются парадоксальные корреляции количества обострений с оценкой прошлого времени как более структурированного и ощущаемого. Возможно, здесь имеет место переоценка доболезненного периода, когда это время воспринимается более позитивным, радостным, ясным, понятным, предсказуемым и ритмичным (Смулевич А.Б., 2003; Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011; Шмуклер А.Б., 2015). Чем больше количество госпитализаций, тем менее активным, эмоционально окрашенным и ощущаемым кажется настоящее время, а прошлое, напротив, оказывается более структурированным. Это объясняется тем, что нахождение в стационаре все же является стрессовым фактором, оно меняет образ жизни пациента, подчиняя его принятому в больнице порядку, накладывает понятные ограничения (Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011; Осокина О.И. и др., 2014; Петрова Н.Н., Вишневская О.А., 2015; Фирсова Л.Д., 2020; Rohr W., 1993; Baumeister R.F. et al., 2005; Kulaksizoglu I.B., 2007; Hagger M.S. et al., 2010; Heatherton T.F., 2011a; Inzlicht M. et al., 2014). Оценка прошлого в данном случае как более структурированного и упорядоченного, вероятно, связана с позитивной, идеализирующей переоценкой доболезненного периода (Смулевич А.Б., 2003; Петрова Н.Н., 2005; Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009; Шмуклер А.Б., 2015).

Больные приобретенной миастенией при повышении длительности заболевания отмечают большую интернальность в области здоровья, что логично, так как образ жизни и соблюдение рекомендаций врача во многом влияет на течение заболевания, а, значит, и то влияние, которое болезнь оказывает на жизнь человека (Петрова Н.Н., 2005). При большом количестве обострений прошлое время оценивается как малоструктурированное, маленькое, узкое. Это обусловлено тем, что болезнь, особенно в стадии обострения, захватывает все сферы жизни, нарушает привычный ход событий и привносит много напряжения (Осокина О.И. и др., 2014; Фирсова Л.Д., 2020; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007). Большое количество госпитализаций у пациентов с приобретенной миастенией негативно сказывается на общем уровне саморегуляции поведения и способности к управлению эмоциональной сферой, однако, повышает осознание своего вклада в

состояние здоровья. Госпитализация часто сопряжена с неприятными эмоциональными переживаниями и в силу обострившейся болезни, и в силу нарушения привычного образа жизни пациента (Петрова Н.Н., 2005; Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш., 2009; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007). У больных приобретенной миастенией часто развиваются депрессивные состояния, что так же негативно влияет на способность к контролю импульсов и эмоций. При большом количестве госпитализаций прошлое время начинает восприниматься как слабоструктурированное, и здесь, возможно, имеет место депрессивная переоценка прошлого, когда все происходящее ранее так же окрашивается в негативные оттенки (Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007).

О динамике особенностей АКМ при использовании изолированной ПФТ и сочетанного воздействия ПФТ+ПО и ПФТ+ТСН у пациентов с параноидной шизофренией

Благотворное влияние ПФТ на работу АКМ, а также различные социально-экономические аспекты у больных параноидной шизофренией давно отмечается в литературных источниках (Рахимов К.Д. и др., 2010; Белоусов Ю.Б. и др., 2011; Алиева Л.М., Солохина Т.А., 2020).

В данном исследовании одной из изучаемых подгрупп выступали пациенты с параноидной шизофренией, принимавшие только ПФТ, без каких-либо психо-социальных реабилитационных вмешательств. У них отмечались улучшения в самоотчетах о состоянии на момент выписки из стационара, после курса лечения психотропными препаратами, подобранными лечащим врачом в соответствии с актуальной симптоматикой и общим состоянием пациента.

После курса ПФТ у больных параноидной шизофренией отмечается повышение поведенческой гибкости и общего уровня саморегуляции поведения, так же отмечается повышение осознания своего вклада в состояние здоровья и общая удовлетворенность жизнью. Настоящее время начинает восприниматься как более активное и структурированное, его эмоциональная окраска сменяется с

отрицательной на нейтральную, что косвенно указывает на уменьшение выраженности депрессивных переживаний (Ракова В.А., Щелкова О.Ю., 2011). Прошлое время так же начинает восприниматься как более активное, эмоционально окрашенное и структурированное – возможно, имеет место переоценка прошлого опыта, в силу смягчения состояния оно воспринимается более реалистично, чем во время болезненного эпизода. Выявляются благоприятные сдвиги и в восприятии будущего времени, оно кажется пациентам на момент выписки из стационара большим, наполненным возможностями, поддающимся прогнозированию и ощущаемым, что так же объясняется улучшением психического состояния и аффективного фона (Смулевич А.Б., 2003; Шмуклер А.Б., 2015).

В субъективно ощущаемых психопатологических симптомах пациенты так же отмечают облегчение – уменьшаются жалобы соматического характера или на неприятные телесные переживания, снижаются проявления навязчивых мыслей и действий, уменьшаются тревога и напряжение, в том числе, связанное с межличностными взаимодействиями, снижается интенсивность депрессивных переживаний, уменьшаются враждебность, подозрительность и настороженность, страхи. Снижается склонность давать положительные ответы на вопросы, описывающие искаженное восприятие окружающего, феномены явно психотической окраски, а также в целом описывающие любые дискомфортные переживания. Свои симптомы пациенты характеризуют как менее тяжелые по сравнению с первоначальным срезом, в первую неделю госпитализации. По их ощущению снижается уровень симптоматического дистресса, то есть, болезнь начинает оказывать меньшее влияние на жизнь пациента с параноидной шизофренией.

Не вызывает сомнений, что описанные выше феномены потенциально оказывают хорошее влияние на адаптационные и компенсаторные способности пациентов и в силу ослабления субъективно ощущаемой психопатологической симптоматики, и в силу повышения психологической устойчивости.

Положительные аспекты присоединения к ПФТ психо-социальных реабилитационныхмероприятий, в частности, ПО и ТСН, так же многократно отмечались в современных научных источниках (Jones C. et al., 2012; Chien W.T. et al., 2013; Kahn R.S. et al., 2015; Parikh S.V. et al., 2016).

При исследовании динамики АКМ в группе пациентов с параноидной шизофренией, получавших сочетанную терапию ПФТ+ТСН, были отмечены положительные изменения в работе АКМ. Возрос общий уровень саморегуляции поведения, увеличились способность к управлению эмоциями и поведенческая гибкость. Это, скорее всего, связано с тем, что в ТСН включен блок по развитию навыка осознавать свои эмоции и делиться ими с окружающими, а также ряд упражнений, направленных на распознавание эмоционального состояния другого человека (Юдина И.И., 2013; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Ковалева А.В., 2015). Как уже отмечалось выше, успешность саморегуляции поведения во многом зависит от способности контролировать импульсы, что, в свою очередь, благотворно сказывается на гибкости поведенческих паттернов (Duckworth A.L., Seligman M.E., 2011; Hofmann W. et al., 2012). После прохождения ТСН у больных параноидной шизофренией отмечается рост показателя общей интернальности, что свидетельствует о возросшей способности принимать разумную ответственность за свой вклад в развитие собственной жизни. Кроме того, увеличились показатели общей удовлетворенности жизнью и ее течением, как непрерывным процессом, поставленными целями и достигнутыми результатами. Увеличились значения по шкале «Локус-контроля Я», что так же говорит в пользу увеличившейся внутренней интернальности и более явного ощущения, что жизнь поддается сознательному влиянию, а текущие события во многом являются результатами совершенных действий. Можно предположить, что подобная динамика благоприятно сказывается на профилактике рецидивов (Almerie, M.Q. et al., 2015). Выявлены изменения в восприятии психологических характеристик времени – настоящее время стало более структурированным и прогнозируемым, большим и наполненным событиями и возможностями, а прошлое приобрело большую ощущаемость и реалистичность, что сопряжено с улучшением эмоционального

фона и большей психологической устойчивостью после курса ПФТ+ТСН (Гурович И.Я. и др., 2004; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Hayes R.L. et al., 1995; Almerie, M.Q. et al., 2015; Menon M. et al., 2017). Отмечены улучшения в субъективной оценке ощущаемых психопатологических симптомов. Уменьшились неприятные переживания соматического характера или связанные с телесной сферой, стали менее выраженными навязчивые мысли и действия, уменьшилась межличностная сензитивность, страхи, настороженность и подозрительность по отношению к окружающему миру. Снизилась частота утвердительных ответов на вопросы, описывающие болезненные переживания и феномены психотического характера. Присутствующие симптомы пациенты после ТСН оценивают как менее тяжелые, так же снизился симптоматический дистресс, то есть, болезнь стала оказывать менее выраженное влияние на жизнь пациента. Так же отмечается снижение выраженности депрессивных переживаний по шкале оценки депрессии А. Бека, что вносит положительный вклад и в общее психологическое состояние пациентов (Almerie, M.Q. et al., 2015).

При изучении динамики АКМ у пациентов с параноидной шизофренией, получавших сочетанное лечение ПФТ+ПО, наблюдались позитивные изменения. Увеличилась интернальность в области здоровья, что, по всей видимости, связано с полученной на психообразовательных занятиях информацией о том, как состояние психического здоровья и удержание ремиссии зависят от образа жизни и поведения пациента, соблюдения им рекомендаций врача, лекарственного комплайенса и т.п. (Серазетдинова Л.Г. и др., 2012; Gaebel W., 1997; Hornung W.P. et al., 1997). Отмечается некоторая динамика в восприятии психологических характеристик времени – настоящее становится более эмоционально окрашенным, просторным и полным возможностей, а прошлое так же оценивается как существенное и большое, что, по всей видимости, связано с улучшением аффективного фона пациентов после курса ПФТ+ПО (Семенова Н.Д., Сальникова Л.И., 1998; Коцюбинский А.П., 2006; Еричев А.Н., 2007; Dixon L. et al., 2001; Lam A.H.Y. et al., 2020). В субъективном ощущении психопатологических симптомов отмечается снижение жалоб соматического характера или связанных с телесными

проявлениями, менее выраженными становятся навязчивые мысли и действия, снижаются тревога и напряжение, в том числе, в ситуациях межличностного общения, уменьшаются депрессивные переживания, страхи, снижаются настороженность и подозрительность. По завершению психообразовательной программы пациенты с параноидной шизофренией реже дают утвердительные ответы на вопросы, описывающие неприятные болезненные ощущения, а также психотически окрашенные феномены. Больные начинают оценивать свои симптомы как менее тяжелые, по сравнению с началом психообразовательной группы, а симптоматический дистресс менее выраженным. Так же смягчаются депрессивные переживания при оценке по шкале депрессии А. Бека, что вполне согласуется с результатами существующих исследований о благотворном влиянии ПО на редукцию психопатологических переживаний (Pekkala E., Merinder L., 2002; Xia J. et al., 2011; Shinozaki A. et al., 2020).

О сравнении эффектов изолированной ПФТ и комбинированного лечения ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО на работу АКМ у пациентов с параноидной шизофренией

При сравнении трех групп пациентов с параноидной шизофренией (ПФТ, ПФТ+ТСН и ПФТ+ПО) на этапе выписки из стационара и/или по завершению психо-социальной реабилитационной программы были обнаружены некоторые различия, которые могут иметь значение при дальнейшем курировании больных.

По показателю интернальности в области здоровья пациенты, принимавшие только лекарственную терапию имеют большие значения, чем больные, получавшие комплексное воздействие ПФТ+ПО, а пациенты, прошедшие психообразование, демонстрируют меньшие значения по данному показателю, чем участвовавшие в ТСН. При этом больные из подгруппы принимавших изолированную ПФТ и группы ПФТ+ТСН не имеют различий по этому показателю. Вероятно, это связано с тем, что ПО, первоочередно обращается к когнитивной сфере, давая больным знания о душевных

расстройствах, но, одновременно с этим, в нем отсутствует блок, способствующий эмоциональному отреагированию и переработке новых знаний, соответственно, возможно появление некоторых сложностей с интеграцией этих знаний в актуальное поведение (Семенова Н.Д., Сальникова Л.И., 1998; Коцюбинский А.П., 2006; Еричев А.Н., 2007; Dixon L. et al., 2001; Lam A.H.Y. et al., 2020).

По показателям восприятия жизни как непрерывного процесса, достигнутыми результатами и по шкале «Локус-контроля Жизнь» больные с изолированной ПФТ отличаются от прошедших ПО, при этом обе эти подгруппы не различаются по указанным параметрам с участвовавшими в ТСН. Это, по всей видимости, обусловлено тем, что на психообразовательных занятиях пациенты получают знания о психических расстройствах, что позволяет им составить представление о той самой «жизни в ненормальных условиях», согласно Вирхову (Долгих В.Т., 1997; Кудряшова В.Ю. и др., 2020а; Кудряшова В.Ю. и др., 2020б). Вместе с удовлетворенностью, впрочем, растет фатализм, проявляющийся в убеждении о том, что жизнь, здоровье и болезнь почти невозможно сознательно контролировать. Этот феномен уже находил отражение в описании результатов, полученных при сравнении этих трех подгрупп по параметру интернальности в области здоровья.

В восприятии психологических характеристик настоящего времени обнаружены существенные различия между больными, принимавшими изолированную ПФТ и пациентами, получившими комплексное воздействие ПФТ+ПО: после психообразования больные параноидной шизофренией отмечают более выраженную эмоциональную окрашенность времени, оно становится большим и наполненным возможностями. При этом обе эти подгруппы не отличаются по указанным параметрам от пациентов, участвовавших в ТСН. Можно предположить, что в так как в ТСН есть блок, оказывающий влияние на эмоциональную сферу, у пациентов, кроме прочих эффектов, могут возникать обоснованные и понятные переживания печали от ограничений, которые болезнь

привносит в различные сферы жизни (Гурович И.Я. и др., 2004; Юдина И.И., 2013; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2015; Hayes R.L. et al., 1995; Kinoshita Y. et al., 2013; Almerie M.Q. et al., 2015). В связи с этим не возникает воодушевления, которое отмечается у больных параноидной шизофренией, посещавших психообразовательную программу.

В восприятии прошлого времени больные с изолированной ПФТ отличаются от прошедших ТСН, которые оценивают прошлое время как менее активное, структурированное и ощущаемое. При этом в этих подгруппах не обнаружено различий по данным аспектам АКМ с больными, посещавшими ПО. Как видно из полученных результатов, после ТСН больные параноидной шизофренией оценивают прошлое менее оптимистично, что может быть связано грустью от осознания своего заболевания (Ковалева А.В., 2015 и др.), печали после перенесенного психотического эпизода (Смулевич А.Б., 2003; Шмуклер А.Б., 2015) и большей критичностью (Юдина И.И., 2013 и др.), так как ТСН задействует не только когнитивную, но и эмоциональную и поведенческие сферы.

При изучении различий в субъективном ощущении психопатологической симптоматики в исследуемых подгруппах больных параноидной шизофренией обнаружено, что пациенты, участвовавшие в ПО, отмечают у себя менее выраженную межличностную сензитивность, чем пациенты, получавшие изолированную ПФТ, при этом обе эти подгруппы не имеют отличий от подгруппы больных, прошедших ТСН. То есть, после получения информации о психических расстройствах у пациентов с параноидной шизофренией уменьшается чувство собственной неадекватности и неполноценности, снижается тенденция к самоосуждению и дискомфорт в межличностном общении. Вероятно, здесь работает принцип «предупрежден – значит вооружен», снижается самостигматизация (Лутова Н.Б. и др., 2017), что несомненно оказывает благоприятный эффект на работу АКМ. По шкале депрессивности и индексу наличного симптоматического дистресса больные, прошедшие ПО, имеют наименьшие значения, отличаясь от пациентов, принимавших изолированную

ПФТ и от участвовавших в ТСН, которые, в свою очередь, не имеют различий между собой по указанным параметрам. Это объясняется тем, что получение информации о психических расстройствах способствует восприятию болезненных симптомов как менее тяжелых и пугающих (Серазетдинова Л.Г., 2012; Hornung W.P. et al., 1996; Gaebel W., 1997), так как становится меньше неизвестности.

ВЫВОДЫ

1. Наличие тяжелого хронического заболевания вызывает напряжение и нарушения показателей ценностно-смысловых психологических адаптационно-компенсаторных механизмов.

1.1. У больных параноидной шизофренией наблюдаются достоверные ухудшения показателей широкого круга АКМ (общий уровень саморегуляции поведения, способность регуляции эмоций, поведенческая гибкость и оценивание результатов своей деятельности, восприятия активности, эмоциональной окраски, величины и структурированности настоящего времени) в сравнении с группой здоровья.

1.2. больные приобретенной миастенией обнаруживают ухудшение ряда показателей АКМ (общий уровень саморегуляции и регуляции эмоций, поведенческая гибкость и возможность оценки результатов своей деятельности, восприятия активности, эмоциональной окраски, величины и структурированности настоящего времени) в сравнении с группой здоровья, но более высокие, чем у больных шизофренией, не достигающие достоверных различий.

1.3. пациенты с приобретенной миастенией достоверно отличаются от больных параноидной шизофренией более выраженной удовлетворенностью от поставленных целей, от жизни как непрерывного процесса, ее результатов, сбалансированностью внешнего и внутреннеголокус-контроля.

2. Выявлена ассоциированность показателей АКМ с рядом социально-демографических характеристик в исследуемых группах:

2.1. для женщин, страдающих параноидной шизофренией показатель семантического дифференциала времени, отражающий активность прошлого и настоящего достоверно выше, чем у мужчин;

2.2. удовлетворительные социальные показатели (высокий уровень образования, удовлетворяющее больного трудоустройство, наличие семьи и детей) у больных с ТХЗ (параноидной шизофренией и приобретенной миастений)

ассоциировано с более высокими показателями АКМ: удовлетворенностью жизнью и высокой интернальностью в различных сферах.

3. Длительность заболевания, частые обострения и большое количество госпитализаций снижают адаптационно-компенсаторные возможности больных, приводя к высокому дистрессу:

3.1. у больных параноидной шизофренией длительность заболевания, большее количество обострений и госпитализаций приводят к пессимистичному восприятию настоящего с идеализаций прошлого;

3.2. больные миастенией с высокой длительностью заболевания и частыми госпитализациями, выявляют разнонаправленные векторы работы АКМ: при большем принятии ответственности за свой вклад в состояние здоровья, ухудшается саморегуляция, а время начинает восприниматься как слабоструктурированное и плохо прогнозируемое.

4. Как изолированная ПФТ, так и комплексная терапия, включающая ПФТ и психосоциальные реабилитационные воздействия (ПО или ТСН), приводит к снижению симптоматического дистресса и повышению мотивационного потенциала, а также улучшению различных показателей АКМ:

4.1. включение больных в психообразование приводит к более оптимистичному взгляду на настоящее и прошлое время, осознанию своего вклада в состояние здоровья;

4.2. прохождение больными параноидной шизофренией тренинга социальных навыков улучшило общую способность больных к саморегуляции, контроль эмоциональной сферы и поведенческую гибкость, повысив ощущение удовлетворенности и управляемости жизни, прошлое приобрело реалистичность, что способствует извлечению полезного опыта;

4.3. сравнение различных моделей лечения: изолированная ПФТ, ПФТ+ПО, ПФТ+ТСН, выявило достоверные различия увеличения показателя интернальности в области здоровья в группе больных получавших изолированную ПФТ по сравнению с группами комбинированного лечения. У пациентов, получавших комбинированное лечение (ПФТ+ТСН) обнаружены достоверно более высокие

показатели удовлетворенности жизнью как непрерывным процессом и ее результатами. Настоящее время становится для них более эмоционально окрашенным и наполненным возможностями, а прошлое приобретает структуру и ощущаемость в сравнении в больными, из групп изолированной ПФТ и ПФТ+ПО.

5. На основании обнаруженных дефицитов показателей АКМ общими мишенями воздействия на ценностно-ориентационную сферу и саморегуляцию поведения в психо-социальной реабилитации для людей, страдающих хроническими психоневрологическими расстройствами, являются: развитие навыков управления эмоциональной сферой, оценивание результатов своей деятельности, развитие поведенческой гибкости, способности к адекватному восприятию степени управляемости жизни и возможностей положительных изменений, повышение мотивационного потенциала. В соответствии с нозологической принадлежностью целесообразен учет дополнительных мишеней:

5.1. для больных параноидной шизофренией актуально научение постановке реалистичных целей, принятию рациональной ответственности за происходящее и повышение удовлетворенности от текущих жизненных результатов;

5.2. для пациентов с приобретенной миастенией важно развивать повседневную активность, формировать устойчивые положительно окрашенные представления о будущем и степени своего влияния на происходящее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования АКМ у больных нервно-психическими расстройствами подтверждается общая гипотеза о том, что у лиц, страдающих ТХЗ, есть общие феномены, не зависящие от характера патологии – психического или неврологического: им свойственны депрессивные проявления, снижение чувства удовлетворенности жизнью, ощущения необратимости и низкой управляемости происходящим, искажение представлений о себе, что снижает адаптационно-компенсаторные возможности личности. Также обнаружено, что для страдающих параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией актуально развитие навыков управления эмоциональной сферой, оценивание результатов своей деятельности, поведенческой гибкости, способности к адекватному восприятию степени управляемости жизни и возможностей положительных изменений, повышение мотивационного потенциала.

Частные гипотезы о том, больные параноидной шизофренией имеют ослабленную способность к саморегуляции поведения и смыслообразованию, низкую интернальность, искаженные представления о будущем, что негативно сказывается на их адаптационно-компенсаторных психологических механизмах, а пациенты с приобретенной миастенией демонстрируют сниженную интернальность, при этом их способность к саморегуляции и смыслообразовательная функция достаточно сохранны, что обеспечивает базу для адаптацинно-компенсаторного потенциала, так же находят подтверждение. Выявлено, что для больных параноидной шизофренией актуальна постановка реалистичных целей, способность к принятию рациональной ответственности за происходящее и повышение удовлетворенности от текущих результатов, а для пациентов с приобретенной миастенией важно развивать повседневную активность, формировать устойчивые положительно окрашенные представления о будущем и степени своего влияния на происходящее.

Полученные данные позволяют разработать практические рекомендации по психологической помощи лицам, страдающим ТХЗ. В том числе, в качестве мишеней в психо-социальной реабилитации должны выступать развитие адекватного чувства управляемости жизнью, навыков саморегуляции и представлений о будущем как о наполненным возможностями, с учетом ограничений, которые заболевание накладывает на различные сферы жизни. Для пациентов с параноидной шизофренией предварительная оценка работы АКМ позволяет выбрать наиболее подходящую групповую программу – ПО (для тех, кому в первую очередь необходимо повышение мотивационного потенциала и осознания факта заболевания) или ТСН (тем, кому первостепенно нужно научиться контролировать импульсы). Открываются теоретические и практические перспективы для комбинирования инструментов воздействия для повышения социального функционирования из существующих программ психосоциальной реабилитации – ПО и ТСН. Результаты диссертационного исследования, могут быть использованы в образовательных программах и рутинной практике для медицинских психологов, врачей-психотерапевтов, психиатров и неврологов.

Перспективы исследования. Представленная работа открывает следующие направления дальнейшей разработки исследования.

Во-первых, это разработка дифференцированных реабилитационных программ, основанных на выявленных особенностях работы АКМ у пациентов с параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией и их проверка на более широких выборках пациентов с обеими исследуемыми нозологиями.

Во-вторых, возникает необходимость в катамнестической оценке работы АКМ у пациентов с параноидной шизофренией, участвовавших в психо-социальных реабилитационных мероприятиях помимо приема ПФТ.

Ограничения исследования. Диссертационная работа имеет ограничения, связанные с дизайном исследования. (1) Небольшая выборка, хотя и достаточная, для того, чтобы обеспечить мощность для математико-статистической проверки общей и частных гипотез исследования, может являться некоторой трудностью для экстраполяции полученных результатов на существенно большие по размеру

выборки пациентов с параноидной шизофренией и больных приобретенной миастенией. Соответственно, выделенные мишени психо-социального реабилитационного воздействия для лиц, страдающих ТХЗ, нуждаются в дополнительной верификации на более широкой выборке. (2) Проведение психо-социальных реабилитационныхмероприятий только с больными параноидной шизофренией позволило оценить полезный эффект участия в групповой программе психологической помощи только для данной нозологии. Соответственно, встает необходимость оценки работы АКМ у пациентов с приобретенной миастенией после участия в групповой программе психологической помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Предварительная оценка работы АКМ больных параноидной шизофренией позволяет выбрать для них более подходящую программу реабилитации: для тех, кому в первую очередь необходимо улучшать навыки управления эмоциональной сферой и контролировать импульсы можно рекомендовать участие в тренинге социальных навыков, а тем, кому первоочередно требуется повышение мотивационного потенциала и помощь в понимании своего ТХЗ – психообразовательную программу.

2. Присоединение психо-социальных реабилитационных мероприятий (ПО и ТСН) к фармакологическому лечению больных параноидной шизофренией показан всем больным, так как это имеет положительный эффект, увеличивая общий уровень интернальности, что улучшает работу АКМ.Выбор конкретной программы помощи – ПО или ТСН зависит от индивидуальных особенностей работы психологических АКМ. Для широкого охвата улучшения работы АКМ целесообразно использование как ПО, так и ТСН.

3. В психологической помощи лицам, страдающим ТХЗ, мишенями психо-социальной реабилитации выступаюттакие ценностно-ориентационные компоненты адаптационно-компенсаторной системы как представления об управляемости жизни, уровень саморегуляции поведения, субъективное восприятие будущего как чего-то перспективного и устойчивого.

4. Расширенные представления об особенностях и нарушениях работы АКМ у больных ТХЗ могут применяться в образовательных программах для медицинских психологов, врачей-психотерапевтов, психиатров и неврологов, работающих с данными нозологиями.

5. Результаты, подкрепляющие знания о благотворных эффектах ПОпрограмм и ТСН для пациентов с параноидной шизофренией и открывающие перспективы их синтеза и доработки с целью достижения максимально возможного уровня социального функционирования больных, могут быть использованы для

дальнейших научных исследований. В частности, решения вопроса об интеграции возможных способов решения проблем управления эмоциональной сферой и осознания факта своего ТХЗ в более усовершенствованных программах психо-социальной реабилитации.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АВ	Фактор активности времени
АКМ	Адаптационно-компенсаторные механизмы
БАВ	«Будущее. Активность времени»
БВВ	«Будущее. Величина времени»
БОВ	«Будущее. Ощущаемость времени»
БСВ	«Будущее. Структура времени»
БЭВ	«Будущее. Эмоциональная окраска времени»
ВВ	Фактор величины времени
Г	Регуляторное личностное свойство гибкости
ИД	Интернальность в области достижений
ИЗ	Интернальность в области здоровья
ИМ	Интернальность в области межличностных отношений
ИН	Интернальность в области неудач
ИО	Общая интернальность
ИП	Интернальность в области производственных отношений
ИС	Интернальность в области семейных отношений
ЛК-Ж	Локус-Контроля Жизнь
ЛК-Я	Локус-Контроля Я
М	Регуляторный процесс моделирования
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МРТ	Магнитно-резонансная томография
НАВ	«Настоящее. Активность времени»
НВВ	«Настоящее. Величина времени»
НОВ	«Настоящее. Ощущаемость времени»
НС	Нервная система
НСВ	«Настоящее. Структура времени»

НЭВ	«Настоящее. Эмоциональная окраска времени»
ОВ	Фактор ощущаемости времени
ОЖ	Общая удовлетворенность жизнью
Ор	Регуляторный процесс оценивания результатов
ОУ	Общий уровень саморегуляции поведения
П	«Процесс»
ПАВ	«Прошлое. Активность времени»
ПВВ	«Прошлое. Величина времени»
Пл	Регуляторный процесс планирования
ПО	Психообразование
ПОВ	«Прошлое. Ощущаемость времени»
Пр	Регуляторный процесс программирования
ПСВ	«Прошлое. Структура времени»
ПФТ	Психофармакотерапия
ПЭВ	«Прошлое. Эмоциональная окраска времени»
Р	«Результат»
С	Регуляторное личностное свойство самостоятельности
СВ	Фактор структуры времени
СДВ	Опросник «Семантический дифференциал времени»
ССП	Опросник «Стиль саморегуляции поведения»
ТСЖО	Тест смысложизненных ориентаций
ТСН	Тренинг социальных навыков
ТХЗ	Тяжелое хроническое заболевание
УСК	Опросник «Уровень субъективного контроля»
Ц	«Цель»
ЦНС	Центральная нервная система
ЭВ	Фактор эмоциональной окраски времени
ANX	«Тревожность»
DEP	«Депрессивность»

F	Критерий Фишера
F20.0	Параноидная шизофрения, в соответствии с критериями МКБ-10
G70.2	Врожденная или приобретенная миастения, в соответствии с критериями МКБ-10
GSI	Общий индекс тяжести симптомов
HOS	«Враждебность»
INT	«Межличностная тревожность»
M±m	Среднее и ошибка среднего
M±σ	Среднее и стандартное отклонение
Me(IQR)	Разброс среднего Inter Quartile Range
N	Абсолютное число, абсолютное число людей в выборке
n	Абсолютное число, абсолютное число людей в подвыборке
OC	«Обсессивность-Компульсивность»
p	p-value
r	Коэффициент корреляции Пирсона
PAR	«Паранойяльность»
PDSI	Индекс симптоматического дистресса
PHOB	Фобии
PIL	Purpose-in-life, тест «Цель в жизни» Дж. Крамбо и Л. Махолика
PSI	Общее количество утвердительных ответов
PSY	«Психотизм»
SCL-90-R	Симптоматический опросник «SimptomCheckList-90-Revised»
SOM	«Соматизация»
t	t-test (критерий Стьюдента)
Z	Wilcoxonsigned-ranktest (критерий Уилкоксона для связных выборок)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, М. В. Психологическое сопровождение семей больных шизофренией юношеского возраста / М. В. Абрамова// Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2010. – № 6(14). – URL : http://psystudy.ru (дата обращения: 12.04.2021).
2. Абрамова, Н. Т. Целостность и управление / Н. Т. Абрамова; АН СССР. Ин-т философии. – Москва : Наука, 1974. – 247 с.
3. Александровский, Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (Пограничные нервно-психические расстройства) / Ю. А. Александровский; АН СССР, Ин-т психологии. – Москва : Наука, 1976. - 272 с.
4. Алиева, Л. М. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией / Л. М. Алиева, Т. А. Солохина // Психиатрия. – 2020. – Т. 18, № 2. – С. 71–81.
5. Ананьев, Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – Москва : Наука, 2000. – 352 с.
6. Анохин, П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем / П. К. Анохин // Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы. – Москва : Наука, 1978. – С. 49–106.
7. Аутохтонные непсихотические расстройства : коллективная монография / Г. Э. Мазо [и др.] ; под ред. А. П. Коцюбинского. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 495 с.
8. Бажин, Е.Ф. Опросник уровня субъективного контроля (УСК) / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд. – Москва : Смысл, 1993. – 16 с.

9. Белоусов, Ю. Б. Мультифакторный клиникоэкономический анализ эффективности применения современных атипичных антипсихотиков у больных с шизофренией / Ю. Б. Белоусов, С. К. Зырянов, Д. Ю. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2011. – № 1. – С. 51–57.
10. Бельцева, Ю. А. Субъективная оценка семейных отношений пациентами гериатрического стационара с синдромом госпитализма / Ю. А. Бельцева, Н. М. Залуцкая, Э. Б. Карпова, Е. Н. Петрова, Н. Г. Незнанов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2016. – № 1. – С. 53–58.
11. Беляев, И. А. Ограничение и компенсация способностей и потребностей целостного человеческого существа / И. А. Беляев // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2009. – № 2 (96). – С. 24–30.
12. Бердников, Д. В. Саморегуляция восприятия информации при некоторых психических расстройствах / Д. В. Бердников // Современные проблемы науки и образования: сетевое издание. – 2014. – № 1. – URL : https://science-education.ru/ru/article/view?id=11925 (дата обращения: 15.04.2021).
13. Березин, Ф. Д. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Д. Березин. – Ленинград : Наука. Ленинградское отделение, 1988. – 272 с.
14. Битюцкая, Е. В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания. / Е. В. Битюцкая // Психологическая наука и образование. – 2007. – №4. – С. 87–93.
15. Бочарова, Е. Е. Особенности представлений о своем будущем у подростков, переживающих жизненный кризис / Е. Е. Бочарова // Экспериментальная психология. – 2012. – Т. 5, № 3. – С. 58–70.
16. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад : пер. с нем. – Москва : ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
17. Бубнова, И. С. Саморегуляция поведения и ее роль в процессе социальной адаптации аддиктивной личности / И. С. Бубнова, А. Г. Терещенко // Вестник Омского университета. Серия «Психология». – 2016. – № 1. – С. 4–9.

18. Бубнова, Ю. С. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении / Ю. С. Бубнова, В. В. Дорофейков, Г. Э. Мазо, Н. Н. Петрова // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 21–26.
19. Будза, В. Г. Психиатрия на рубеже веков в трудах оренбургских психиатров. Хрестоматия в 2-х тт. / В. Г. Будза, Е. Ю. Антохин, П. О. Бомов. – Оренбург : ОрГМА, 2014. – Т. 2. – 376 с.
20. Бурлачук, Л.Ф., Михайлова, Н.Б. К психологической теории ситуации / Л. Ф. Бурлачук, Н. Б. Михайлова // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23. – № 1. – С. 5–17.
21. Бусыгина, Н. П. Феноменологический и герменевтический подходы в качественных психологических исследованиях / Н. П. Бусыгина // Культурно-историческая психология. – 2009. – Т. 5, № 1. – С. 57–65.
22. Бьюдженталь, Дж. Ф. Т. Искусство психотерапевта / Джеймс Ф. Т. Бьюдженталь. – Москва : Корвет, 2015. – 320 с.
23. Вид, В. Д. Психоаналитическая терапия при шизофрении / В. Д. Вид. – СПб. : Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1993. – 236 с.
24. Вид, В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2001. – 432 с.
25. Вид, В. Д. Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону / В. Д. Вид, Н. Б. Лутова // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сборник научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2001. – Т. 137. – С.116–120.
26. Витютина, Т. А. Ценностно-смысловая сфера больных шизофренией / Т. А. Витютина // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». – 2010. – № 17 (60). – С. 241–258.
27. Волкова, О. Н. Взаимосвязь гендерных и клинико-психологических характеристик с качеством жизни больных невротическими расстройствами: автореф. дисс. …канд. мед. наук / Волкова Ольга Николаевна; [Место

защиты: С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2009. – 26 с.

28. Воловик, В. М. Психофармакология и психотерапия / В. М. Воловик, В. Д. Вид // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. – Москва : Медицина, 1989. – С. 98–117.
29. Воложин, А. И. Адаптация и компенсация – универсальный механизм приспособления / А. И. Воложин, Ю. К. Субботин. – Москва : Медицина, 1987. – 176 с.
30. Выготский, Л. С. Проблемы развития психики / Л. С. Выготский // Собр. соч.: в 6-тт. – Москва : Педагогика, 1983. – Т. 3. – 368 с.
31. Вяльшина, А. А. Влияние уровня образования на состояние здоровья сельского населения / А. А. Вяльшина // Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал. – 2020. – № 66(1):6. – URL : http://vestnik.mednet.ru/content/view/1133/30/lang,ru/ (дата обращения: 14.04.2021)
32. Гасанова, П. Г. Психология одиночества: учебно-методическое пособие / П. Г. Гасанова, М. К. Омарова. – Киев : ООО «Финансовая Рада Украины», 2017. – 76 с.
33. Гончар, С. Н. Особенности развития смысложизненных ориентаций современных студентов-первокурсников / С. Н. Гончар // Современная психология: международная заочная научная конференция (Пермь, июнь 2012 г.) : [материалы]. – Пермь : Меркурий, 2012. – С. 17–19.
34. Григорьева, В. Н. Психологическая помощь в неврологии / В. Н. Григорьева, А. Ш. Тхостов – Н. Новгород : Изд-во Нижегородской гос. мед. академии, 2009. – 444 с.
35. Гурович, И. Я. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова, Г. И. Винидиктова, Г. Г. Марченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 3. – С. 26–30.

36. Гурович, И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 1. – С.81–86.
37. Деркач, А. А. Акмеология / А. А. Деркач, В. Г. Зазыкина. – СПб. : Питер, 2003. – 256 с.
38. Долгих, В. Т. Общая патофизиология (лекции для студентов и врачей). – 2-е изд., перераб. и доп. / В. Т. Долгих. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 1997 – 108 с.
39. Дубинский, А. А. Особенности взаимосвязи внутренней картины болезни и автобиографической памяти у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия / А. А. Дубинский, В. Г. Булыгина // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2015. – Т. 8, № 44. – URL : https://psystudy.ru (дата обращения: 02.12.2017).
40. Дюпра-Куштанина, В. А. Женская бездетность и сценарии жизненного пути / В. А. Дюпра-Куштанина, С. Ю. Лутошкина // Мир России. – 2014. – Т. 23, № 2. – С. 183–203.
41. Еричев, А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией / А. Н. Еричев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 3. – С. 43–47.
42. Жариков, Н. М. Психиатрия / Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльпин. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2009. – 832 с.
43. Ждан, А. Н. История психологии от античности до наших дней : учеб. для студентов психол. спец. вузов / А. Н. Ждан ; МГУ им. М.В. Ломоносова. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : Академический проект, 2004. – 572 с.
44. Жмуров, В. А. Большая энциклопедия по психиатрии / В. А. Жмуров. – 2-е изд. – Москва : Джангар, 2012. – 864 с.
45. Жмуров, В. А. Клиническая психиатрия / В. А. Жмуров. – Москва : Джангар, 2010. – 1272 с.
46. Жмуров, В. А. Психопатология / В. А. Жмуров. – Иркутск : Изд-во ИГУ, 1994. – Т.1. – 240 с.

47. Зайцева, Ю. С. Сравнительное исследование нейрокогнитивного профиля больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с первыми психотическими эпизодами / Ю. С. Зайцева, Г. Р. Саркисян, В. В. Саркисян, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 2. – С. 5–11.
48. Залуцкая, Н. М. Анализ основных психологических характеристик успешности совладания с семейным стрессом у больных эндогенными психозами / Н. М. Залуцкая // XIV Съезд психиатров России, Москва, 15-18 ноября 2005 г.: материалы съезда. – Москва, 2005. – С. 400.
49. Заславский, Л. Г. Качество жизни и психоэмоциональные расстройства у больных миастенией / Л. Г. Заславский, А. Б. Хуршилов, Е. Н. Скорнякова. // Клиницист. – 2015. – Т. 9, № 4. – С. 35–38.
50. Зейгарник, Б. В. Патопсихология – 2-е изд. / Б. В. Зейгарник. – Москва : Изд-во МГУ, 1986. – 240 с.
51. Зеневич, Г. В. Ремиссии при шизофрении / Г. В. Зеневич. – Ленинград : Медицина, 1964. – 216 с.
52. Зорин, В. И. «Евразийская мудрость от а до Я»: толковый словарь / В. И. Зорин. – Алматы : Изд-во «Создик-Словарь», 2002 . – 408 с.
53. Ивашев, С. П. Системно-информационные закономерности саморегуляции целенаправленного поведения у больных шизофренией / С. П. Ивашев // Естественные науки. – 2010. – № 2 (31). – С. 126–135.
54. Исаева Е.Р. Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 1(30). – С. 8 [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 20.04.2020).
55. Калашникова, Ю. О. Особенности осознанной саморегуляции деятельности учащихся старших классов / Ю. О. Калашникова // Молодой ученый. – 2010. – № 9. – С. 251–254.
56. Калин, В. К. Классификация волевых качеств / В. К. Калин // Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности: тезисы всесоюз. конф.

молодых ученых, Симферополь, 10-14 мая 1983 г. – Симферополь, 1983. – С. 37–41.

57. Камалдинова, Э. Ш. Фатализм и волюнтаризм как категории социальной философии / Э. Ш. Камалдинова // Энциклопедия гуманитарных наук. – 2012. – № 4. – С. 333–335.
58. Караваева, Т. А. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств / Т. А. Караваева, А. П. Коцюбинский. – СПб. : СпецЛит, 2018. – 286 с.
59. Кацеро, А. А. Подходы к трактовке саморегуляции в психологии / А. А. Кацеро, А. В. Кобзарь // Психологические науки: теория и практика: материалы II междунар. науч. конф., Москва, март 2014 г. – Москва : Буки-Веди, 2014. – С. 10–12.
60. Кинкулькина, М. А. Депрессии при шизофрении и алкоголизме. Клиника и лечение / М. А. Кинкулькина, Н. Н. Иванец. – Москва : ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2009. – 216 с.
61. Кинкулькина, М. А. Депрессии у больных шизофренией после купирования острого психоза / М. А. Кинкулькина, Н. Н. Иванец // Клиническая медицина. – 2008. – Т. 86, № 11. – С. 53–59.
62. Ковалева, А. В. Социализация вялотекущей шизофрении посредством тренинговой работы / А. В. Ковалева // Молодой ученый. – 2015. – № 8 (88). – С. 101–106.
63. Козлова, Э. М. Возможности использования проективных методов при исследовании искажений личностного смысла у разных групп психически больных / Э. М. Козлова, А. В. Суворова // Вестник Ставропольского государственного университета. – 2009. – № 65. – С. 154–159.
64. Конопкин, О. А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъектного развития / О. А. Конопкин // Вопросы психологии. – 2004. – № 2. – С. 128–135.
65. Конопкин, О. А. Психологические механизмы регуляции деятельности / О. А. Конопкин. – Москва : Наука, 1980. – 254 с. ; – 2-е изд., испр. и доп. –

Москва : URSS : Ленанд, 2010. – 316 с. ; – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : URSS : Ленанд, 2018. – 320 с.

66. Конопкин, О. А. Структурно-функциональный и содержательно-психологический аспекты осознанной саморегуляции / О. А. Конопкин. Журнал Высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2, № 1. – С. 27–42.
67. Конькова, Д. Ю. Аффективные нарушения при миастении / Д. Ю. Конькова, Д. Н. Карнаух // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. – Т. 8, № 4. – С. 21–24.
68. Копытин, А. И. Применение арт-терапии в лечении и реабилитации больных с психическими расстройствами / А. И. Копытин // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2012. – № 2. – URL : http:// medpsy.ru (дата обращения: 18.05.2020)
69. Копытин, А. И. Работа с психиатрическими пациентами на базе дневного стационара психоневрологического диспансера / А. И. Копытин // Практикум по арт-терапии / под ред. А. И. Копытина. – СПб. : Питер, 2001. – С. 265–297.
70. Коцюбинский, А. П. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. – Т. 17, № 2. – С. 103–107.
71. Коцюбинский, А. П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) / А. П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. – 285 с.
72. Коцюбинский, А. П. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1996. – № 1–2. – С. 203–212.
73. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. – Москва : Изд-во МГУ. 1991. – 256 с.

74. Критская, В. П. Психологические особенности больных шизофренией с благоприятным исходом / В. П. Критская, Т. К. Мелешко // Актуальные вопросы психиатрии: материалы 2-й научной отчетной сессии СФ ВНЦПЗ АМН СССР. – Томск : Изд-во Томского ун-та, 1985. – Вып. II. – С. 157–158.
75. Крысько, В. Г. Словарь-справочник по социальной психологии / В. Г. Крысько. – М.; СПб. : Питер, 2003. – 416 с.
76. Кудряшова, В. Ю. Копинг-стратегии и саморегуляция поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами / В. Ю. Кудряшова, Д. М. Сарайкин, М. В. Иванов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – № 2. – С. 33–39.
77. Кудряшова, В.Ю. Копинг-стратении и саморегуляция поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами / В.Ю. Кудряшова, Д.М. Сарайкин, М.В. Иванов. // Антология Российской психотерапии и психологии : метериалы международного конгресса «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование: грани исследуемого», Санкт-Петербург, 17-18 марта 2017г. – Санкт-Петербург, 2017. – С.149.
78. Кудряшова, В.Ю. Копинг-стратении и саморегуляция поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами / В.Ю. Кудряшова, Д.М. Сарайкин, М.В. Иванов. // Антология Российской психотерапии и психологии : метериалы международного конгресса «Психотерапия, психофармакотерапия, психологическое консультирование: грани исследуемого», Санкт-Петербург, 17-18 марта 2017г. – Санкт-Петербург, 2017. – С.84–91.
79. Кудряшова, В. Ю. Особенности адаптационно-компенсаторных психологических механизмов у больных миастенией / В. Ю. Кудряшова, Н. Б. Лутова, Д. И. Руденко и др. // Российский неврологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 4. – С. 14–21.
80. Кудряшова, В. Ю. Особенности психологических адаптационно-компенсаторных механизмов у больных с тяжелыми хроническими

заболеваниями / В. Ю. Кудряшова, Н. Б. Лутова, Д. И. Руденко и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2020. – № 4. – С. 33–41.

81. Кудряшова, В.Ю. Саморегуляция поведения и механизмы совладания во взаимосвязи с психопатологической симптоматикой у больных шизофренией и депрессивными расстройствами / В.Ю. Кудряшова // Депрессия – вызов XXI века: материалы 4-й Костромской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием, Кострома, 17-19 апреля 2018г. – Москва, 2018. – С. 25–30.
82. Кудряшова, В. Ю. Роль саморегуляции поведения как аспекта адаптационно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией / В. Ю. Кудряшова, Н. Б. Лутова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2019. – № 1. – С. 26–33.
83. Кудряшова, В. Ю. Саморегуляция поведения как один из адаптационно-компенсаторных механизмов психики у больных параноидной шизофренией. Сообщение 2 / В. Ю. Кудряшова, Н. Б. Лутова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2019. – № 4-2. – С. 60–67.
84. Кудряшова В.Ю. Саморегуляция поведения как один из адаптационно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией / В.Ю. Кудряшова, Н.Б. Лутова // Медицинский Алфавит. – 2018. – Т.3, №27(364). – С. 46–50.
85. Кудряшова, В.Ю. Сравнение эффектов ТСН, ПО программы и изолированной ПФТ на работу психологических адаптационно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией / В.Ю. Кудряшова, Н.Б. Лутова, А.Я. Вукс, М.Ю. Сорокин // Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств: тезисы конференции, посвященной 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского, Санкт-Петербург, 29 октября 2021 г. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 136–138

86. Кудряшова, В.Ю. Эффекты тренинга социальных навыков относительно ряда адаптационно-компенсаторных параметров у больных параноидной шизофренией / В.Ю. Кудряшова, Н.Б. Лутова, А.Я. Вукс // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2022. – Т. 56, № 3. – С. 57–65.
87. Кузин, М. И. Миастения / М. И. Кузин, Б. М. Гехт. – Москва : Медицина, 1996. – 224 с.
88. Куликов, С. А. Особенности структуры смысложизненных ориентаций больных параноидной шизофренией / С. А. Куликов// Материалы Международной заочной науч.-практ. конф. "Личность, семья, общество: вопросы современной психологии" / Новосибирский гос. пед. ун-т, Каф. психологии личности и специальной психологии, Сибирская ассоц. консультантов. – Новосибирск : ЭНСКЕ, 2011. – С. 170–176.
89. Лайсек, Р. П. Миастения / Р. П. Лайсек, Р. Л. Барчи : пер. с англ. – Москва : Медицина, 1984. – 272 с.
90. Лебедева, Г. Г. Комплексное психологическое исследование пациентов с расстройствами шизофренического спектра / Г. Г. Лебедева, А. В. Степанова, А. П. Коцюбинский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – № 3. – С. 66–73.
91. Лебедева, Н. М. Путешествие в Гештальт. Теория и практика / Н. М. Лебедева, Е. А. Иванова. – СПб. : Речь, 2013. – 560 с.
92. Леонтьев, Д. А. От социальных ценностей к личностным: социогенез и феноменология ценностной регуляции деятельности (статья первая) // Вестник Московского университетата. Серия 14. Психология. – 1996. – № 4. – С. 35–44.
93. Леонтьев, Д.А. Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании: виды, детерминанты и изменения во времени / Д.А. Леонтьев // Психологическое обозрение. – 1998. – №1. – С. 13–25.

94. Леонтьев, Д. А. Лабиринт идентичностей: не человек для идентичности, а идентичность для человека / Д. А. Леонтьев // Философские науки. – 2009. – № 10. – С. 5–10.

95. Леонтьев, Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д. А. Леонтьев. – 2-е изд. – Москва : Смысл, 2000. – 18 с.

96. Личко, А. Е. Шизофрения у подростков / А. Е. Личко. – Ленинград : Медицина, 1989. – 216 с.

97. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия. – 4-е изд. – Москва : Медицина, 1977. – 112 с.

98. Лутова, Н. Б. Комплаенс и психодинамические параметры больных психозами / Н. Б. Лутова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 49–55.

99. Лутова, Н. Б. Психиатрическая стигма – её проявления и последствия / Н. Б. Лутова, М. Ю. Сорокин, В. Д. Вид // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – № 3. – С. 41–45.

100. Мак-Уильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Уильямс : пер. с англ. – Москва : Независимая фирма «Класс», 2001. – 480 с.

101. Малеванная, О. В. Реабилитация и социальное функционирование больных параноидной шизофренией / О. В. Малеванная, Н. Н. Петрова // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 10–11.

102. Мальцева, Е. А. Особенности клинико-психологических характеристик пациентов молодого возраста с параноидной шизофренией / Е. А. Мальцева, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 14–20.

103. Мелёхин, А. И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы / А. И. Мелёхин // Современная зарубежная психология : электронный научный журнал. – 2016. Т. 5, № 1. – С. 53–63. – URL : https://psyjournals.ru/ (дата обращения: 16.04.2021) doi: 10.17759/jmfp.2016050107

104. Мислављский, Ю. А. Саморегуляция и активность личности в юношеском возрасте / Ю. А. Мислављский. – Москва : Педагогика, 1991. – 152 с.

105. Михайлов, Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине. Клиническое руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Харьков : Прапор, 2002. – 128 с.

106. Монахов, М. В. Влияние качества жизни семей на состояние здоровья детей / М. В. Монахов, И. С. Цыбульская // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – № 4(12). – С. 1–16.

107. Моросанова, В. И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека / В. И. Моросанова. – Москва : Наука, 1998. – 191 с.

108. Мустафаева, Ф. А. Исследование роли семьи в жизни пожилого человека / Ф. А. Мустафаева, З. Л. Сизоненко, О. Н. Юлдашева // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18, № 10. – С. 143–146.

109. Наджаров, Р. А. Клинические проявления шизофрении. Формы течения / Р. А. Наджаров, А. Б. Смулевич // Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. – Москва : Медицина, 1983. – Т. 1. – С. 304–355.

110. Наенко, Н.И. Психическая напряженность : монография / Н.И. Наенко. – Москва : Издательство Московского университета, 1976. – 112 с.

111. Налькин, С. А. Особенности когнитивных функций у больных миастенией / С. А. Налькин, С. В. Лобзин, М. Г. Соколова // Медицинский академический журнал. – 2018. – Т. 18, № 3. – С. 41–45. doi:0.17816/MAJ18341-45

112. Незнанов, Н.Г. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований / Н.Г. Незнанов, В.Г. Рукавишников, Е.Д. Касьянов и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2020. – №2. – С. 3–15.

113. Незнанов, Н. Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / Н. Г. Незнанов, М. В. Иванов. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 320 с.

114. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – Москва : Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.

115. Обухов, С. Г. Психиатрия / С. Г. Обухов / под ред. Ю. А. Александровского. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.

116. Овчинников, Б. В. Психическая предпатология. Превентивная диагностика и коррекция / Б. В. Овчинников, И. Ф. Дьяконов, Л. В. Богданова. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2010. – 368 с.

117. Олейчик, И. В. Особенности психопатологии и лечения юношеских депрессий непсихотического уровня при шизотипическом расстройстве / И. В. Олейчик // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах : материалы общерос. конф., Москва, 27–30 октября 2009 г. / Пленум Правления Рос. общества психиатров с участием гл. психиатров и наркологов, руководителей психиатр. и наркол. учреждений субъектов РФ. – М., 2009. – С. 40–41.

118. Осницкий, А. К. Саморегуляция деятельности школьника и формирование активности личности / А. К. Осницкий. – Москва : Знание, 1986. – 80 с.

119. Осокина, О. И. Исследование жизненных смыслов и ценностных ориентаций у больных, перенесших манифестный приступ шизофрении / О. И. Осокина, В. А. Абрамов, Г. Г. Путятин и др. // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – № 3(84). – С. 77–80.

120. Папсуев, О. О. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией / О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, Н. Д. Семенова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, № 1. – С. 36–44.

121. Пашковский, В. Э. Сравнительный анализ показателей социальной адаптации больных параноидной шизофренией с различной частотой

госпитализаций / В. Э. Пашковский, А. Г. Софронов, И. Д. Федоровский, А. Е. Добровольская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27, № 3. – С. 19–25.

122. Петрова, Н. Н. Аффективные расстройства и качество жизни у больных миастенией / Н. Н. Петрова, М. Л. Чухловин, А. А. Чухловина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2005. – № 4 (1). – С. 79–80.

123. Петрова, Н. Н. Ксеплион в решении актуальных проблем лечения больных шизофренией / Н. Н. Петрова, Л. Г. Серазетдинова, С. Н. Баранов и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 1. – С. 73–78.

124. Петрова, Н. Н. Характеристика суицидального поведения больных с депрессией в ремиссии шизофрении / Н. Н. Петрова, О. А. Вишневская // Тюменский медицинский журнал. – 2015. – Т.15, № 3. – С. 12–13.

125. Практический интеллект / Р. Дж. Стернберг, Дж. Б. Форсайт, Дж. Хедланд и др. : пер. с англ. – СПб. : Питер, 2002. – 272 с.

126. Психологические особенности третьего возраста: хрестоматия для студентов / сост. Т. А. Ахрямкина, В. В. Вельш. – Самара : СФ ГАОУ ВО МГПУ, 2019. – 196 с.

127. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами: пособие для врачей / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы: А. П. Коцюбинский, А. Н. Еричев, Н. В. Зуйкова. – СПб., 2006. – 26 с.

128. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: практическое руководство [Л. А. Арбузова и др.] ; под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. – Москва : Медпрактика-М, 2015. – 418 с.

129. Пугачева, А. В. Значение семьи в современном обществе / А. В. Пугачева // Наука и образование сегодня. – 2017. – № 8(19). – С. 65–66.

130. Ракова, В. А. Особенности восприятия временной перспективы больными параноидной шизофренией / В. А. Ракова, О. Ю. Щелкова //

Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2011, – № 5. – С. 89–94.

131. Рассказова, Е. И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? / Е. И. Рассказова // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – Т. 7, № 1. – С. 43–56.

132. Рассказова, Е. И. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни / Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 2. – С. 17–21.

133. Рахимов, К. Д. Доказательная фармакотерапия шизофрении (клинико-экономические аспекты) / К. Д. Рахимов, А. М. Акимбаева, К. А. Зординова, Г. М. Гуламова // Современные проблемы науки и образования : сетевое издание. – 2010. – № 4. – С. 137–154. URL : http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=4518 (дата обращения: 30.04.2021).

134. Реан, А. А. Психология личности / А. А. Реан. – СПб. : Питер, 2016. – 510 с.

135. Рид, Дж. Изобретение «шизофрении» / Дж. Рид // Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении / под ред. Дж. Рида, Л. Р. Мошера, Р. П. Бенталла : пер. с англ.. – Ставрополь : АНО «ПроПси» ; Изд-во «Возрождение», 2008. – С. 49–53.

136. Романова, Т. В. Исследование психологических особенностей больных миастенией / Т. В. Романова // Доктор. РУ. – 2013. – №5 (83). – С. 34–37.

137. Ромашов, О. В. Социология труда : учебное пособие для студентов ВУЗов / О. В. Ромашов. – Москва : Гардарики, 2001. – 316 с.

138. Ростовская, Т. К. Социальные роли мужчины в современном обществе / Т. К. Ростовская, Я. В. Шимановская // Вопросы управления. – 2018. – № 2(51). – С. 135–140. doi 10.22394/2304-3369-2018-2-135-140

139. Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского ; в 2-х т. – Москва : Медицина, 1983, – Т. 1. – 480 с.

140. Рычкова, О. В. Сравнение способности к эмпатии у больных шизофренией и шизоаффективным психозом / О. В. Рычкова, М. А.

Москачева, А. Б. Холмогорова // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2015. – № 6(35). – URL : https://mprj.ru (дата обращения: 02.12.2017).

141. Санадзе, А. Г. Миастения и миастенические синдромы / А. Г. Санадзе. – Москва : Литтерра, 2012. – 255 с.

142. Сеина, С. А. Проблема многоуровневого обеспечения регуляции поведения / С. А. Сеина // Учёные записки Курского государственного университета. Серия : Гуманитарные науки. – 2009. – № 3. – С. 122–128.

143. Селиванов, В. И. Волевая регуляция активности личности / В. И. Селиванов // Психологический журнал. – 1982. – Т. 3, № 4. – С. 23–35.

144. Семантический дифференциал времени как метод диагностики личности при депрессивных расстройствах: пособие для психологов и врачей / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-составители: Л. И. Вассерман, О. Н. Кузнецов, В. А. Ташлыков и др. – СПб., 2005. – 23 с.

145. Семенов, С. Ф. Процессы компенсации и адаптации при нарушениях нервно-психической деятельности / С. Ф. Семенов, Н. П. Могилина, Р. Д. Коган и др. // Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях: Труды Московского НИИ психиатрии. – Москва, 1979. – Т. 85. – С. 10–20.

146. Семенова, Н. Д. Проблема образования психически больных / Н. Д. Семенова, Л. И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 4. – С. 30–39.

147. Семке, А. В. Клинические, эпидемиологические и биологические предпосылки адаптации больных шизофренией как основа персонифицированного подхода к антипсихотической терапии / А. В. Семке, О. Ю. Федоренко, О. А. Лобачева и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3(88). – С. 19–25.

148. Серазетдинова, Л. Г. Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике / Л. Г. Серазетдинова, Н. Н. Петрова, О. В.

Малеванная // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 1. – С. 37–42.

149. Сериков, Н. Г. Влияние образования на развитие человека / Н. Г. Сериков // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование. Педагогические науки. – 2014. – Т. 6., № 2. – С. 11–17.

150. Синельников А. Б. Семья и брак: кризис или модернизация? / А. Б. Синельников // Социологический журнал. – 2018. – Т. 24, № 1. – С. 95–113.

151. Словарь практического психолога / сост. : С. Ю. Головин. – Минск : Харвест, 1998. – 800 с.

152. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей / А. Б. Смулевич. – Москва : Медицинское информационное агентство. 2001. – 782 с.

153. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.

154. Снежневский А. В. Место клиники в исследовании природы шизофрении / А. В. Снежневский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1975. – Т. 75, № 9. – С. 1340–1345.

155. Современные представления о психической норме и патологии: психологический, клинический и социальный аспекты / Московский ин-т психоанализа ; отв. ред. Н. Л. Белопольская. – Москва : Когито-Центр, 2015. – 291 с.

156. Софронов, А. Г. Оптимизация долгосрочных результатов лечения шизофрении при длительной комплексной терапии препаратами палиперидона пальмитатом в сочетании с психосоциальными вмешательствами в амбулаторных условиях / А. Г. Софронов, Т. М. Грицевская, А. П. Савельев, Т. А. Корман // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27, № 1. – С. 39–47.

157. Степанова, А. В. Взаимосвязь механизмов психологической адаптации с когнитивными нарушениями у больных шизотипическим расстройством /

А. В. Степанова, Е. Р. Исаева, А. П. Коцюбинский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – № 4. – С. 51–58.

158. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

159. Тюрина, Н. В. Понятие адаптации в современной психологии / Н. В. Тюрина // Вестник Астраханского гос. тех. ун-та. – 2007. – № 5(40). – С. 152–157.

160. Философский энциклопедический словарь / гл. ред. Л. Ф. Ильичёв [и др.]. – Москва : Советская энциклопедия, 1983. – 840 с

161. Фирсова, Л. Д. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации в практике гастроэнтеролога / Л. Д. Фирсова // Эффективная фармакотерапия. – 2020. – Т. 16, № 15. – С. 86–91. doi: 10.33978/2307-3586-2020-16-15-86-91

162. Ханько, А. В. Психологическая адаптация к болезни пациентов с первыми приступами шизофрении : автореф. дис ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Ханько Александр Валерьевич; [Место защиты: Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России]. – Санкт-Петербург, 2014. – 22 с.

163. Хьелл, Л. Теория личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер : пер. с англ. ; 3-е изд. – СПб. : Питер, 2014. – 607 с.

164. Циркин, С. Ю. Аналитическая психопатология / С. Ю. Циркин. – Москва : Бином, 2012. – 288 с.

165. Черенева, Е. А. Теоретические основы проблемы саморегуляции предметной деятельности и поведения / Е. А. Черенева // Вестник Бурятского государственного университета. – 2010. – № 5. – С. 7–11.

166. Чудновский, В. Э. К проблеме адекватности смысла жизни / В. Э. Чудновский // Мир психологии. – 1999. – № 2. – С. 74–80.

167. Чуприкова, Н. И. Умственное развитие: Принцип дифференциации / Н. И. Чуприкова. – СПб. : Питер, 2007. – 448 с.

168. Шапошников, Н. Н. Динамика и корреляции инвалидности взрослого населения вследствие шизофрении с основными показателями деятельности психиатрической службы / Н. Н. Шапошников, П. В. Ситчихин // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 6 (161). – С. 140–145.

169. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание : коллективная монография / А.П. Коцюбинский [и др.] – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.

170. Шинина, Т. В. Проблемы личности инвалидов: социально-психологические аспекты / Т. В. Шинина // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2011. – № 1. – С. 145–150.

171. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей и научных работников / [А. Н. Белова, Т. В. Буйлова, И. Д. Булюбаш и др.]; под ред. А. Н. Беловой. – Москва : Антидор, 2002. – 440 с.

172. Шмуклер, А. Б. Депрессивная симптоматика и ее лечение у больных шизофренией / А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, № 2. – С. 101–105.

173. Шустов, Д. И. Психологическое исследование биографий и жизненного пути / Д. И. Шустов // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие : электронный научный журнал Рязанского гос. мед. ун-та им. акад. И. П. Павлова. – 2014. – Т. 2, № 5. – URL : https://humjournal.rzgmu.ru/art&id=76 (дата обращения: 20.04.2021).

174. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 1999. – 656 с.

175. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб. : Речь, 2003. – 332 с.

176. Юдина, И. И. Опыт применения арт-терапии как метода психотерапевтической коррекции в работе с пациентами, страдающими

шизофренией / И. И. Юдина // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. – № 1. – С. 12–18.

177. Юрченко, О. Н. Клинико-психологическая и психодиагностическая характеристика больных параноидной шизофренией и ее диагностическое значение / О. Н. Юрченко // Мир Медицины и Биологии. – 2016. – № 4(58). – С. 87–92.

178. Яковлева, Н. В. Обзор психологических исследований инвалидности / Н. В. Яковлева, Н. Н. Уланова, И. М. Шишкова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие : электронный научный журнал Рязанского гос. мед. ун-та им. акад. И. П. Павлова. – 2016. – № 2(13). – URL : https://humjournal.rzgmu.ru/art&id=204 (дата обращения: 21.04.2021).

179. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / Ирвин Ялом ; пер. с англ. – Москва : Независимая фирма «Класс», 2014. – 574 с.

180. Янушко, М. Г. Взаимосвязь когнитивных нарушений и побочных эффектов антипсихотической терапии у больных шизофренией / М. Г. Янушко // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 64–69.

181. Aldao, A. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review / A. Aldao, S. Nolen-Hoeksema, S. Schweizer // Clinical Psychology Review. – 2010. – Vol. 30(2). – P. 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004

182. Alerman, A. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis / A. Alerman, R. S. Kahn, J. P. Seiten // Archives of General Psychiatry. – 2003. – Vol. 60(6). – P. 565-571. doi: 10.1001/archpsyc.60.6.565.

183. Almerie, M. Q. Social skills programmes for schizophrenia / M. Q. Almerie, A. L. Okba, M. Marhi et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. – Issue 6. – Art. No.: CD009006. – URL : https://doi.org/10.1002/14651858.CD009006.pub2. (датаобращения: 29.03.2020)

184. Amador, X. F. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia / X. F. Amador, J. M. Gorman // Psychiatric Clinics of North America. – 1998. – Vol. 21(1). – P. 27–42. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70359-2.

185. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition / [A. F. Lehman et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 161(2). – P. 1–56.

186. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for Treatment of Schizophrenia / [A. F. Lehman et al.]. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 2010. – 184 p.

187. Aşık, E. An evaluation of a psychoeducation programme for emotion identification and expression in individuals diagnosed with schizophrenia / E. Aşık, G. Ünsal // International Journal of Mental Health Nursing. – 2020. – Vol. 29(4). – P. 693–702. doi: 10.1111/inm.12703

188. Barch, D. M. The relationships among cognition, motivation, and emotion in schizophrenia: how much and how little we know / D. M. Barch // Schizophrenia Bulletin. – 2005. – Vol. 31(4). – P. 875–881. doi:10.1093/schbul/sbi040

189. Barker, V. An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis / V. Barker, A. Gumley, M. Schwannauer, S. M. Lawrie // British Journal of Psychiatry. – 2015. – Vol. 206(3). – P. 177–180. doi: 10.1192/bjp.bp.113.143578

190. Baumeister, R. F. Self-regulation failure: an overview / R. F. Baumeister, T. F. Heatherton // Psychological Inquiry. – 1996. – Vol. 7(1). – P.1–15.

191. Beck, A. T. An inventory for measuring depression / A. T. Beck, Ch. Ward, M. Mendelson et al. // Archives of General Psychiatry. – 1961. – Vol. 4(6). – P. 561–571.

192. Beck, A. T. Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy / A. T. Beck, N. A. Rector, N. Stolar, P. Grant. – New York : The Guilford Press, 2009. – 418 p.

193. Beck, A. T. The core problem in depression: the cognitive triad / A. T. Beck // Depression: Theories and Therapies / ed. by J. H. Masserman. – New York : Grune and Stratton, 1970. – P. 47–55.

194. Binswanger, L. Analyse existentielle et psychanalyse freudienne / L. Binswanger. – Paris : Gallimard, 1970. – 336 p.

195. Binswanger, L. Le cas Suzanne Urban. Etudes sur la schizophrenie / L. Binswanger. – Bordeaux, France : Gerard Monfort, 1988. – 144 p.

196. Buss, D. M. Adaptations, exaptations, and spandrels / D. M. Buss, M. G. Haselton, T. K. Shackelford et al. // American Psychologist. – 1998. – Vol. 53(5). – P. 533–548. doi: 10.1037//0003-066x.53.5.533

197. Cacioppo, S. Loneliness: Clinical Import and Interventions / S. Cacioppo, A. J. Grippo, S. London et al. // Perspectives on Psychological Science. – 2015 – Vol. 10(2). – P. 238–249. doi: 10.1177/1745691615570616

198. Casey, B. J. Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later / B. J. Casey, L. H. Somerville, I. H. Gotlib et al. // Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. – 2011. – Vol. 108(36). – P. 14998–15003. doi: 10.1073/pnas.1108561108.

199. Chadwick, P. Mindfulness groups for people with psychosis / P. Chadwick, K. N. Taylor, N. Abba // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2005. – Vol. 33(3). – P. 351–359. doi:10.1017/S1352465805002158

200. Chien, W. T. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care / W. T. Chien, S. F. Leung, F. K. Yeung, W. K. Wong // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2013. – Vol. 9. – P. 1463–1481. doi: 10.2147/NDT.S49263

201. Cianciolo, A. T. Practical intelligence and tacit knowledge: An ecological view of expertise / A. T. Cianciolo, R. J. Sternberg // Cambridge Handbook on Expertise and Expert Performance, 2rd. ed. / ed. by K. A. Ericsson et al. – New York : Cambridge University Press, 2018. – P. 770–792.

202. Cole, P. M. Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology / P. M. Cole, S. E. Hall, N. Hajal // Child and Adolescent Psychopathology – 3rd. ed. by T. P. Beauchaine, S. P. Hinshaw. – Hoboken, New Jersey, USA : Wiley & Sons Inc., 2017. – Chapter: 11. – P. 341–373.

203. Conerty, J. The Examination of Anomalous World Experience in schizophrenia and other disorders: a report on reliability / J. Conerty, B. Skodlar, E. Pienkos et al. // Psychopathology. – 2017. – Vol. 50(1). – P. 55–59. doi: 10.1159/000454865.

204. Conley, R. R. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia / R. R. Conley, H. Ascher-Svanum, B. Zhu et al. // Schizophrenia Research. – 2007. – Vol. 90(1–3). – P. 186–197. doi: 10.1016/j.schres.2006.09.027

205. Corin, E. Positive withdrawal and the quest for meaning: The reconstruction of experience among schizophrenics / E. Corin, G. Lauzon // Psychiatry. – 1992. – Vol. 55(3). – P. 266–278. doi:10.1080/00332747.1992.11024600

206. Cramer, P. Coping and defense mechanisms: What's the difference? / P. Cramer // Journal of Personality. – 1998. – Vol. 66(6). – P. 919–946. doi:10.1111/1467-6494.00037

207. Cramer, P. Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation / P. Cramer // American Psychologist. – 2000. – Vol. 55(6). – P. 637–646. doi:10.1037/0003-066x.55.6.637

208. Cutler, D. Understanding differences in health behaviors by education / D. Cutler, A. Lleras-Muney // Journal of Health Economics. – 2010. – Vol. 29(1). – P. 1–28. doi: 10.1016/j.jhealeco.2009.10.003

209. Dawkins, R. The Selfish Gene, 4rd. ed. / R. Dawkins. – New York, USA : Oxford University Press, 2016. – 544 p.

210. Ditman, T. A source-monitoring account of auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia / T. Ditman, G. R. Kuperberg // Harvard Review of Psychiatry. – 2005. – Vol. 13(5). – P. 280–299. doi: 10.1080/10673220500326391

211. Dixon, L. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities / L. Dixon, W. R. McFarlane, H. Lefley et al. // Psychiatric Services. 2001. – Vol. 52(7). – P. 903–910. doi: 10.1176/appi.ps.52.7.903

212. Dixon, L. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program / L. Dixon, B. Stewart, J. Burland et al. // Psychiatric Services. – 2001. – Vol. 52(7). – P. 965–967. doi: 10.1176/appi.ps.52.7.965

213. Dixon, M. L. Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: Reappraisal and Acceptance of Negative Self-Beliefs / M. L. Dixon, C. A. Moodie, P. R. Goldin et al. // Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. – 2020. – Vol. 5(1). – P. 119–129. doi:10.1016/j.bpsc.2019.07.009

214. Dondé, C. Well-informed but not aware: The P.A.C.T. ® psychoeducation program for schizophrenia improves knowledge about, but not insight into, the illness / C. Dondé, M. Senn, J. Eche et al. // Asian Journal of Psychiatry. – 2019. – Vol. 46. – P. 15–18. doi:10.1016/j.ajp.2019.09.034

215. Duckworth, A. L. Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents / A. L. Duckworth, M. E. P. Seligman // Psychological Science. – 2005. – Vol. 16(12). – P. 939–944. doi:10.1111/j.1467-9280.2005.01641.x

216. Flower, D. Social Recovery Therapy in improving activity and social outcomes in early psychosis: Current evidence and longer term outcomes / D. Flower, J. Hodgekins, P. French // Schizophrenia Research. – 2019. – Vol. 203. – P. 99–104. doi:10.1016/j.schres.2017.10.006

217. Frederick, D. E. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support / D. E. Frederick, T. J. VanderWeele // PLoS One. – 2019. – Vol. 14(2): e0212208. Published online 2019 Feb 20. – URL :https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208 (дата обращения: 22.04.2021).

218. Gaebel, W. Towards the improvement of compliance: the significance of psychoeducation and new antipsychotic drugs / W. Gaebel // International Clinical Psychopharmacology. – 1997. – Vol. 12, suppl. 1. – P. S37–S42.

219. Gardner, W. L. Social exclusion and selective memory: how the need to belong influences memory for social events / W. L. Gardner, C. L. Pickett, M. B. Brewer // Personality and Social Psychology Bulletin. – 2000. – Vol. 26(4). – P. 486–496. doi: 10.1177/0146167200266007

220. Geary, D. C. Male, female: The evolution of human sex differences / D. C. Geary. – Washington, DC : American Psychological Association, 2009. – 555 p.

221. Gittleman, J. L. Adaptation: Biology and physiology / J. L. Gittleman // Encyclopedia Britannica. – Available online: URL : https: //www.britannica.com/science/adaptation-biology-and-physiology (датаобращения 26.04. 2018).

222. Gottfredson, L. S. Mainstream science on intelligence: An editorial with 52 signatories, history, and bibliography / L. S. Gottfredson // Intelligence. – 1997. – Vol. 24(1). – P. 13–23. doi: 10.1016/S0160-2896(97)90011-8

223. Granholm, E. Therapeutic factors contributing to change in cognitive behavour group therapy for older persons with schizophrenia / E. Granholm, L. Auslander, J. Gottlieb et al. // Journal of Contemporary Psychotherapy. – 2006. – Vol. 36(1). – P. 31–41. doi: 10.1007/s10879-005-9004-7

224. Grant, P. M. Cognitive therapy in patients with schizophrenia-reply / P. M. Grant, A. T. Beck // JAMA Psychiatry. – 2013. – Vol. 70(5). – P. 544. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.285.

225. Greben, S. Psychotherapy today. Further consideration of the essence of psychotherapy / S. Greben // British Journal of Psychiatry. – 1987. – Vol. 151(3). – P. 283–287. doi: 10.1192/bjp.151.3.283

226. Gross, G. BSABS – Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms: Manual, Commentary, References, Index, Documentation Sheet [1st Complete English Edition] / G. Gross, G. Huber, J. Klosterkötter, M. Linz. – Aachen, Germany : Shaker Verlag GmbH, 2008. – 164 p.

227. Gross, J. J. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology / J. J. Gross // Journal of

Personality and Social Psychology. – 1998. – Vol. 74(1). – P. 224–237. doi: 10.1037//0022-3514.74.1.224

228. Guglietti, C. L. Meditation-related increases in GABAB modulated cortical inhibition / C. L. Guglietti, Z. J. Daskalakis, N. Radhu et al. // Brain Stimulation. – 2013. – Vol. 6(3). – P. 397–402. doi:10.1016/j.brs.2012.08.005.

229. Hagger, M. S. Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis / M. S. Hagger, C. Wood, C. Stiff, N. L. Chatzisarantis // Psychological Bulletin. – 2010. – Vol. 136(4). – P. 495–525. doi: 10.1037/a0019486

230. Hamilton, W. D. The genetical evolution of social behavior. I. / W. D. Hamilton // Journal of Theoretical Biology. – 1964. – Vol. 7(1). – P. 1–16. doi: 10.1016/0022-5193(64)90038-4

231. Hawkley, L. C. How can I connect with thee? Let me count the ways / L. C. Hawkley, M. W. Browne, J. T. Cacioppo // Psychological Science. – 2005. – Vol. 16(10). – P. 798–804. doi: 10.1111/j.1467-9280.2005.01617.x

232. Hayes, R. L. Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning / R. L. Hayes, W. K. Halford, F. T. Varghese // Behavior Therapy. – 1995. – Vol. 26(3). – P. 433–449. doi:10.1016/s0005-7894(05)80092-9

233. Heatherton T. F. Neuroscience of Self and Self-Regulation / T. F. Heatherton // Annual Review of Psychology. – 2011b. – Vol. 62(1). – P. 363–390. doi:10.1146/annurev.psych.121208.131616

234. Heatherton, T. F. Cognitive neuroscience of self-regulation failure / T. F. Heatherton, D. D. Wagner // Trends in Cognitive Sciences. – 2011a. – Vol. 15(3). – P. 132–139. doi: 10.1016/j.tics.2010.12.005

235. Heilbrun, A. Defensive projection. An investigation of its role in paranoid conditions / A. Heilbrun, N. Blum, N. Goldrever // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1985. – Vol. 173(1). – P. 17–25. doi:10.1097/00005053-198501000-00003

236. Hennessy, E. A. Self-regulation mechanisms in health behavior change: a systematic meta-review of meta-analyses, 2006–2017 / E. A. Hennessy, B. T.

Johnson, R. L. Acabchuk, K. McCloskey, J. Stewart-James // Health Psychology Review. – 2020**.** – Vol. 14(1). – P. 6–42. doi: 10.1080/17437199.2019.1679654.

237. Herrman, H. What is Resilience? / H. Herrman, D. E. Stewart, N. Diaz-Granados et al. // Canadian Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 56(5). – P. 258–265. doi:10.1177/070674371105600504

238. Higgins, E. T. Review Beyond pleasure and pain / E. T. Higgins // American Psychologist. – 1997. – Vol. 52(12). – P. 1280–1300. doi: 10.1037//0003-066x.52.12.1280

239. Hill, K. Cooperative breeding in South American hunter-gatherers / K. Hill, A. M. Hurtado // Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences. – 2009. – Vol. 276(1674). – P. 3863–3870. doi: 10.1098/rspb.2009.1061

240. Hofmann, W. Everyday temptations: an experience sampling study of desire, conflict, and self-control / W. Hofmann, R. F. Baumeister, G. Förster, K. D. Vohs // Journal of Personality and Social Psychology. – 2012. – Vol. 102(6). – P.1318–1335. doi: 10.1037/a0026545

241. Hornung, W. P. Psychoeducational training for schizophrenic patients: background, procedure and empirical findings / W. P. Hornung, A. Kieserg, R. Feldmann, G. Buchkremer // Patient Education and Counseling. – 1996. – Vol. 29(3). – P. 257–268. doi: 10.1016/s0738-3991(96)00918-4

242. Husserl E. The Phenomenology of Internal Time Consciousness / E. Husserl. – Bloomington : Indiana University Press, 1964. – 188 p.

243. Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders / ed. by X. F. Amador & A. S. David. – London : Oxford University Press, 2004. – 402 p.

244. Inzlicht, M. Why self-control seems (but may not be) limited / M. Inzlicht, B. J. Schmeichel, C. N. Macrae // Trends in Cognitive Sciences. – 2014. – Vol. 18(3). – P. 127–133. doi: 10.1016/j.tics.2013.12.009

245. James, W. Principles of Psychology, in two volumes / W. James. – New York : Henry Holt & Co., Publ., 1890. – Vol. I. – 712 p.

246. Jerath, R. Self-Regulation of breathing as a primary treatment for anxiety / R. Jerath, M. W. Crawford, V. A. Barnes, K. Harden // Applied Psychophysiology and Biofeedback. – 2015. – Vol. 40(2). – P. 107–115. doi:10.1007/s10484-015-9279-8

247. Jones, C. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia / C. Jones, D. Hacker, A. Meaden et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2012.– Issue 4. – Art. No.: CD008712. – URL : https://doi.org/ 10.1002/14651858.CD008712.pub2 (датаобращения: 27.06.18).

248. Kahn, R. S. Schizophrenia / R. S. Kahn, I. E. Sommer, R. M. Murray et al. // Nature Reviews Disease Primers. – 2015. – Vol. 1(1). – P. 15067. doi:10.1038/nrdp.2015.67

249. Kayo, M. A randomized controlled trial of social skills training for patients with treatment-resistant schizophrenia with predominantly negative symptoms / M. Kayo, S. Scemes, M. G. Savoia et al. // Psychiatry Research. – 2020. – Vol. 287. – P. 112914. doi:10.1016/j.psychres.2020.112914

250. Kelley, W. M. In Search of a Human Self-Regulation System / W. M. Kelley, D. D. Wagner, T. F. Heatherton // Annual Review of Neuroscience. – 2015. – Vol. 38(1). – P. 389–411. doi: 10.1146/annurev-neuro-071013-014243

251. Killgore, W. D. Affect modulates appetite-related brain activity to images of food / W. D. Killgore, D. A. Yurgelun-Todd // International Journal of Eating Disorders. – 2006. – Vol. 39(5). – P. 357–363. doi: 10.1002/eat.20240

252. Kinoshita, Y. Supported employment for adults with severe mental illness / Y. Kinoshita, T. A. Furukawa, K. Kinoshita, et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – Issue 9. – Art. No. : CD008297. – URL : https://doi.org/ 10.1002/14651858. CD008297.pub2. (датаобращения: 31.03.2020)

253. Klingsieck, K. B. Procrastination: When good things don’t come to those who wait / K. B. Klingsieck // European Psychologist. – 2013. – Vol. 18. – P. 24–34. doi:10.1027/1016-9040/a000138

254. Knieling, J. [Psychosocial causal attributions by myasthenia gravis patients. A longitudinal study of the significance of subjective illness theories after diagnosis and in follow-up] / J. Knieling, H. Weiss, H. Faller, H. Lang // Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. – 1995. – Vol. 45(11). – P. 373–380.

255. Knieling, J. Krankheitsverlauf bei Myasthenia gravis Ergebnisse einer Längsschnittstudie zur Bedeutung psychosozialer Prädiktoren / J. Knieling, H. Weiss, H. Faller und an. // Der Nervenarzt. – 1998. – Bd. 69(2). – S. 137–144. doi:10.1007/s001150050250

256. Kolb, L. Modern Clinical Psychiatry / L. Kolb. – Philadelphia-London-Toronto : Saunders, 1973. – 696 p.

257. Kulaksizoglu, I. B. Mood and anxiety disorders in patients with myasthenia gravis: aetiology, diagnosis and treatment / I. B. Kulaksizoglu // CNS Drugs. – 2007. – Vol. 21(6). – P. 473–481. doi: 10.2165/00023210-200721060-00004

258. Lam, A. H. Y. The effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation programme for emotional regulation in individuals with schizophrenia spectrum disorders: A pilot randomised controlled trial / A. H. Y. Lam, S. F. Leung, J. J. Lin, W. T. Chien // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2020. – Vol. 16. – 729–747. doi: 10.2147/NDT.S231877

259. Lam, K. C. Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: a randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders / K. C. Lam, C. P. Ho, J. C. Wa et al. // Behaviour Research and Therapy. – 2015. – Vol. 64. – P. 38–42. doi: 10.1016/j.brat.2014.11.008

260. Langner, R. Towards a human self-regulation system: Common and distinct neural signatures of emotional and behavioural control / R. Langner, S. Leiberg, F. Hoffstaedter, S. B. Eickhoff // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2018. – Vol. 90. – P. 400–410. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.04.022

261. Larabi, D. I. Insight and emotion regulation in schizophrenia: A brain activation and functional connectivity study / D. I. Larabi, L. Meer, G. H. M.

Pijnenborg et al. // NeuroImage: Clinical. – 2018. – Vol. 20. – P. 762–771. doi: 10.1016/j.nicl.2018.09.009

262. Lazarus, R. S. Psychological stress and the coping process / Richard S. Lazarus. New York : McGraw-Hill, 1966. – 466 p.

263. Leff, J. Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion / J. Leff // International Journal of Social Psychiatry. – 1989. – Vol. 35(2). – P. 133–145. doi: 10.1177/002076408903500201

264. Low, B. S. The evolution of human life histories / B. S. Low // Handbook of evolutionary psychology: Ideas, issues, and applications / ed. by C. Crawford & D. L. Krebs. – Mahwah, NJ, USA : L. Erlbaum Publ., 1998. – P. 131–161.

265. Lucas, R. E. Unemployment alters the set point for life satisfaction / R. E. Lucas, A. E. Clark, Y. Georgellis, E. Diener // Psychological Science. – 2004. – Vol. 15(1). – P. 8–13. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.01501002.x

266. Lysaker, P. H. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments / P. H. Lysaker, G. Dimaggio // Schizophrenia Bulletin. – 2014. – Vol. 40(3). – P. 487–491. doi: 10.1093/schbul/sbu038

267. Macdonald, G. Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain / G. Macdonald, M. R. Leary // Psychological Bulletin. – 2005. – Vol. 131(2). – P. 202–223. doi: 10.1037/0033-2909.131.2.202

268. Mann, F. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems / F. Mann, J. K. Bone, B. Lloyd-Evans et al. // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2017. – Vol. 52(6). – P. 627–638. doi: 10.1007/s00127-017-1392-y

269. McGrath, J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality / J. McGrath, S. Saha, D. Chant, J. Welham // Epidemiologic Reviews. – 2008. – Vol. 30(1). – P. 67-76. doi: org/10.1093/epirev/mxn001

270. McKee-Ryan, F. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study / F. McKee-Ryan, Z. Song, C. R. Wanberg,

A. J. Kinicki // Journal of Applied Psychology. – 2005. – Vol. 90(1). – P. 53–76. doi: 10.1037/0021-9010.90.1.53

271. Mead, G. H. Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist / George H. Mead; ed., with introduct. C. W. Morris. – Chicago : University of Chicago Press, 1997 [1934]. – xxxviii + 401 p. [Part 19: The background of the genesis of the self, pp. 144–164.].

272. Menon, M. Psychosocial approaches in the treatment of psychosis: Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) and Metacognitive Training (MCT) / M. Menon, R. P. Balzan, K. Harper et al. // Clinical Schizophrenia & Related Psychoses. – 2017. – Vol. 11(3). – P. 156–163. doi: 10.3371/CSRP.MEBA.022015

273. Merleau-Ponty, M. Phenomenology of Perception / M. Merleau-Ponty. – London and New York : Routledge, 2012. – 610 p.

274. Metcalfe, J. A hot/cool-system analysis of delay of gratification: dynamics of willpower / J. Metcalfe, W. Mischel // Psychological Review. – 1999. – Vol. 106(1). – P. 3–19. doi: 10.1037/0033-295x.106.1.3

275. Mischel, W. Delay of gratification in children / W. Mischel, Y. Shoda, M. I. Rodriguez // Science. – 1989. – Vol. 244(4907). – P. 933–938.

276. Mitchell, J. P. Mentalizing and Marr: an information processing approach to the study of social cognition / J. P. Mitchell // Brain Research. – 2006. – Vol. 1079(1). – P. 66–75. doi:10.1016/j.brainres.2005.12.113

277. Moran, J. M. Neuroanatomical evidence for distinct cognitive and affective components of self / J. M. Moran, C. N. Macrae, T .F. Heatherton et al. // Cognitive Neuroscience. – 2006. – Vol. 18(9). – P. 1586–1594. doi:10.1162/jocn.2006.18.9.1586

278. Moritz, S. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia / S. Moritz, A. Kerstan, R. Veckenstedt et al. // Behaviour Research and Therapy. – 2011. – Vol. 49(3). – P. 151–157. doi: 10.1016/j.brat.2010.11.010

279. Moritz, S. Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia / S. Moritz, C. Andreou, B. C. Schneider et al. // Clinical

Psychology Review. – 2014. – Vol. 34(4). – P. 358–366. doi: 10.1016/j.cpr.2014.04.004

280. Morrison, A. P. Case Formulation and Cognitive Schemas in Cognitive Therapy for Psychosis / A. P. Morrison // Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-Practitioner Guide / ed. by L. P. Riso, [ets]. – Washington, DC : American Psychological Association, 2007. – P. 177–197.

281. Murphy-Lawless, J. Understanding how sexually active women think about fertility, sex, and motherhood / J. Murphy-Lawless, L. Oaks, C. Brady // Crisis Pregnancy Agency Report [2004, No. 6]. – Dublin : Crisis Pregnancy Agency, 2004. – 78 p.

282. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). NICE CG178 Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management – an evidence-based guideline? // British Journal of Psychiatry. – 2015. – Vol. 206(5). – P. 357–359. Published online by Cambridge University Press: 02 January 2018. – URL : https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.155945 (датаобращения: 31.03.2020)

283. Nigg, J. T. Annual Research Review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology / J. T. Nigg // Journal of Child Psychology and Psychiatry/ – 2016. – Vol. 58(4). – P. 361–383. doi:10.1111/jcpp.12675

284. Oaten, M. The effects of ostracism on self-regulation in the socially anxious / M. Oaten, K. D. Williams, A. Jones, L. Zadro // Journal of Social and Clinical Psychology. – 2008. – Vol. 27(5). – P. 471–504. doi:10.1521/jscp.2008.27.5.471

285. Parikh, S. V. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. Psychological treatments / S. V. Parikh, L. C. Quilty, P. Ravitz et al. // Canadian Journal of Psychiatry. – 2016. – Vol. 61(9). – P. 524–539. doi:10.1177/0706743716659418

286. Parnas, J. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience / J. Parnas, P. Møller, T. Kircher et al. // Psychopathology. – 2005. – Vol. 38(5). – P. 236–258. doi: 10.1159/000088441

287. Pekkala, E. Psychoeducation for schizophrenia / E. Pekkala, L. Merinder // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2002. – Issue 2. – Art. No CD002831. – URL : https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831. (датаобращения: 01.04.2020)

288. Pescosolido, B. A. The Theory of Industrial Society and Cultural Schemata: Does the “Cultural Myth of Stigma” Underlie the WHO Schizophrenia Paradox? / B. A. Pescosolido, J. K. Martin, S. Olafsdottir et al. // American Journal of Sociology. – 2015. – Vol. 121(3). – P. 783–825.doi: 10.1086/683225

289. Pharoah, F. Family intervention for schizophrenia / F. Pharoah, J. Mari, J. Rathbone, W. Wong // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2006. – Issue 4. – Art. No.: CD000088. – URL : https://doi.org/ 10.1002/14651858.CD000088.pub2. (датаобращения: 29.03.2020)

290. Pinto, A. Mindfulness and psychosis / A. Pinto // Clinical Handbook of Mindfulness / ed. by F. Didonna. – New York : Springer, 2009. – P. 339–368.

291. Practical Intelligence in Everyday Life / Robert J. Sternberg [ets]. – New York : Cambridge University Press, 2000. – 306 p.

292. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen" / herausg. von J. Bäuml, G. Pitschel-Walz. – Stuttgart, Germany : Schattauer, 2003. – 390 s.

293. Puolakka, K. Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review / K. Puolakka, A. Pitkänen // Archives of Psychiatric Nursing. – 2019. – Vol. 33(5). – 73– 82. doi: 10.1016/j.apnu.2019.07.001

294. Rebetez, M. M. L. Procrastination as a Self-Regulation Failure: The Role of Impulsivity and Intrusive Thoughts / M. M. L. Rebetez, L. Rochat, C. Barsics, M. Van der Linden // Psychological Reports. – 2017. – Vol. 121(1). – P. 26–41. doi:10.1177/0033294117720695

295. Rohr, W. [Situational anxiety in myasthenia gravis] / W. Rohr // Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. – 1993. – Vol. 43(3–4). – P. 93–99.

296. Roy, C. Research Based on the Roy Adaptation Model / C. Roy // Nursing Science Quarterly. – 2011. – Vol. 24(4). – P. 312–320. doi:10.1177/0894318411419218

297. Ruddy, R. Psychosocial interventions for conversion disorder / R. Ruddy, A. House // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2005. – Issue 4. – Art. No CD005331. – URL : https://doi.org/ 10.1002/14651858.CD005331.pub2. (дата обращения: 31.03.2020)

298. Rutter, M. Implications of resilience concepts for scientific understanding / M. Rutter // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2006. – Vol. 1094. – P. 1–12. doi: 10.1196/annals.1376.002

299. Sandhu, A. The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: a qualitative study using photo-elicitation / A. Sandhu, J. Ives, M. Birchwood, R. Upthegrove // Journal of Affective Disorders. – 2013. – Vol. 149(1–3). – P. 166–174. doi:10.1016/j.jad.2013.01.018

300. Sass, L. EAWE: Examination of Anomalous World Experience / L. Sass, E. Pienkos, B. Skodlar et al. // Psychopathology. – 2017b. – Vol. 50(1). – P. 10–54. doi:10.1159/000454928

301. Sass, L. Other worlds: introduction to the special issue on the EAWE: Examination of Anomalous World Experience / L. Sass, E. Pienkos, T. Fuchs // Psychopathology. – 2017a. – Vol. 50(1). – P. 5–9. doi: 10.1159/ 000456215.

302. Sass, L. Schizophrenia, consciousness, and the self / L. Sass, J. Parnas // Schizophrenia Bulletin. – 2003. – Vol. 29(3). – P. 427–444. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017

303. Schmitt, D. P. Evaluating Evidence of Psychological Adaptation: How Do We Know One When We See One? / D. P. Schmitt, J. J. Pilcher // Psychological Science. – 2004. – Vol. 15(10). – P. 643–649. doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00734.x

304. Shah, J. Y. The automatic pursuit and management of goals / J. Y. Shah // Current Directions in Psychological Science. – 2005. – Vol. 14(1). – P. 10–13. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00325.x

305. Shinozaki, A. Effects of a psychoeducation program for people with schizophrenia aimed at increasing subjective well-being and the factors influencing those effects: a preliminary study / A. Shinozaki, T. Hayashi, H. Okamura // Psychiatric Quarterly. – 2020**.** – Vol. 91(1). – P. 45–52. doi:10.1007/s11126-019-09679-4

306. Skouras, S. The effects of psychiatric history and age on self-regulation of the default mode network / S. Skouras, F. Scharnowski // NeuroImage. – 2019. – Vol. 198. – P. 150–159. doi:10.1016/j.neuroimage.2019.05.008

307. Smith, B. L. Adaptation as a dynamic construct for studying stress resilience and susceptibility / B. L. Smith // Brain, Behavior, and Immunity. – 2019. – Vol. 81. – P. 18–19. doi:10.1016/j.bbi.2019.07.029

308. Social exclusion impairs self-regulation. Baumeister RF, DeWall CN, Ciarocco NJ, Twenge JM, J PersSoc Psychol. 2005 Apr; 88(4):589-604. Baumeister, R. F. Social exclusion impairs self-regulation / R. F. Baumeister, C. N. DeWall, N. J. Ciarocco, J. M. Twenge // Journal of Personality and Social Psychology. – 2005. – Vol. 88(4). – 589–604. doi: 10.1037/0022-3514.88.4.589

309. Social Support and Psychiatric Disorder: Research Findings and Guidelines for Clinical Practice / ed. by T. S. Brugha. – Cambridge : University Press, 1995. – 364 p.

310. Solomon, P. Interventions for families of individuals with schizophrenia / P. Solomon // Disease Management and Health Outcomes. – 2000. – Vol. 8(4). – P. 211–221. doi:10.2165/00115677-200008040-00004

311. Sternberg, R. J. A Theory of Adaptive Intelligence and Its Relation to General Intelligence / R. J. Sternberg // Journal of Intelligence. – 2019. – Vol. 7(4). – P. 23–39. doi:10.3390/jintelligence7040023

312. Sternberg, R. J. Sketch of a componential subtheory of human intelligence / R. J. Sternberg // Behavioral and Brain Sciences. – 1980. – Vol. 3(4). – P. 573–584. doi: https://doi.org/10.1017/S0140525X00006932

313. Tellenbach, H. La melancolie / Hubertus Tellenbach, Yves Pélicier.– Paris : Presses Universitaires de France, 1979. – 336 p.

314. Tennakoon, L. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis / L. Tennakoon, D. Fannon, V. Doku et al. // British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 177(6). – P. 529–533. doi: 10.1192/bjp.177.6.529

315. Thompson, R. A. Emotion dysregulation: A theme in search of definition / R. A. Thompson // Development and Psychopathology. – 2019. – Vol. 31(3). – P. 805–815. doi:10.1017/s0954579419000282

316. Tillich, The external now / P. Tillich //The Meaning of Death / ed. by H. Feifel. – New York : Blakiston Division, McGraw-Hill Book Co., 1959. – P. 30–38.

317. Trivers, R. The Evolution of Reciprocal Altruism / R. Trivers // Quarterly Review of Biology – 1971. – Vol. 46(1). – P. 35–57. doi: 10.1086/406755

318. Upthegrove, R. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence or Trans-diagnostic Issue? / R. Upthegrove, S. Marwaha, M. Birchwood // Schizophrenia Bulletin. – 2016. – Vol. 43(2). – P. 240–244. doi:10.1093/schbul/sbw097

319. Upthegrove, R. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis / R. Upthegrove, M. Birchwood, K. Ross et al. // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2010. – Vol. 122(3). – P. 211–218. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x

320. Van Genugten, L. Effective self-regulation change techniques to promote mental wellbeing among adolescents: A meta-analysis / L. van Genugten, E. Dusseldorp, E. K. Massey, P. van Empelen // Health Psychology Review. – 2017. – Vol. 11. – P. 53–71. doi:10.1080/17437199.2016.1252934

321. Visser, K. F. An ecological momentary assessment evaluation of emotion regulation abnormalities in schizophrenia / K. F. Visser, F. Z. Esfahlani, H. Sayama, G. P. Strauss // Psychological Medicine. – 2018. – Vol. 48(14). – P. 2337–2345. doi: 10.1017/S0033291717003865

322. Wagner, D. D. Inducing negative affect increases the reward value of appetizing foods in dieters / D. D. Wagner, R. G. Boswell, W. M. Kelley, T. F. Heatherton // Journal of Clinical Neuroscience. – 2012, – Vol. 24(7). – P. 1625–1633. doi: 10.1162/jocn_a_00238

323. Wehmeier, P. M. Quality of life and subjective well-being during treatment with antipsychotics in out-patients with schizophrenia / P. M. Wehmeier, M. Kluge, E. Schneider et al. // Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry. – 2007. – Vol. 31(3). – P. 703–712. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.01.004 PMID: 17289237

324. Weidner, G. The role of self-regulation in health and illness / G. Weidner, M. Sieverding, M. A. Chesney // Psychology, Health & Medicine. – 2015. – Vol. 21(2). – P. 135–137. doi:10.1080/13548506.2015.1115528

325. White, C. Chronic schizophrenic disorder. I. Psychophysiological responses, laterality and social stress / C. White, J. Farley, P. Charles // British Journal of Psychiatry. – 1987. – Vol. 150. – P. 365–373. doi: 10.1192/bjp.150.3.365

326. White, C. Chronic schizophrenic disorder. II. Reaction time, social performance and arousal / C. White, J. Farley, P. Charles // British Journal of Psychiatry. – 1987. – Vol.150. – P. 374–379. doi: 10.1192/bjp.150.3.374

327. Wu, L. J. Calmodulin kinase II is required for fight or flight sinoatrial node physiology / L. J. Wu, Z. Gao, B. Chen et al. // Proceedings of the National Academy of Sciences United States of America. – 2009. – Vol. 106(14). – P. 5972–5977. doi:10.1073/pnas.0806422106.

328. Xia, J. Psychoeducation for schizophrenia / J. Xia, L. B. Merinder, M. R. Belgamwar // Cochrane Database Systematic Revue. – 2011. – Issue 6. – Art. No CD002831. – URL : https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2 (дата обращения: 04.04.2020)

329. Yildiz, M. The Effect of psychosocial skills training and metacognitive training on social and cognitive functioning in schizophrenia / M. Yildiz, Z. Özaslan, A. İncedere et al. // Nöro Psikiyatri Arşivi [Archives of Neuropsychiatry]. – 2019. – Vol. 56(2). – P. 139–143. doi: 10.29399/npa.23095

330. Zhang, J. Effects of mental tasks on the cardiorespiratory synchronization / J. Zhang, X. Yu, D. Xie // Respiratory Physiology and Neurobiology. – 2010. – Vol. 170(1). – P. 91–95. doi:10.1016/j.resp.2009.11.003.

331. Zhang, M. Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu / M. Zhang, M. Wang, J. Li, M. R. Phillips // British Journal of Psychiatry. –1994. – Vol. 165, suppl. 24: Psychiatric Rehabilitation in China. – P. 96–102. doi: 10.1192/S0007125000293045

NATIONAL MIDECAL RESEARCH CENTRE

FOR PSYCHIATRY AND NEUROLOGY NAMED AFTER V.M. BEKHTEREV

On the rights of the manuscript

KUDRYASHOVA VERA YURIEVNA

PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AND COMPENSATORY MECHANISMS IN PATIENTS WITH SEVERE CHRONIC NEUROPSYCHIATRIC DISEASES

Scientific speciality 5.3.6. Medical psychology

THESIS

for a Candidate Degree in Psychological Sciences

Translation from Russian

SCIENTIFIC SUPERVISOR:

Doctor of Medical Sciences,

Lutova Natalia Borisovna

SAINT-PETERSBURG –2023

Content

INTRODUCTION.....211
CHAPTER 1. PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AND COMPENSATION IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AND PATIENTS WITH ACQUIRED MYASTHENIA GRAVIS……222
1.1. Adaptation and compensation, definition of concepts…….222
1.2. Features of ACM in patients with paranoid schizophrenia and in patients with acquired myasthenia gravis……229
1.2.1. Subjective perception of psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia in patients with acquired myasthenia gravis ……..231
1.2.2. Life orientations, level of subjective control and subjective experience of psychological characteristics of time in patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis……237
1.2.3. Self-regulation of behavior as an aspect of psychological ACM. Definition of the concept and its features in patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis……..241
1.3. Psychosocial rehabilitation measures: psychoeducation and social skills training in the context of helping patients with paranoid schizophrenia……252
1.3.1. Psychoeducation (PE)……..252
1.3.2. Social Skills Training (SST)……255
Summary of Chapter 1……...257
CHAPTER 2. MATERIALS AND METHODS OF RESEARCH.....259
2.1. Research materials.....259
2.2. Description of research methods.....266
2.2.1. Questionnaire "Style of self-regulation of behavior".....267
2.2.2. Questionnaire "Level of subjective control" 269
2.2.3. Life-Meaning orientations test.....270
2.2.4. Questionnaire "Semantic time differential".....272

2.2.5. Symptomatic questionnaire SCL-90-R……273
2.2.6. Beck Depression Inventory: BDI.....275
2.3. Mathematical and statistical methods of data processing 276
Summary of Chapter 2.....277
CHAPTER 3. RESEARCH RESULTS…….278
3.1. Comparison of the features of ACM in patients with paranoid schizophrenia, patients with acquired myasthenia gravis and in the health group……..278
3.2. Interrelations of indicators of adaptive-compensatory mechanisms with socio-demographic and clinical-dynamic characteristics in the studied groups……..……..285
3.2.1. Interrelations of ACM indicators with the presence of family and children in the study groups……...…287
3.2.2. Interrelations of ACM indicators with age, employment and education in the study groups……291
3.2.3. Study of the interrelationships of the ACM with the characteristics of the disease: duration, number of exacerbations and number of hospitalizations in groups of patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis…….296
3.3. Comparison of the features of ACM in patients with paranoid schizophrenia before and after their treatment (isolated PPhT and combined exposure – PPhT+PE and PPhT+SST)……299
3.3.1. Comparison of the features of ACM in a group of patients with paranoid schizophrenia who received isolated PPhT at admission and at the time of discharge from the hospital.....299
3.3.2. Comparison of the features of ACM in a group of patients with paranoid schizophrenia who received complex treatment of PPhT+SST, before the beginning of the group and at its end……..304
3.3.3. Comparison of the features of ACM in a group of patients with paranoid schizophrenia who received complex treatment of PPhT+PE, before the beginning of the group and at its end .....……..309

3.4. Comparison of the effects of isolated PPhT and combined exposure PPhT+PE and PPhT+SST for the work of ACM in patients with paranoid schizophrenia 313
Summary of Chapter 3.....321
DISCUSSION OF THE RESULTS OBTAINED.....323
CONCLUSIONS……...345
COROLLARY……...348
PRACTICAL RECOMMENDATIONS 350
LIST OF ABBREVIATIONS AND SYMBOLS.....351
REFERENCES……..354

INTRODUCTION

The relevance of research. The situation of illness in the literature is considered as a "tense situation", meaning by this increased functioning of the body and personality (Naenko N.I., 1976; Bityutskaya E.V., 2007) or as a "difficult life situation", where the subjective perception of the current situation in the individual consciousness comes to the fore.The criteria of a difficult life situation are its significance, lack of control, uncertainty, insufficient predictability, dynamism, stress, as well as the proportion of one's own resources (physical, psychological, etc.) and experience with the requirements of the situation (Bitutskaya E.V., 2007). Subjective perception of a difficult life situation, to which the occurrence of any severe chronic disease (SCD) can be attributed, causes tension of psychological adaptation and compensatory mechanisms (ACM), which affects the adaptation of the individual to environmental conditions (Nikolaeva V.V., 1987; Broitigam V. et al., 1999; Mikhailov B.V. et al., 2002), determining the choice of coping behavior strategy (Burlachuk L.F., Mikhailova N.B., 2002). To date, coping mechanisms, psychological defenses and the internal picture of the disease that cause adaptive behavior in patients with schizophrenia have been described in detail (Kotsyubinsky A.P., 2004), but the significance of the value-semantic sphere of a person that causes social interaction (Leontiev D.A., 1996, 1998, etc.) with the level of adaptation of an individual in a difficult life is understood. situations.

Attention to the strengthening of adaptation and compensatory mechanisms is most reflected in psychiatry. In particular, thanks to an impressive amount of research, the significance of a number of psycho-social influences for patients with mental disorders has been proven (Volovik V.M., Vid V.D., 1989; Erichev A.N., 2007; Rasskazova E.I., 2014; Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., 2015; Casey B.J.et al., 2011; Flower D., French P., 2019), including paranoid schizophrenia, in order to achieve the maximum possible state of functional remission (Kotsyubinsky A.P., Sheinina N.S., 1996; Vid V.D., Lutova N.B., 2001; Tyurina N.V., 2007; Malevannaya O.V., Petrova N.N., 2012; Rasskazova E.I., 2014; Kotsyubinsky A.P., 2017; Pashkovsky V.E., 2017; Flower D. et al., 2017).

Nevertheless, the further study of the features of violations of adaptive-compensatory mechanisms of patients with paranoid schizophrenia, including in the context of value-sense orientations, does not lose its relevance (Tyurina N.V., 2007; Rasskazova E.I., 2014; Casey B.J. et al., 2011), since the deepening of knowledge in this area expands the possibilities of creating new more focused and effective psycho-social rehabilitation programs for this contingent of patients. The literature notes that the value-semantic sphere of personality is one of the main resources for the recovery of patients with SCD (Isayeva Ye.R., 2014). At the same time, it seems interesting and important not only to study the individual parameters that form the adaptive-compensatory system, but also to consider their mutual influence, which reflects the uniqueness and versatility of the possibilities of adaptation of a person with a chronic mental disorder (Kotsyubinsky A.P. et al., 2007; Kotsyubinsky A.P., 2017; Kudryashova V.Yu. et al., 2017a; Kudryashova V.Yu. et al., 2017b; Kudryashova V.Yu. et al., 2017c; Lutova N.B. et al., 2017; Kudryashova V.Yu., 2018a; Kudryashova V.Yu., 2018b) or severe neurological disease (Petrova N.N., 2005; Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009; Konkova D.Yu., Karnauh D.N., 2016) to constantly changing environmental conditions.

The degree of development of the topic. Currently, science has got a huge amount of knowledge about the psychological disorders of people suffering from schizophrenic spectrum disorders, as in foreign ones (Granholm E. et al., 2006; Morrison A.P., 2007; Beck A.T. et al., 2009; GrantP.M., BeckA.T., 2013; Barker V. et al. 2015, etc.), and in domestic studies (Kritskaya V.P., 1985; Vid V.D., 1993; Semke A.V. et al., 2015, etc.).However, in this contingent of patients, it is an important task to further study the features of the ACM (Lutova N.B. et al., 2017; Stepanova A.V. et al., 2017, etc.), since the understanding of their disorders must be taken into account in group (Vid V.D., Lutova N.B., 2001) and individual work with patients – in order to improve social functioning. The experience of recent decades shows that the most effective way to help patients with schizophrenia is the introduction of an integrated approach, where psychopharmacotherapy (PPhT) and psycho-social rehabilitation interventions are combined (Petrova N.N. et al., 2013; Sofronov A.G. et al., 2017; Parikh S.V. et al., 2016, etc.).

Currently, a number of psychosocial programs are used in routine psychiatric practice, included in the treatment of patients with paranoid schizophrenia: these are psychoeducational programs (PE) (Erichev A.N., 2007), social skills trainings (SST) (Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., 2015), various directions of art therapy (Kopytin A.I., 2001, 2012) and other group forms of work with this category of patients. Individual psychological counseling or psychotherapy is also used in various approaches (cognitive behavioral, psychodynamic, etc.). That is, a variety of rehabilitation measures are presented, with different targets of impact – on the emotional, cognitive and behavioral spheres. At the same time, it is not possible to single out the most effective method of assistance, since there are no clear criteria for assessing which approach makes the greatest contribution to strengthening the psychological well-being of patients.

Psychological ACM in patients with congenital or acquired myasthenia gravis has been studied less, to date, issues related to psychological assistance to this category of patients, including rehabilitation, are poorly covered in the literature. Knowledge in this field could undoubtedly enrich the standard process of helping people suffering from this disorder (Petrova N.N., 2005; Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009; Konkova D.Yu., Karnauh D.N., 2017). In this study, one of the tasks was to identify possible targets for psychological assistance to those suffering from congenital or acquired myasthenia gravis.

The purpose of the study. Identification of targets for psycho-social rehabilitation effects in patients with paranoid schizophrenia and acquired myasthenia gravis based on the identification of features of adaptive compensatory mechanisms (ACM) in terms of value-semantic aspects and analysis of their connections with socio-demographic, clinical and dynamic characteristics.

Research objectives:

1. To study the features and differences of adaptive-compensatory mechanisms related to the value-semantic sphere in patients with paranoid schizophrenia, patients with acquired myasthenia gravis in the group of ill health.

2. To study the relationship of various indicators of aspects of the ACM with socio-demographic characteristics in the study groups and the comparison group.

3. To study the relationship of various aspects of ACM with clinical and dynamic characteristics in groups of patients with paranoid schizophrenia and acquired myasthenia gravis.

4. Comparison of the dynamics of changes in psychological ACM in patients with paranoid schizophrenia using various psychosocial measures (PPhT+PE and PPhT+SST) and isolated PPhT.

5. Identification of targets for psychosocial rehabilitation measures in patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis.

The object of the study were psychological ACMs that affect psychosocial rehabilitation, as well as the preservation and strengthening of mental well-being.

The subject of the study were the characteristic features of psychological ACMs for the studied groups.

General hypothesis. People suffering from paranoid schizophrenia and congenital or acquired myasthenia gravis have common psychological and mental phenomena, despite the fact that diseases develop according to different laws. Paranoid schizophrenia is a pathology of the CNS, but congenital or acquired myasthenia gravis destroys peripheral NS, without such a significant involvement of the central nervous tissue, that is, the disease affects the brain to a lesser extent. However, both disorders significantly affect social functioning and quality of life, and rehabilitation methods should be aimed at strengthening and maintaining the work of the ACM, contributing to good social functioning. Also, both nosologies, with all the limitations that the disease introduces into their habitual way of life, do not experience pain syndrome as such, they are characterized by depressive manifestations, a decrease in life satisfaction, a sense of irreversibility and low controllability of what is happening. With the distortion of self-image, the adaptive and compensatory capabilities of the individual decrease.

Particular hypotheses.

1. Patients with paranoid schizophrenia have weakened abilities for self-regulation of behavior and meaning formation, low internality, distorted ideas about the future, which negatively affects their adaptation.

2. Patients with acquired myasthenia gravis demonstrate lowered internality, while their ability to self-regulation of behavior and meaning-forming function are sufficiently preserved, which provides a basis for adaptive-compensatory potential.

Methodology and methods of research. The theoretical and methodological basis for this study were the works devoted to:

• theories of adaptation (Stendel R. J. et al., 2002; Sternberg, R. J., 1980, 2019; L. S. Gottfredson, 1997; Schmitt, D. P., Pilcher, J. J., 2004; Roy C., 2011; Dawkins R., 2016; Cianciolo, A. T. et al., 2018; Gittleman J. L., 2018; Thompson R. A., 2019; etc.) and compensatory possibilities in mental disorders (Alexander Y. A., 1976; Semenov, S. F., et al., 1979; Mack-Williams, N., 2001; Belyaev, I. A., 2009, etc.). In the structure of adaptation allocate cognitive and emotional components, closely related to the self-regulation of behavior (Sternberg R. J., 1989; Aldao, A. et al., 2010; Thompson R.A., 2019), it is also necessary to take into account the nature of subjectively felt psychopathological symptoms, including the level of depression (Aldao A. et al., 2010; Thompson R.A. 2019). Psychological stability is also included in the structure of adaptation (Smith B.L., 2019, etc.). Its violations are frequent, such as the suppression of feelings, a decrease in behavioral flexibility, constant reflection without subsequent implementation into actions, which affects life satisfaction, the level of internality, the quality of interpersonal relationships in various spheres, personal meanings and the ability to realistically realize their prospects in the future (Herrman H. et al., 2011).To achieve successful adaptation, it is necessary to satisfy the actual needs as much as possible (Alexandrovsky Yu.A., 1976, etc.), accordingly, in psychosocial rehabilitation, it becomes important to work with the value-semantic sphere of a person for better awareness of their needs and selection of adequate ways to meet them.

• biopsychosocial approach to understanding health and disease (Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., 2015; Neznanov N.G. et al., 2020), according to which health and disease are the interaction of three groups of factors: biological (for example, genetic, infectious and organic factors), psychological (cognitive, emotional and behavioral factors) and social (rules which accept in society, behavior standarts, values, the influence

of others people, social class, etc.). The peculiarities of the microsocial environment, internal and external criteria for assessing circumstances constantly influence each other, having a direct and indirect impact on human health (for example, contribute to the experience of chronic stress). Here, too, the task of taking into account personal meanings and values during psychosocial rehabilitation becomes relevant, since they largely determine the nature of human social interaction.

• mental and psychophysiological adaptation of a person (Berezin F.B., 1988), according to which a person continuously participates in a large number of interactions in his routine life, which become more effective if the adaptive mechanisms formed in the process of ontogenesis ensure that mental activity and behavior meet the requirements of the external environment, while at the same time allowing him to achieve significant goals for the individual. In this aspect, the maintenance of the value-semantic sphere in the rehabilitation process is no less important, since personal meanings and values often act as regulators of social interaction (Leontiev D.A., 1996, 1998, etc.).

Type of research. The study was conducted in 2 stages: 1) a cross-sectional study of ACM in patients with congenital or acquired myasthenia gravis and in patients with paranoid schizophrenia in comparison with healthy participants; 2) a five-week randomized clinical trial in parallel groups of patients with paranoid schizophrenia who received isolated PPhT and combined treatment of PPhT+PE and PPhT+SST.

The study used valid, diversified methods: semi-structured interviews, structured questionnaires and tests, content analysis and methods of mathematical data processing.

To collect socio-demographic and clinical and dynamic data, a clinical and anamnestic examination using a semi-structured therapeutic interview was used (Shustov D.I., 2014).

Scientific novelty of the research. Assumptions that persons suffering from various SCD may reveal similar psychological traits have previously appeared in the literature (Mikhailov B.V. et al., 2002; Broytigam V. et al., 1999). However, to date, no comparative studies of psychological ACM have been conducted in patients with schizophrenia and in patients with congenital or acquired myasthenia gravis.

For the first time, universal targets of psychorehabilitation influence for patients with severe chronic neuropsychiatric diseases have been identified: the development of emotional sphere management skills, evaluation of the results of their activities, behavioral flexibility, the ability to adequately perceive the degree of manageability of life and the possibilities of positive changes, increasing motivational potential. This will make psychological help programs for neuropsychiatric patients more versatile, easily adaptable to current rehabilitation tasks in routine clinical practice.

Theoretical significance of the study. The study opens up wide opportunities for a deeper study of ACM in patients with severe chronic neuropsychiatric diseases. In the course of the study, similar disorders in the work of ACM were found in patients with mental and neurological disorders, targets for psycho-sociorehabilitation interventions for each category of patients were identified, as well as interventions common to both nosologies were identified, socio-demographic factors favorably affecting the work of ACM in patients with paranoid schizophrenia and in patients with congenital or acquired myasthenia gravis.

Practical significance of the study. Universal interventions aimed at increasing motivational potential, developing skills in managing the emotional sphere and behavioral flexibility, evaluating the results of their activities and forming an adequate internality help to make psychological help programs in psychiatric and somatic practice easily adaptable to the needs of recipients. This not only enriches the relevant theoretical field of scientific knowledge, but also helps to simplify the process of introducing psychorehabilitation measures into routine practice not only for psychiatric, but also for neurological patients and, subsequently, other somatic nosologies. The socio-demographic factors contributing to increased life satisfaction, rational acceptance of responsibility for events and a positive perception of opportunities in the current situation and in the future are identified. It is shown that employment, a good level of education, the presence of a family and children have a beneficial effect on the work of the ACM. Accordingly, it is useful to include blocks in psychorehabilitation programs that motivate patients with neuropsychiatric disorders to study and work, establish and maintain social contacts.

The provisions of the dissertation research submitted for defense.

1. Persons suffering from paranoid schizophrenia and acquired myasthenia gravis have similar features in the work of the ACM, that is, we can talk about the uniformity of the adaptation of the individual to the situation of SCD. They have reduced skills in managing the emotional sphere, evaluating the results of their activities, behavioral flexibility, adequate perception of the manageability of life, influence on the future, the possibility of positive changes, and reduced motivational potential. The constant tension of the ACM due to being in a difficult life situation, which is SCD, leads to exhaustion, therefore, self-regulation of behavior decreases.

2. There are gender differences in the work of ACM: women suffering from schizophrenia perceive the past and present more actively than men. In patients suffering from schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis, satisfactory socio-demographic indicators (high level of education, satisfactory employment, family and children) are associated with the best performance indicators of the ACM.

3. The duration of the disease, frequent exacerbations and a large number of hospitalizations negatively affect the work of the ACM in both groups of patients studied.

4. The inclusion of psychosocial rehabilitation effects had an additional beneficial effect on the work of the ACM. The psychoeducational program (PE) led to a decrease in symptomatic distress, a decrease in the subjective severity of symptoms, an increase in overall life satisfaction and a decrease in the sense of one's own inadequacy in interpersonal communication, an increase in life satisfaction as a continuous process, the results of one's activities, a greater depth and emotional coloring of the present. Social skills training (SST) develops greater attentiveness to one's experiences and emotions of other people, facilitates interpersonal interaction, leads to a more realistic view of the past, which contributes to the extraction of useful experience for building further judgments.

5. The targets of psycho-social rehabilitation for patients with paranoid schizophrenia are the development of skills of differentiation and restraint of impulses, increasing behavioral flexibility, strengthening rational ideas about Self, possibilities and acceptable ways of their realization with a rational understanding of their limitations. For patients with acquired myasthenia gravis, the focus of interventions should be the search for and reliance on available activities related to the cognitive and spiritual spheres of life, bringing satisfaction, compensating for the appearance of certain physical limitations. Common to both nosological categories studied are activities aimed at developing the skills of obtaining pleasure and satisfaction from daily activity, highlighting the spheres of their influence on the disease and rational acceptance of responsibility for what is happening.

The degree of reliability of the study of the study is ensured by the representativeness of samples of patients with paranoid schizophrenia and patients with congenital or acquired myasthenia gravis. The required sample size was estimated by statistical methods a priori and confirmed during post hoc analysis. To increase the validity of the use of qualitative methods, the triangulation technique was used (Busygina N.P., 2009): when collecting data, the diversification of methods was used to study similar parameters of the ACM, clarification of information in medical documentation and in conversation with patients, data processing using content analysis methods and statistical methods.

Personal contribution of the author. The materials used in the dissertation study are obtained as a result of research conducted by the dissertation personally. The author independently developed the design of the study, defined the purposes and objectives, scope and methods of research, conducted an analysis of relevant scientific domestic and foreign literature on the studied problem, prepared forms of informed consent and stimulus material. The author personally examined each patient who participated in the study, analyzed and selected medical documentation data in accordance with the set goals and objectives, carried out the development and implementation of psychorehabilitation programs. To develop and conduct a part on drug therapy of mental disorders, a psychotherapist was involved in the PE program. The author systematized the results of

the conducted research for their further statistical processing, interpretation of the data obtained, and formulation of conclusions. Based on the results of the study, the author offers practical recommendations for the psychological rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia and congenital or acquired myasthenia gravis, focused on maintaining sufficient and coordinated work of the ACM, contributing to the formation of a stable remission. The share of personal participation of the dissertation is: more than 90% in obtaining and accumulating scientific information, up to 80% in mathematical and statistical data processing, more than 90% in generalization, analysis, interpretation, description of results, formulation of practical recommendations and conclusions from the study.

Compliance of the dissertation with the passport of the scientific specialty. The dissertation research studying psychological ACM in patients with severe chronic psychoneurological diseases corresponds to the formula of the scientific specialty 5.3.6. "Clinical psychology" and the areas of research: item 2 – "Pathopsychology", item 6 – "Psychological assistance: psychotherapy, psychological counseling, psychocorrection" and item 8 – "Psychohygiena, psychoprophylaxis, social rehabilitation and improving the quality of life of patients".

The structure and scope of the dissertation. The study is presented in Russian and English in two volumes, respectively. The English version of the text is presented on 187 pages. The work includes an introduction, a theoretical part (Chapter 1) containing an overview of modern ideas about adaptive-compensatory psychological mechanisms and self-regulation, a methodological (Chapter 2) and an empirical part (Chapter 3), conclusions, corollary, practical recommendations on psychorehabilitation effects for patients with paranoid schizophrenia and acquired myasthenia gravis, a list of references from 331 sources (180 on Russian and 151 in foreign languages), list of abbreviations, 27 tables are used in the main text of the dissertation and 3 pictures.

Approbation of the results. The dissertation materials and research results are presented in 11 publications, 1 of which is indexed in the Web of Science and SCOPUS databases, 7 – in peer-reviewed journals included in the list of the Higher Attestation Commission, 1 is a chapter in monographs. The results of the study were presented at the

VII St. Petersburg International Congress of Psychotherapists, Psychologists and counseling psychologists "Psychotherapy, Psychopharmacotherapy, Psychological counseling - the facets of the investigated!" St. Petersburg, March 18, 2017; 4th Kostroma All-Russian School of Young Scientists and Specialists in the field of Mental health, Kostroma, April 16-20, 2018; All-Russian conference with international participation dedicated to the 90th anniversary of the birth of B.D. Karvasarsky: "Alliance of Psychology, Psychotherapy and Pharmacotherapy. Science and the real world in the treatment of mental disorders", St. Petersburg, October 29, 2021; Competition of young scientists in the field of psychiatry within the V All-Russian (with international participation) Conference of young scientists "The Future of Neuroscience", Kazan, February 7-10, 2022 (3rd prize); The First International Congress "Medical Rehabilitation: scientific research and clinical practice", St. Petersburg, April 5-6, 2022; Republican scientific and practical conference with international participation "Psychiatry and narcology of Belarus, practice-oriented developments" on the basis of the state institution "Republican Scientific and Practical Center for Mental Health", Republic of Belarus, Minsk, March 17, 2023.

CHAPTER 1. PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AND COMPENSATION IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AND PATIENTS WITH ACQUIRED MYASTHENIA GRAVIS

1.1. Adaptation and compensation. Definition of concepts

Adaptation as a concept still causes controversy in the scientific community due to the difficulties of its assessment (Sternberg R.J., 1980, 2019). Adaptation describes the general ontogenetic or phylogenetic process of change and better adaptation to the environment in a living being, and also acts either as any attribute that helps to survive and reproduce at the current moment, or as a product of the evolution of the development of the organism (Krysko V.G., 2003; Schmitt D.P., Pilcher J.J., 2004). This is undoubtedly a dynamic concept (Kotsyubinsky A.P., 2017). In biology, adaptation is understood as: 1) the process of adaptation of a living being to living conditions, over time, the effect of natural selection on hereditary variability is determined; 2) the desire of a living being to preserve and transmit its kind of genes, while it is not only about a specific individual, but also about the population as a whole (Dawkins R., 2016; Gittleman J.L., 2018, etc.).

Schmitt D.P. and Pilcher J.J. in a review article (Schmitt D.P., Pilcher J.J., 2004) identify eight areas of study of adaptation by modern science:

1. The theoretical direction, which includes the evolutionary theory, the theory of natural selection;

2. Psychological direction, including various methods of surveys, tests, observations of the cognitive, emotional and behavioral sphere of a person;

3. Medical direction, studying the issues of mental and physical health, fertility, etc.;

4. The physiological direction, which considers the peculiarities of the nervous system and the brain in particular;

5. The genetic direction dealing with genetic and molecular research;

6. Phylogenetic direction comparing the development and adaptive features of various species of living beings, in particular, primates, as the closest to humans;

7. Ethnographic direction, studying anthropological and sociobiological features;

8. Cross-cultural direction, taking into account ethnic, cultural, biological and environmental factors affecting adaptation.

This paper highlights the issues of psychological adaptation and examines existing approaches to its study.

Some psychologists say that humanity has its own adaptation program. The diversity of approaches to human adaptation in evolutionary psychology is represented by several theories: the theory of inclusivity (Hamilton W.D., 1964) can shed light on certain behaviors that contribute to the creation of families; the theory of mutual altruism (Trivers R., 1971) allows you to better understand the mechanisms of formation of social groups and the establishment and maintenance of friendly relations; the theory of the history of life (Hill K., Hurtado A.M., 2009) reveals the features of behavior and motivation that drive people in building various types of relationships throughout life, as well as highlights the reasons why the human race develops and continues differently than other species of living beings (Low B.S., 1998).

Evolutionary psychologists have some advantage in studying human adaptation, as they can imagine how it will manifest phenotypically – humanity is moving towards the development of behavioral flexibility, expanding views on various social issues, the prevalence of humanistic values, individuality, personal meanings are becoming increasingly important, many problems are solved based on the individual characteristics and uniqueness of each a specific case. That is, human adaptation in the future is rather becoming more discrete, designed to perform one specific task (Geary D.C., 2009). In the context of human psychological adaptation, it is quite difficult to talk about one large generalized adaptive mechanism that solves all issues of survival and reproduction, it can be argued that psychological adaptation is characterized by polymorphism and mosaic

(Van Genugten L. et al., 2017).In a broad sense, if we take into account not only biological, but also social and cultural aspects, then adaptation implies not only a change in oneself, but also a change in the external environment, including the ability to change the environment if the current one does not contribute to meeting current needs or carries a danger (Sternberg R.J., 1980, 2019).

Adaptation is also considered as a process of emotion regulation (Thompson R.A., 2019), which is closely related to the process of self-regulation of behavior. Contemporary Authors (Cole P.M. et al., 2017) there are four types of violations of the regulation of emotions, which, in their opinion, are present in the picture of various forms of mental disorders: 1) emotions persist, but attempts to regulate them are ineffective (for example, generalized anxiety and depression); 2) emotions interfere with proper behavior (for example, various disorders of behavior and drives); 3) emotions that are expressed or experienced do not correspond to the current situation (for example, emotional coldness, smoothness, callousness and post-traumatic stress disorder); 4) the change of emotional states occurs excessively sharply or too slowly (for example, bipolar affective disorder).

In the works studying disorders of adaptation and regulation of emotions, there is a connection of disorders in the regulation of the emotional sphere with the use of little adaptive behavior strategies, such as suppression, excessively long thinking about what is happening, without translating thoughts into actions, loss of behavioral flexibility (Aldao A. et al., 2010, etc.).

In the works of the last decade, adaptation is also associated with the concept of psychological stability, which is considered as one of the characteristics of successful adaptation (Smith B.L., 2019, etc.). The definition of psychological stability also undergoes changes over time. The first researchers believed that it follows from the experience gained in childhood. In the future, scientists associated it with intellectual development. In a narrow sense, psychological stability can be considered as a personal trait that manifests itself after the action of a stressful factor. However, in recent studies of psychological stability, there is an opinion that it also cannot be considered in isolation from the environmental conditions. Both biological and social characteristics act as

predictors of successful adaptation: the level of education, behavioral models adopted from the reference group, values and attitudes, personal meanings, cultural characteristics, etc. The difficulty in applying such an integrated approach to the study of adaptation lies in its multidisciplinarity – the need to focus on several criteria for evaluating and analyzing many mutually influencing variables.

Adaptation can be considered successful when a person brings out of a difficult life situation new experience, skills for solving difficulties and improving social relations. Personal growth after exposure to a difficult, stressful life situation is a multifaceted construct, including an increase in the assessment of life satisfaction, the ability to build closer relationships with the environment, an increased sense of personal strength and self–confidence, the skill of finding new opportunities and increasing spiritual development (Herrman H. et al., 2011). SCD can be considered a difficult life situation, leading to tension of the ACM, which will inevitably require some change in their previous ways of functioning, since external and internal conditions require it (Naenko N.I., 1976; Kotsyubinsky A.P., 2004; Bityutskaya E.V., 2007).

Adaptation leads to a relative equilibrium of the insufficiency of habitual ways of personality behavior in conditions of novelty (Tyurina N.V., 2007), thus, it does not do without the participation of the volitional component, various mechanisms of self-regulation of behavior (Duckworth A.L., 2005), coping with stress and reflection. Within the framework of the general concept of adaptation, mental adaptation also appears – a constantly occurring process of optimal adaptation of the body to specific conditions, with overcoming external and internal barriers standing in the way of meeting an urgent need (Kotsyubinsky A.P., 2017). The focus of attention in this work will be the mental and socio-psychological adaptation of the individual. The latter is a process of assimilation by a person of the norms and rules of the society of which he is a member, entering into the existing system of relations in it, requires constant interaction with other people, is reflected in the value-semantic sphere (Romashov O.V., 2001). A number of authors (Ananyev B.G., 2000; Tyurina N.V., 2007) distinguish two types of socio-psychological adaptation: progressive and regressive. The first refers to the successful coexistence of a person in the external environment, where the unity of the goals and interests of the

individual and his environment is achieved. In the second case, adaptation is formal, that is, the acceptance of social norms, self–realization, and the manifestation of creative resources are reduced - a person outwardly seems to be compliant, observing the accepted norms of behavior in the current situation, while internal agreement between their own needs and the outside world is not achieved, personal resources are poorly utilized. Due to exhaustion from a severe chronic disease, social functioning may deteriorate and depressive experiences appear, and due to the specifics of the disease, more often resort to regressive methods of adaptation. It is likely that the potentiation of personality to constructive activity, purposeful and situationally based activity significantly contributes to progressive adaptation (Kotsyubinsky A.P. et al., 2007).

In modern literary sources, coping is considered as one of the elements of psychological adaptation – it is a multidimensional process that requires the inclusion of both the emotional, cognitive, and behavioral spheres of personality. In the late 1970s, R. Lazarus is credited with the transition from the view of coping as a reaction to emotions to the theory that coping is a kind of dynamic process that has its own laws of development. A group of Western researchers conducted a large-scale analysis of coping approaches as a basis for adaptation. It is revealed that the strategies used to resolve difficult situations largely depend on the features of the value-semantic sphere. As such, there is no universal hierarchy of adaptive mechanisms, and the personality relies on emotional or cognitive coping methods (they are also coping strategies, coping mechanisms) depending on personal preferences. The researchers came to the conclusion that a person's ability to cope with difficulties is largely determined by the response of the environment, the social environment. That is, ultimately, the coping strategy chosen by a person affects his adaptation in each specific case (Roy C., 2011).

The adaptation process was also considered through the prism of psychological defense mechanisms (Cramer P., 2000). It is possible to differentiate coping and defense mechanisms based on the status of their awareness or unconsciousness, intentional or unintentional. The clinical significance of psychological defenses is clearly manifested in compliance processes: patients who are not inclined to follow the recommendations of the attending physician often use psychological defense mechanisms. On the one hand,

this allows them to reduce anxiety caused by news about their illness, but on the other hand, it does not allow them to realize the seriousness of the situation, patients may be careless about their state of health, thereby aggravating the course of the disease. Thus, strong positive illusions (essence, projections) in the long term do not contribute to successful adaptation, allowing only situationally to relieve tension (Cramer P., 1998, 2000).

In later works, adaptation is studied in the context of the theory of intelligence, where "adaptively intelligent" behavior is viewed as a biologically, socially and culturally justified way of human survival in its current environmental conditions (Sternberg R.J., 2019). Modern researchers note the relationship between intelligence and adaptability (Gottfredson L.S., 1997). It is known that the presence of a high score in a laboratory study of intelligence does not predetermine the overall social success of an individual (Cianciolo A.T., Sternberg R.J., 2018; Sternberg R.J., 2019, etc.). The processes of general intelligence, which can be measured using intelligence tests, certainly have an adaptive value, since they underlie all forms of intellectual behavior and are universal for different cultures. At the same time, the ways of implementing adaptive behavior will be different and largely depend on the norms of behavior accepted in a particular society. R. Stenberg (Sternberg R.J., 2010) identified the algorithm by which intelligence works in the context of the adaptive function. Firstly, it is the recognition of the presence of a particular problem, secondly, the determination of its nature, thirdly, the mental representation of the problem situation; then comes the formulation of a strategy for solving the problem, after which the effectiveness of the chosen strategy is monitored during solving the problem and in the final evaluation of the effectiveness of the strategy after solving the problem (Sternberg R.J., 1980), which stay close with the theory of self-regulation of behavior. Another important finding was the assertion that a person's intellectual abilities affect only his own adaptation, and these laws are not applicable when it comes to the population as a whole (Sternberg R.J., 2019). For this study, this is relevant, since we are talking about individual value-semantic orientations that are part of the psychological mechanisms of adaptation of a person to a difficult life situation

SCD, as well as to their own emotional and cognitive reactions, as well as the reactions of the social environment in which they find themselves.

Summarizing, we can cite five points that researchers of the last decade (Rutter M., 2006; Herrman H. et al., 2011) identify as the basis for adaptation:

1. The ability to adapt to adverse conditions and resistance to dangers may be due to an individual's controlled ability to take risks, which indicates greater behavioral flexibility than the desire of a living creatures avoid all kinds of risks by any means available;

2. Good adaptation can be due to the peculiarities of the external environment, which do not have a significant impact on a living organism in the absence of stress;

3. Resistance and difficulties of adaptation can be caused by physiological or psychological coping processes and features of value-semantic orientations, and not by external factors;

4. The acquisition of skills that contribute to successful adaptation to current circumstances may be associated with crisis moments, a difficult life situation;

5. The ability to adapt may be limited by biological features or the damaging effects of stress and/or adverse factors on nervous structures.

Compensation is traditionally understood as a protective mechanism of the psyche, a reaction to an obstacle to adaptation (Kotsyubinsky A.P., 2019), which is an attempt to overcome any shortcomings – real or imaginary.

Currently, based on the classification of psychological defenses made by Nancy McWilliams (McWilliams N., 2001), compensation is assigned to mature (secondary) defenses. The author defines this mechanism as overcoming frustration in one area by over-satisfaction in other areas or emphasizing one's strengths in order to hide weaknesses. Compensation manifests itself as the application of additional efforts (Belyaev I.A., 2009), it is closely related to motivational and volitional processes. The concepts of "adaptation" and "compensation" correlate with both normal and pathological processes and phenomena (Kotsyubinsky A.P., 2007).

The presence of a serious illness, both mental and neurological or somatic, leaves a significant imprint on the ACM of the individual, especially if we are talking about a

high disability, with a high possibility of disability (Nikolaeva V.V., 1987; Broytigam V. et al., 1999; Mikhailov B.V. et al., 2002).When we talk about the disease, we can recall the shortest of its definitions – "... life under abnormal conditions", belonging to R. Virchow (1821-1902), suggesting that the appearance of a pathological process is accompanied by ACM tension (Dolgikh V.T., 1997).In the case of the development of chronic disabling diseases, this becomes especially significant, since, as already noted, compensatory reactions are designed to replace the functions reduced or lost as a result of the disease, and adaptive ones are designed to adapt to new conditions of existence caused by the pathological process. At the same time, it is necessary to keep in mind not only biological adaptation, but also the psychological adaptive and compensatory potential of the patient (Ovchinnikov B. V. et al., 2010).

To study the features of adaptation and compensation, two SCD were considered. The first is paranoid schizophrenia, which usually manifests itself at a young age, often leading to early disability (Shaposhnikov N.N. et al., 2016). The second is congenital or acquired myasthenia gravis, which is an autoimmune disease in which pathological fatigue and muscle weakness occur, leading to disorders of movement, self–service, swallowing, breathing, dysphonia and dysarthria (Laysek R.P., 1984; Kuzin M.I., 1996; Sanadze A.G., 2012). Myasthenia gravis affects people of any age, often young. There are high risks of disability, the probability of fatal outcomes, and crises can become severe psychotrauma (Sanadze A.G., 2012; Romanova T.V., 2013).

1.2. Features of ACM in patients with paranoid schizophrenia and in patients with acquired myasthenia gravis

In patients with schizophrenia, the presence of productive and negative symptoms is considered by some researchers as distorted adaptive phenomena (Snezhnevsky A.V., 1975; Kotsyubinsky A.P., 2007; Kolb L., 1973; Heilbrun B. et al., 1985, etc.). Primary

symptoms were considered as direct manifestations of a painful organic process – ambivalence, autism, difficulties in associative thinking, emotional changes. Secondary symptoms of schizophrenia are manifestations of the patient's adaptation to primary disorders. The adaptive, compensatory significance of the development of some forms of delirium was noted, and positive and negative symptoms emerged as forms of adaptation of the individual to the disease and the environmental conditions changed due to the disease, delirium and hallucinations were considered as hyperbolized forms of the protective mechanism of projection.

There is a concept of "the price of adaptation", which consists in pathological adaptation, that is, the difference between a pre-painful level and a morbidly reduced one. It is likely that in schizophrenia, the "price of adaptation" may be the severity of negative symptoms (Volozhin A.I., Subbotin Yu.K., 1987).

Compensation for existing disorders in patients with paranoid schizophrenia involves a decrease in psychopathological symptoms (Semenov S.F. et al. 1979; Belopolskaya N.L., 2015), restoration of social functions (Volovik V.M., Vid V.D., 1989). In the study of A.P. Kotsyubinsky and co-authors (Kotsyubinsky A.P. et al., 2007), five possible ways of mutual existence of a person with schizophrenia, illness and abilities for constructive social activity are given. The authors conduct a "ranking" of these methods "according to the degree of their maturity, that is, effectiveness, completeness." Taking into account the requirements of reality and complete emotional and ideational processing of pathological experiences is, according to the authors, the most highly organized, effective way. At the same time, many patients retain the so–called "double orientation" - when both objective phenomena of the external world and painful phenomena seem equally real. For example, to delusional experiences or deceptions of perception, criticism appears, thanks to which patients can function relatively well in society – psychotic manifestations seem to go into the background. A number of patients have a tendency to rationalize their condition, to find "psychologically understandable" causes of the disease. Some patients show a tendency to "isolate the psychotic from the preserved" (Zenevich G.V., 1964) by displacing painful experiences beyond the limits of the conscious, their deactualization. Sometimes there is a fusion of personality and

manifestations of the disease into a single whole, in which there is a loco-paralogical explanation of the phenomena of psychotic coloring, a "pathological explanation of the pathological". Negative symptoms in schizophrenia A.P. Kotsyubinsky and co-authors (Kotsyubinsky A.P. et al., 2007) are interpreted not as an increase in the deficit of cognitive and social functioning, but as a result of adaptation of the organism in conditions of limited compensatory activity. That is, a person with an emotional and volitional decline, as it were, stops anxiety and excitement in this way. Loss of emotionality, indifference to experiences both external and, subsequently, internal, leads to a decrease in activity.

In this study, psychological ACM are considered, based on their reflection in subjectively perceived psychopathological symptoms, the level of subjective control, life orientations, personal experience of time, as well as from the perspective of the features of self-regulation of behavior.

1.2.1. Subjective perception of psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia in patients with acquired myasthenia gravis

There are a large number of descriptions of psychopathological symptoms in the literature, including features of depression in patients with paranoid schizophrenia. First of all, let's consider the data on the subjective assessment of psychopathological phenomena by patients. From the point of view of the choice of psycho-social rehabilitation tools, it is subjective feelings and self-perception that are important. The degree of frankness with oneself and, then, with the doctor in this matter may be closely related to adaptive-compensatory capabilities and compliance.

In patients with paranoid schizophrenia at the stage of remission, there is a fairly high degree of severity of the overall severity index of subjectively perceived psychopathological phenomena. In addition, anxiety, depression, feelings of somatic

distress, obsessive-compulsive phenomena, hostility, phobic reactions, interpersonal anxiety, paranoia, psychotic manifestations are noted (Dubinsky A.A., Bulygina V.G., 2015; Rychkova O.V., 2015; Yurchenko O.N., 2016), and as a result, high severity symptomatic distress. They are both a manifestation of a painful process and a consequence of the psychotraumatic effect of the disease on the preserved parts of the personality (Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011; Petrova N.N., Vishnevskaya O.A., 2015; Osokina O.I. et al., 2014; Shmukler A.B., 2015; Heatherton T.F., Baumeister R.F. et al., 2005; Hagger M.S. et al., 2010; Wagner D.D., 2011; Inzlicht M. et al., 2014).

In studies of psychopathological manifestations in patients with paranoid schizophrenia according to PANSS, volitional disorders and insufficient control of impulsivity are observed. At the same time, the longer the disease lasts, the less pronounced the concern about somatic manifestations, anxiety and internal tension become (Maltseva E.A. et al., 2014), which can be explained by an increase in volitional disorders and a decrease in criticality as the painful process develops.Difficulties are noted in recognizing one's own and others' feelings, the reactions of others to one's behavior and the ability to predict it (Mitchell J.P., 2006), the ability to reflect decreases (Barch D.M., 2005; Lysaker P.H., Dimaggio G., 2014), that is, the formation of synthetic images and ideas about oneself and about others (Papsuev O.O. et al., 2015).

The severity of depressive states in patients with paranoid schizophrenia at the stage of remission formation according to domestic sources varies from 25% to 80% (Maltseva E.A. et al., 2014; Barch D.M., 2005; Lysaker P.H., Dimaggio G., 2014). A.P. Kotsyubinsky gives an even wider range – from 7 to 70% of cases of depressive states in patients with schizophrenia (Kotsyubinsky A.P., 2017). Foreign publications report that depressive disorders in schizophrenia account for about 40%, but the stage of the disease (early or chronic) and the condition (acute or post-psychotic) They also affect the figures, which can vary significantly depending on these factors (Conley R.R. et al., 2007; Upthegrove R. et al., 2010). In acute episodes, the indicators reach up to 60%, while in the post-psychotic state, the severity of depression from moderate to severe is in the values of 20% with a long course of the disease and 50% after treatment of the first episode (Upthegrove R. et al., 2010). If we look at the frequency of manifestations of

depression among all cases of schizophrenia, without taking into account the duration, then up to 80% of patients experience a clinically significant depressive episode once or more (Shaposhnikov N.N., Sitchikhin P.V., 2016).

Patients with schizophrenia who reveal depressive experiences were more likely to experience mental deterioration, they had more social problems, suicide risks were higher, there were low indicators of life satisfaction, family relationships, as well as less adherence to treatment (Conley R.R. et al., 2007).In some modern foreign studies, it is noted that depression increases the risks of self-stigmatization, patients experience difficult feelings to experience, such as shame, guilt for their illness, loss of confidence in themselves and the world, a decrease in the motivational component (SandhuA. et al., 2013).

A.B. Smulevich notes that most of the depressions in schizophrenia are formed outside the framework of the reactive process (A.B. Smulevich, 2003). Depression, at the same time, acts as an integral part of the schizophrenic process (Oleychik I.V., 2009). Mainly, attention is drawn to the content of the ideatory sphere – this, in the words of S.Yu. Tsirkin, "depression of the spirit", dominated by feelings about the meaninglessness of life, loneliness, doomed to a gray and limited life, devoid of joy and sensual pleasures (Tsirkin S.Yu., 2012). Aron Beck defined the "cognitive triad" in depression as follows: life is meaningless, the future is hopeless, and the self is worthless (Beck A.T., 1970).

There are several opinions about the relationship between depression and schizophrenia. Firstly, it is a person's reaction to the presence of a mental illness, "to a psychotic experience" (Smulevich A.B., 2003). Secondly, depression may be the main manifestation of the schizophrenic process, since affective symptom complexes occur in the clinical picture of the disease even before the start of drug therapy. Thirdly, depression can act as a consequence of side effects of antipsychotic therapy (Kotsyubinsky A.P., 2017).

The structure of depression in patients with paranoid schizophrenia is dominated by hypo-thymia, a sense of hopelessness, and ideas of self-abasement. It is interesting to observe that patients with paranoid schizophrenia with depression often have an asthenic type of remission, and patients without depression are characterized by a paranoid type

of remission (Petrova N.N., Vishnevskaya O.A., 2015). Probably, the asthenic type of remission with depressive manifestations is a variant of "extreme" adaptation to life in the disease. Opportunities to meet current needs are reduced, a person reduces his energy potential, falls into depression, and thereby practically solves the problem of satisfying needs – their number in this state is small and is often limited to vital and uncomplicated social, simple in their implementation. There is an assumption that patients with schizophrenia with a paranoid type of remission successfully compensate for the existing mental illness by the mechanisms described above – either "de-actualization" (Zenevich G.V., 1964) of psychotic experiences occurs, or their dissimulation (Lichko A.E., 1989).

In the study of Petrova N.N. and Vishnevskaya O.A., it was found that in a quarter of patients with paranoid schizophrenia, the development of depression was preceded by psychogeny (Petrova N.N., Vishnevskaya O.A., 2015). Undoubtedly, chronic mental or somatic suffering is in itself the strongest psychogeny, that is, it is a constantly existing difficult life situation affecting a person (Golovin S.Yu., 1998), the tolerance of a living organism to stress factors decreases, the readiness for the emergence or aggravation of painful experiences increases.

Depressive experiences play a significant role in the prognostic assessment of the patient's condition (Nadzharov R.A., Smulevich A.B., 1983; Kinkulkina M.A., Ivanets N.N., 2009; Shmukler A.B., 2015; Shaposhnikov N.N., Sitchikhin P.V., 2016; UpthegroveR. et al. 2010; SandhuA. et al. 2013). There is a theory that depression in endogenous procedural disease is precisely the reaction of the individual to the disease (Kinkulkina M.A., Ivanets N.N., 2009). According to another version, with the extinction of psychotic production, depressive symptoms are "revealed", depression in schizophrenia is considered in the key of negative symptoms, especially since they have a phenomenological similarity. On the third hand, psychosis depletes a living organism, and depression can be considered in this context as a biological reaction (Neznanov N.G., Ivanov M.V., 2021).

Patients with myasthenia gravis may also have psychopathological reactions – high anxiety and sensitivity to stress, depressive states (Petrova N.N., 2005; Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009). The following factors play a role in their development: personal

structure, peculiarities of the course of the disease and attitudes towards it, semantics of the diagnosis – the danger to life with which it is associated (Smulevich A.B., 2001). The probability of fatal outcomes and crises can become a severe traumatic situation (RohrW., 1993; KulaksizogluI.B., 2007). All this reduces the quality of life (Konkova D.Yu., Karnauh D.N., 2016) and, despite the formal preservation of the mental activity of patients with myasthenia gravis (at least in the early stages of the disease), they are forced to psychological assistance (Romanova T.V., 2013; KulaksizogluI.B., 2007).At the same time, the personality characteristics of patients with myasthenia gravis (Rohr W., 1993; Ruddy R., House A., 2005, etc.), which could become targets for the indication of psycho-social rehabilitation effects, are less studied than the characteristics of patients with paranoid schizophrenia.

Patients with myasthenia gravis undoubtedly face no less difficulties in adapting to changed living conditions and compensating for existing disorders than patients with mental disorders. This pathology significantly limits a person's vital activity, often posing a threat to life, is a difficult life situation, has a traumatic effect (Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007). Myasthenia gravis is a chronic autoimmune disease characterized by pathological fatigue and muscle weakness (Sanadze A.G., 2012), affects people of any age, often young. At the same time, the ability to self-care, movement may be significantly impaired, difficulties in breathing, swallowing, articulation and voice formation may occur (Laysek R.P., 1984; Kuzin M.I., 1996), which often causes disability. They need long-term drug therapy, sometimes surgical interventions (Kuzin M.I., 1996). Patients with myasthenia gravis demonstrate a low level of stress tolerance, while paradoxically showing a desire to resolve difficult life situations independently, they are highly demanding of themselves. Egoprotective reactions in the form of self-accusation prevail among them, but, at the same time, responsibility for the committed acts is often denied, due to "mitigating circumstances". Thus, the ways of coping with stress in these patients turn out to be ineffective or weakly effective (Romanova T.V., 2013). The transfer of responsibility and the search for "mitigating circumstances" can be phenomena of compensation for existing violations, and increased attention to one's achievements and the desire to comply with social norms

are elements of the work of adaptation mechanisms. In the first case, the integrity of self-image is preserved, that is, difficulties and errors arising in any kind of activity are attributed to weakness, fatigue, unfavorable circumstances, etc. In the second case, self-demanding may indicate high reflection and awareness of actions, the desire to optimize the functioning of the body (as a complex system) in interaction with the external environment (Kotsyubinsky A.P., 2017).

Patients with myasthenia gravis have a tendency to suppress anger, a high frequency of compulsive behavior compared to healthy people, and a high degree of autoaggressive impulses (Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009; Rohr W., 1993). Successful adaptation and compensation of existing disorders in patients with myasthenia gravis contributed to the search for meaning in what is happening and turning to religion (KnielingJ. et al., 1995, 1998).

Clinically pronounced depression developed in 75% of the examined patients with myasthenia gravis. It can be characterized as an anxiety depression with internal tension (Petrova N.N., 2005; Zaslavsky L.G. et al., 2015).

When comparing the frequency of anxiety and depression, it was found that for patients with myasthenia gravis, an increase in situational anxiety is more characteristic, and the greater the severity of the disease, the more pronounced the anxiety becomes. The severe course of the disease leads to a breakdown of the adaptive mechanisms of the psyche, this also affects the compliance of patients – there is a decrease in accuracy and accuracy in the implementation of medical recommendations (Konkova D.Yu., Karnauh D.N., 2016). This is probably due to an increase in anxiety to such a level that it no longer mobilizes a living organism, but begins to disorganize its activities. Then a decrease in compliance can be considered as an "anti–anxiety" action – the onset of indifference to therapeutic measures acts as a compensatory mechanism similar to the one described above in the case of patients with schizophrenia - apathy helps to relieve internal emotional tension (Kotsyubinsky A.P., 2017). Thus, SCD again manifests itself in the form of a difficult life situation that a person has to face (Bityutskaya E.V., 2007) and which causes a strong strain in the work of the ACM. Patients with myasthenia gravis have a high degree of symptomatic distress and, in addition to depressive and anxious

experiences, there are feelings of somatic distress, obsessions, fears, alertness (Kudryashova V.Yu. et al., 2020).

1.2.2. Life orientations, level of subjective control and subjective experience of psychological characteristics of time in patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis

The philosophical and psychological side of the question of "being in the world" for serious mental disorders, such as schizophrenia and depression, was raised by L. Binswanger (Binswanger L., 1970, 1988) and H. Tallenbach (Tellenbach H., Pélicier Y., 1979). Despite the wide knowledge of psychological mechanisms in patients with schizophrenia, the issues of their value-semantic orientations remain open for discussion. The value-semantic sphere in patients with myasthenia gravis is poorly covered in literary sources today, which also leaves room for scientific analysis.

Some researchers distinguish the so-called position of "positive care" in patients with schizophrenia, that is, the patient's independent detachment from social relations in combination with the preservation of weak ties with the environment (Corin E., Lauzon G., 1990). E. Korin (Corin E., 1990) in the study of life meanings in patients with schizophrenia notes a characteristic tendency to find in crowded places with simple social communication models (for example, a shop or cafe near the house, nearby parks and streets), however, they practically do not come into contact with the people there. This allows patients with schizophrenia to be within the so-called "social framework". In building relationships with the outside world, patients with schizophrenia have two multidirectional tendencies: on the one hand, isolation from the world, immersion in their experiences, extreme attentiveness to inner life, and on the other – a tendency to cling to others, literally – "wood and glass" (Obukhov S.G., 2007).

From the point of view of humanistic positions, personality is interpreted as an integral system with a certain degree of freedom from external determination due to the meanings and values that guide it (Ilyichev L.F., 1983; Zhdan A.N., 1990; Zorin V.I., 2002; Hjell L., Ziegler D., 2004; Karavaeva T.A., Kotsyubinsky A.P., 2018, etc.). Undoubtedly, this peculiarity qualitatively determines the pattern of behavior and the overall picture of the life of the procedural patient (Parnas J. et. al., 2005; Gross G. et. al., 2008; Conerty J. et. al., 2017; Sass L. et. al., 2017a, 2017b).

Foreign sources cite the so-called EAWE model, which serves to identify six key dimensions of subjectivity, namely, human experience: (1) space and objects, (2) time and events, (3) other people, (4) language (oral or written), (5) atmosphere (general feeling reality, familiarity, vitality, meaning or relevance) and (6) existential orientation (values and worldview) (Sass L. et. al., 2017a, 2017b). A person needs a system of meanings that reflects the orientation of the personality, goals for life, the meaningfulness of choices, assessments and the formation of relationships with reality – in particular, satisfaction with self-realization, the ability to take responsibility for what is happening and a sense of controllability of life processes (V.E. Chudnovsky, 1999; S.N. Gonchar, 2012).A sense of the controllability of life, its fullness of meanings allows a person to perceive emerging difficulties as a kind of challenge requiring creative solutions (HerrmanH. et al., 2011). The absence of individually significant and understandable meanings in life leads to dissatisfaction and a decrease in social adaptation (Yalom I., 2014; Leontiev D.A., 2009; Osokina O.I. et al., 2014; Leventhal D.F.T., 2015; Sass L. et al., 2017a, 2017b).

In studies of life-meaning orientations in patients with schizophrenia, it is noted that there is a weak expression of goals for the future that give meaning, direction and time perspective to life (Volkova O.N., 2009; Vityutina T.A., 2010; Kulikov S.A., 2011; Petrova N.N., Vishnevskaya O.A., 2015). They are characterized by fatalism, the belief that life is beyond conscious control, and freedom of choice is an illusion, so it makes no sense to think of anything for the future (Osokina O.I. et al., 2014; Kudryashova V.Yu. et al., 2019; Kelley W.M. et al., 2015; Flower D., French P., 2019). Distortions in the

perception of one's self are reflected in the weakening and violation of vital meanings and supports (Sass L. et al., 2017a, 2017b; Merleau-Ponty M., 2012).

In studies of the level of subjective control in patients with schizophrenia, a low level of internality is noted. Patients tend, for the most part, to transfer responsibility for their lives and the events independent of external factors and other people (Kozlova, E. M., Suvorova A.V., 2009; Hanko A.V., 2014; Kudryashova, V. Yu., 2019).

Time is obviously the basic dimension of worldly experience. However, basic or implicit temporality (Gross G., 2008; Sass L. et al., 2017a, 2017b), what William James (James W., 1890) called the "visible present", is also a marker of a person's self-perception. The subjective perception of the psychological characteristics of time is one of the patterns that determine the spatial–temporal organization of the psyche, which changes under different mental states (Wasserman L.I. et al., 2005). The disease generates the experience of a depressive series (Petrova N.N., Vishnevskaya O.A., 2015; Shmukler A.B., 2015), correlating with the parameters of negative affectivity are, first of all, apathy, mental asthenization, anergy and cognitive disorders (Smulevich A.B., 2003). Depression, in turn, changes the perception of the present, past and future (Wasserman L.I. et al., 2005; Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011). Patients with schizophrenia have a negative attitude to the present, a violation of psychological connection with reality, confusion, insufficient emotional and cognitive involvement in what is happening, the rhythm of life is perceived as broken, poorly amenable to conscious control (Kudryashova V.Yu. et al. 2020). The past, on the contrary, is idealized. Patients with schizophrenia, as the painful process develops, gradually lose their criticality, cease to adequately perceive their capabilities, starting to assess the future too optimistically (Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011). Due to the peculiarities of perception, logic and cognitive processes in patients with schizophrenia (Yanushko M.G., 2010; Lebedeva G.G., 2017; Stepanova A.V. et al., 2017; AmadorX.F., DavidA.S., 2004; etc.), they assess the time prospects as unrealistic, poorly felt, shaky, closed on the events of their private life.

Despite the unfavorable emotional background, patients with myasthenia demonstrate the possibility of relying on internal meanings, value attitudes. They are able

to set realistic goals for themselves, enjoy the very flow of life, the results of their activities and take responsibility for their contribution to what is happening (Kudryashova V.Yu., 2020).

When studying the subjective perception of psychological characteristics of time in patients with myasthenia gravis, it was found that despite the reduced satisfaction, the emerging feeling of irreversibility and low controllability of life, they have enough personal resources to maintain a relatively stable perception of reality (Kudryashova V.Yu., 2020). Also, despite some features of the cognitive sphere (Shinina T.V., 2011), they do not have cognitive disorders specific to patients with schizophrenia (Yanushko M.G., 2010; Zaitseva Yu.S. et al., 2011), which ensures the indivisibility of the cognitive structure of time and contributes to better psychological stability (Wasserman L.I. et al., 2005). In the perception of the future, patients with myasthenia gravis tend to prefer not the most optimistic projections (Kudryashova V.Yu., 2020). This is due to the fact that, as a rule, their criticality is preserved and they are aware of the limitations that the disease will impose on them in most of their lives (Petrova N.N., 2005; Konkova D.Yu., Karnauh D.N., 2016; Nalkin S.A. et al., 2018).

Thus, patients with myasthenia gravis, despite the presence of distress from SCD (Nikolaeva V.V., 1987) and periodic increased attention to their unpleasant experiences associated with physical suffering and the changes that it brings to the usual way of life (Grigorieva V.N., Thostov A.Sh., 2009; Zaslavsky L.G. and others, 2009; Romanova T.V., 2013; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007), nevertheless, are open to participation in events that go beyond the situation of the disease. At the same time, it is necessary to take into account the possibility of transformation of the features of their cognitive functions and psychological state against the background of stabilization or deterioration of the course of the disease (Moran J.M. et al., 2006).

1.2.3. Self-regulation of behavior as an aspect of psychological ACM. Definition of the concept and its features in patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis

The extent to which a person's adaptation will be effective largely depends on the peculiarities of the nervous system, the degree of adequacy of self-perception and relationships with other people, the proportion of needs and opportunities, awareness of the motives of behavior. With the distortion of ideas about oneself and the external environment, the level of adaptation inevitably decreases, which can lead to a decrease in social functioning. It is generally believed that there are some relatively stable personal characteristics that play a role in adapting to a variety of conditions. One of them is self-regulation of behavior (Bubnova I.S., Tereshchenko A.G., 2016).

The concept of self-regulation of behavior is ambiguous in the subject, structure and mechanisms of implementation (Rasskazova E.I., 2014). It can be considered as a conscious, creative mechanism regulating the motivational-need sphere, behavior, managing the setting and achievement of goals (Derkach A.A., Zazykina V.G., 2003; Volkova O.N., 2009) and the organization of activity, including the restoration of strength, efficiency and, most importantly, it transformative activity that organizes the actions of an individual and his functioning in the external environment (Volovik V.M., Vid V.D., 1989; Hofmann W. et al., 2012).

The first steps towards the study of self-regulation of behavior were made by L.S. Vygotsky in the 20s of the twentieth century, who considered the primary not the generation of action, but "self-mastery" (Chuprikova N.I., 2007; Seina S.A., 2009; Chereneva E.A., 2009). Self-regulation is mediated by a sign system, combines various mental functions into a single functional system that performs, in fact, the regulatory function itself (Vygotsky L.S., 1983). According to one version, a distinctive feature of "self-mastery", self-regulation, is that this process is directed not so much at the outside world as at oneself (Kalin V.K., 1983; Bubnova I.S., Tereshchenko A.G., 2016). Self-regulation of activity is aimed at bringing human capabilities in line with the requirements

of this activity (Osnitsky A.K., 1986). According to another version, a special regulatory meaning is manifested in a person's relationships with others (Mislavsky Yu.A., 1991). B.V. Zeigarnik described self-regulation as a conscious process aimed at controlling their behavior. She distinguished two levels of self–regulation: the first is operational and technical, which is a conscious process of controlling one's behavior. The second is motivational, where the general orientation of activity is organized by managing one's own motivational and need sphere (Zeigarnik B.V., 1986; Rasskazova E.I., 2014).

Ensuring the process of self-regulation involves the use of at least four psychological components by a person:

1. The ability of a person to be aware of his behavior and correlate it with the rules and norms adopted in this society, while not focusing on it for too long. It is also worth noting that the tendency to focus on one's own personality, inherent in depressive patients, as well as the reactions of an inrapunitive orientation characteristic of this mental disorder, enhance an unfavorable emotional background (Moran J.M., 2006; Heatherton T.F., 2011a). Patients with schizophrenia have violations of the "sense of self" and difficulties in introspection, which can lead to an inability to realize and accept the fact that they have a mental disorder (Amadora H. F., David A. S., 2004), difficulties in distinguishing external stimuli from internal ones, which is most likely due to sensory disorders and auditory deceptions perceptions (T. Ditman, Kuperberg G. R., 2005; Heatherton T. F., 2011a).

2. Mentalization (MitchellJ.P., 2006), that is, the ability to recognize the reactions of others to their behavior and the ability to predict their reaction in response to one or another of their actions.

3. One of the fundamental needs of a person is belonging to a social group. Accordingly, it is necessary to have a developed strategy for detecting the status of inclusion in a particular significant group or situation (Macdonald G., Leary M.R., 2005) and the ability to notice any threat to this. It is proved that the behavior of people who are characterized by external reference and excitement about the assessment of others is more in line with social norms, they have better developed communication skills (Gardner W.L. et al., 2000).

4. A mechanism is required that would regulate the inconsistencies between one's own expectations and the real state of affairs, as well as participate in the formation of behavior to resolve the existing contradiction (Heatherton T.F., 2011a).

In an extensive meta-analysis for 2006-2017 (Hennessy E.A., 2020), the multi-stage process of self-regulation of behavior is also noted, it occurs simultaneously in three dimensions:

1. Emotion regulation as the ability to manage and respond to emotional experiences.

2. The cognitive aspect, in the form of managing the focus of attention, taking into account the speed of perception of information and response to the stimulus, assumptions about the future consequences of their actions.

3. Self-esteem, self-affirmation, self-efficacy (Van Genugten L. et al., 2017).

The process of self-regulation is deeply involved in behavior aimed at maintaining health and cannot be considered in isolation from the environment (Van Genugten L. et al., 2017). Currently, various techniques are used in clinical practice to improve self-regulation of behavior based on both biological and psychological aspects of human life. In particular, various breathing techniques and meditation are used, which contribute to the regulation of the processes of the autonomic nervous system in moments of coping with stress, anxiety, and low mood. Studies of the last 30 years have noted the positive effect of cardiorespiratory synchronization on the process of self-regulation. During stress, there is a decrease in the level of cardiorespiratory synchronization, which negatively correlates with the activity of the sympathetic nervous system (Zhang J. et al., 2010), rapid heartbeat, irregular breathing appears (Jerath R. et al., 2015). During meditation, due to slower and deeper breathing, cardiorespiratory synchronization occurs, which activates the work of the parasympathetic nervous system and promotes relaxation (Zhang J. et al., 2010; Guglietti C.L. et al., 2013). Stress and depression are also associated with increased activity of the amygdala. There is an assumption that reducing this excitatory effect may be a potential treatment. Low-intensity vagus nerve stimulation causes prolonged slow hyperpolarization of neurons in the cerebral cortex (Zhang J. et al., 2010). Gradually, this process causes calming and gives a person more opportunities

to control impulses, make more meaningful decisions and increase awareness (Wu L. et al., 2009). In patients with schizophrenia, a decrease in the level of cardiorespiratory synchronization is detected, which indicates a violation of the processes of inhibition in the brain stem, respectively, breathing practices and meditation can also be useful for them to normalize arousal. During deep breathing, there is a greater saturation of the blood with oxygen, which also contributes to the processes of normalization of the central nervous system. Given the close connection between breathing, the activity of the autonomic nervous system and the emotional component, it becomes obvious that people have the ability to change emotional states using voluntary control of breathing and thinking, which also refers to one of the mechanisms of self-regulation of behavior. In modern clinical practice, the basics of meditation and breathing practices are sometimes used, however, they have not yet been widely used due to the duration of use to obtain a lasting effect and the need for special training. With high anxiety and tension, motivation to practice meditation and deep breathing may be low, and prevailing negative thoughts may negatively affect the regularity of meditation practice. Breathing techniques and meditation can be used as additional measures to help people suffering from anxiety disorders, mood disorders and adverse effects of environmental factors on their mental state (Zhang J. et al., 2010).

Personal self–regulation is a specific activity of a person aimed at transforming his psychological state.

The process of self–regulation develops throughout life - from the earliest to the most mature age. This development is nonlinear, step–by-step, hierarchical process is implemented according to the cascade principle - when lower-level abilities are combined into complex structures corresponding to the development of the physical and nervous systems of the body. From the point of view of physiology, the continuum of self-regulation of behavior simultaneously involves ascending (reactive, "bottom-up") and descending (intentional, "top-down") processes of regulation of the central nervous system. Ascending processes are automatic, do not require the inclusion of mental processes, while descending processes require greater awareness, inclusiveness and proceed at a slower speed. Such a network, parallel, recursive model of information

processing in the brain does not lend itself to strict localization. However, brain nodes involved in top-down processes include the anterior cingulate cortex, ventrolateral prefrontal cortex, ventromedial prefrontal cortex (involved in risk and fear processing, as it is crucial for regulating amygdala activity) and dorsolateral prefrontal cortex. Subcortical areas, especially the thalamus and hippocampus, are also indirectly involved in top-down regulation (Nigg J.T., 2016). These processes ensure the work of attention and memory necessary to improve adaptation or achieve goals when no active actions are taken at the moment and the emotional state is not clearly reflected in behavior. For example, during meditation and breathing practices, the content of RAM and affect are regulated. Attentive attitude to the shades of intonation, facial expressions and gestures of the interlocutor to improve mutual understanding is also the fruit of the work of the "top–down" processes. But when attention is captured by a threat signal, it is regulated by a bottom-up process, which manifests itself in a quick reaction, a pronounced affect, an active action, sometimes becoming necessary for survival. The development of skills of self-regulation of behavior requires the work of the "top-down" system, since it is more responsible for impulse control (Hofmann W. et al., 2012; Nigg J.T., 2016).

In instrumental studies of self-regulation by means of MRI in people with a psychiatric history, the following features were found. The ability to learn self-regulation both "top-down" and "bottom-up" does not depend on the presence of a psychiatric diagnosis. This finding is of great importance for the rehabilitation of psychiatric patients, meaning that they can train both impulse control skills and skills of rapid and decisive action in response to environmental stimuli that carry a potential threat. Curiously, the ability to self-regulate in patients with psychiatric diagnosis did not depend on age, whereas in the health group, the ability to self-regulate decreased somewhat with age. It turned out to be no less interesting that psychiatric patients demonstrated an even better ability to self-regulate than people who do not suffer from a mental disorder, respectively, good self-regulation does not always represent the normal functioning of the brain. This may be due to the fact that people suffering from a mental disorder have a different picture of MRI at rest from healthy people, they also demonstrate a greater ability to defocus attention, detachment from the task. In part, this may be a reflection of painful experiences

– for example, patients with depression spend more time in "wandering" thoughts, reflections that do not have a specific goal and any productive orientation (Skouras S., Scharnowski F., 2019).

At the moment, there is no consensus in the scientific community as to whether the same parts of the brain are responsible for regulating emotions and regulating behavior, but it is noted that they largely overlap each other. The dorsolateral parts of the frontal lobes, the dorsal premotor cortex, medial premotor areas extending to the anterior median cingulate cortex, areas around the intraparietal sulcus and parts of the anterior insular/frontal operculum are distinguished as zones involved in the processes of emotional and behavioral self-regulation. Presumably, a set of executive functions, usually associated with the regulation of behavior, mediates the regulation of emotions (Langner R. et al., 2018).

Disturbances in the regulation of emotions give rise to anxiety reactions, which are included in the picture of many mental disorders. Studies have been conducted in which emotional self-regulation was studied through manifestations of increased anxiety and negative beliefs about oneself. In the MRI picture in healthy people, the reassessment of negative experiences is accompanied by activation of the frontal-parietal regions of the brain involved in cognitive control and language processing. When re-evaluated, healthy subjects analyzed the same information, but already at rest. There is no clear answer yet whether the anxiety manifestations are associated with a malfunction of the frontal-parietal regions, although after a course of cognitive behavioral therapy, positive changes are noted in these parts of the brain. The authors note the importance of both cognitive reassessment of what is happening and emotional living of the experience gained, acceptance of what happened, in order to increase adaptive capabilities. Acceptance in this case differs from cognitive reassessment by the willingness to live emotions and thoughts in their continuous flow, from moment to moment, without trying to change them or avoid them. Both for reassessment and acceptance, conscious attention control is necessary in order to minimize excessive emotional reactivity. Reassessment relies on a controlled search for semantic information to change the interpretation of the stimulus. Acceptance uses control and an arbitrary focus of attention to free oneself from the usual

patterns of information processing and emotional response that generate negative thoughts and maladaptive emotional and behavioral reactions. Thus, acceptance is a conscious, clear strategy for regulating one's condition (Dixon M.L. et al., 2019). MRI shows that mindfulness and acceptance practices (Wu L.et al., 2009; Jerath R. et al., 2015) are associated with fronto-parietal interaction. The subjects who reported difficulties in emotional regulation in self-reports revealed less involvement of the frontal-parietal regions in the process of emotion regulation during instrumental research. When using strategies of reassessment and acceptance, patients suffering from anxiety, negative thoughts and social difficulties effectively coped with unpleasant emotions, and also showed improvements in the work of the frontal-parietal areas that support downward ("top-down") regulation of emotional processes (Nigg J.T., 2016; Dixon M.L. et al. 2019).

In the context of the SCD, it is important to maintain a certain lifestyle – the essence, this is one of the aspects of self-regulation (Hennessy E.A., 2020). Self-regulation involves a critical balance between striving to meet an urgent need and the ability to control one's thoughts, behavior and emotions (Heatherton T.F., 2011b; Kelley M.W. et al., 2015; Van Genugten L. Et al., 2017). The more a person is able to independently control his behavior, the better mental health he shows (Duckworth A.L., Seligman M.E., 2005).

To achieve this goal, the individual needs to make various efforts in self-regulation: both aimed at achieving the desired and preventing undesirable manifestations (Kalashnikova Yu.O., 2010; Higgins E.T., 1997; Shah J.Y., 2005). Undoubtedly, this is important in health matters (Heatherton T.F., 2011b). It is assumed that the leading style of self-regulation in everyday life is the preferred way to control impulses (Duckworth A.L., Seligman M.E., 2005; Hofmann W. et al., 2012). The impulse is understood as the desire to realize the emerging need for behavior, and the strength of the impulse is directly proportional to the probability of the implementation of this mode of behavior (Mischel W. et al., 1989; Metcalfe J., Mischel W., 1999).

The reasons for the differences in the ability to self–regulation are still unclear - they are associated with morphological features of the brain (Heatherton T.F., 2011b; Kelley M.W. et al., 2015), and with personal characteristics (Katsero A.A., Kobzar A.V.,

2014; Karavaeva T.A., Kotsyubinsky A.P., 2018). It is noted that a person becomes more impulsive under the influence of negative emotions, the ability to self-regulation decreases, possibly due to a difficult situation in the social sphere due to an unfavorable set of circumstances, trouble due to a serious illness. As a result of the weakening of self-regulation, he becomes more vulnerable to momentary pleasures, less focused on the implementation of large life projects that require more effort, but ultimately bring more satisfaction (Baumeister R.F. et al., 2005; Oaten M. et al., 2005; Killgore W.D., Yurgelun-ToddD.A., 2006; HaggerM.S. etal., 2010; HeathertonT.F., 2011a; Wagner D.D. et al., 2012). A decrease in the ability to self-regulate is also possible against the background of asthenia, which, in turn, affects motivational processes (Inzlicht M. et al., 2014). Thus, in a number of situations, attempts by an individual to self-regulate behavior can temporarily deplete personal resources and thereby reduce the overall level of self-regulation (Baumeister R.F., Heatherton T.F., 1996, 2011a).

In relatively new works on self–regulation (Inzlicht M. et al., 2014), the assumption is voiced that self-regulatory exhaustion affects a change in motivation - this manifests itself in a departure from participation in active control of one's thoughts, feelings and actions, the desire to receive pleasant impressions and pleasures, which largely echoes motivational disorders in schizophrenia (Snezhnevsky A.V., 1983; Zhmurov V.A., 1994, 2012).Will begins to act as one of the main regulatory mechanisms of behavior (Selivanov V.I., 1982; Katsero A.A., Kobzar A.V., 2014).

Behavior management, as the painful process develops, it becomes difficult. A healthy and self-confident person usually does not feel helpless, emptiness inside and has got no difficults with goal-setting (Vid V.D., 1993, 2001; GrebenS., 1987; White C. et al., 1987). A patient with schizophrenia, who has a pronounced weakness of the Ego (Zalutskaya N.M., 2005), is characterized by a subjective feeling of his own fragility, anxiety, fear and confusion, a violation of cognitive activity (Yanushko M.G., 2010; Zaitseva Yu.S. et al., 2011), depressive states and the experience of loneliness are frequent (Morosanova V.I., 1998).

For the selection of effective interventions in psycho-social rehabilitation measures, it is worth considering in more detail the common "error" of self–regulation -

procrastination (Guglietti C.L. et al., 2013), which is characteristic not only of people suffering from SCD, but also in some cases occurs in conditionally healthy individuals. Procrastination is procrastination or voluntary delay of planned and necessary and/or personally important activities, despite the expectation of potential negative consequences that outweigh the positive effects of delay (Rebetez M.M. et al., 2017). Procrastination is one of the strongest correlates of impulsivity.Researchers distinguish 4 composing impulsivity: 1) intemperance (tendency to strong reactions, often in conditions of negative affect); 2) unintentional (inability to take into account the consequences of their actions before implementing them); 3) insufficient perseverance (reduced ability to stay focused on the task if it is difficult or boring); 4) search for sensations (tendency to have fun and do pleasant things) (Guglietti C.L. et al., 2013; Klingsieck K.B., 2013). Urgency, inadvertence and lack of perseverance are associated with the cognitive sphere and mechanisms of self-control, while the search for sensations depends on motivation. It is proved that pronounced procrastination is associated with both high impulsivity and the appearance of unpleasant reflections and dreams. Rumination, in turn, is interconnected with intemperance, a tendency to act rashly in response to unpleasant environmental events, and a tendency to dreaminess is associated with a lack of perseverance (Guglietti C.L. et al., 2013). These features echo the motivational and cognitive impairments inherent in patients with schizophrenia, who are often characterized by postponement of the implementation of important tasks, as well as impulsive, excessive commitment to any occupation (Vid V.D., 1993, 2001; Zalutskaya N.M., 2005; Zaitseva Y.S. et al., 2011; Budza V.G. et al., 2014; GrebenS., 1987; White C. et al., 1987). In choosing styles of self-regulation, patients with schizophrenia are more inclined to planning and independence (Kudryashova V.Yu. et al., 2017) – which again is reflected in autistic fantasizing with a pronounced delay or lack of realization of ideas, which is characteristic of this category of patients (ChadwickP. et al., 2005; Visser K.F., 2018; Lam A.H.Y. et al, 2020). In addition, patients with schizophrenia suffer from self-regulation of the emotional sphere, rational assessment of the results of their activities and reduced behavioral flexibility (Kudryashova V.Yu., 2019).

Disorders of self-regulation in patients with schizophrenia may also be associated with difficulties differentiating their emotions and their weak controllability (Chadwick P. et al., 2005; Visser K.F., 2018; Lam A.H.Y. et al, 2020).

Another reason for the decrease in self-regulation is the inconsistency of individual acts of human behavior with the peculiarities of the external environment and the stimuli that cause them (Berdnikov D.V., 2014). Patients with schizophrenia, first of all, have disorders in activities that require external feedback, while arbitrary forms of activity that do not require interaction with others remain relatively intact (Ivashev S.P., 2010).

It is noted in the literature that self-regulation of behavior can be learned. Studies are presented in which people with SCD of various nosologies, through the training of self-regulation skills, noted relief of the condition, and also demonstrated greater adherence to treatment than before learning the basics of self-regulation (Weidner G. et al., 2015). Of the many styles of self-regulation of behavior, each individual can choose different ways of self-regulation, and adhere mainly to one favorite strategy, which will reduce the flexibility and adaptability of his behavior (Belyaev I.A., 2009; Volkova O.N., 2009; Lebedeva N.M., Ivanova E.A., 2013).

If a person is aware of what is happening to him, then his actions are also conscious – therefore, he has a choice of means to achieve his goals, he understands why he achieves the goal, gives it personal meaning, analyzes the results of his actions and, if necessary, makes appropriate adjustments to behavior. In domestic research (Konopkin O.A., 2004, 2010, 2018) there are two aspects that carry out self-regulation of behavior:

1. Structural and functional, which allows us to identify a single functional structure that regulates various types of arbitrary human activity (Konopkin O.A., 2005). Here we find an intersection with the links of the chain of self-regulation of behavior already noted above (Volovik V.M., Vid V.D., 1989; Derkach A.A., Zazykina V.G., 2003; Volkova O.N., 2009; Rasskazova E.I., 2014; Hofmann W. et al., 2012) – setting a goal, determining the necessary resources to achieve it, developing a plan for its implementation, understanding the criteria for achieving the desired result, monitoring and evaluating intermediate actions and the final product of the activity, as well as the ability to make adjustments at any stage of the process (Konopkin O.A., 2004; Gross J.J.,

1998). The described steps should be coordinated with each other, ensuring continuous interaction with each other and turning large information layers from the external and internal world from an indefinite substance into meaningful and logical chains of connections (Abramova N.T., 1974; Anokhin P.K., 1978).

2. Content-psychological, which ensures the complementarity of the process of self-regulation to the requirements of the activity performed and reflects an extensive palette of mental characteristics of a person. This process remains background in the implementation of routine actions, but as soon as a new personally significant task comes to the fore, the process of awareness in the regulation of one's behavior begins to appear very clearly (Konopkin O.A., 2005).

In a number of works, the opinion appears that the process of self-regulation includes the regulation of thoughts, emotions, behavior, attention and turns on only when a person encounters some difficulties in the process of achieving a goal (Katsero A.A., Kobzar A.V., 2014).

There is very little data on self-regulation of behavior in patients with myasthenia gravis, the topic remains relevant for study, including in order to determine the targets of psycho-social rehabilitation effects.

V.N. Grigorieva and A.Sh. Tkhostov (Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009) note that psychological factors can primarily affect the patient's ability to "psychophysiological self-regulation", the patient's attitudes to treatment and compliance with the doctor's recommendations are of great importance. If we consider self-regulation of behavior as one of the coping mechanisms with a difficult life situation, then we can refer to the data on the research of coping strategies, in view of the insufficiency of the description of the features of self-regulation of behavior in modern scientific literature. The predominant strategies of coping with stress in patients with myasthenia gravis are confrontation, distancing and self-control (Romanova T.V., 2013).

1.3. Psychosocial rehabilitation measures: psychoeducation and training of social skills in the context of helping patients with paranoid schizophrenia

1.3.1. Psychoeducation (PE)

The need for psycho-social rehabilitation measures in conjunction with psychopharmacotherapy for patients with schizophrenic spectrum disorders is emphasized by many researchers (Jones C. et al., 2012; Chien W.T. et al., 2013; Kahn R.S. et al., 2015; Parikh S.V. et al., 2016).

Psychoeducation (PE) is one of the widely used methods of psycho-social rehabilitation intervention in the treatment of schizophrenia, used both in domestic practice (Semenova N.D., Salnikova L.I., 1998; Kotsyubinsky A.P., 2006; Kotsyubinsky A.P. et al., 2015; Erichev A.N., 2007) and abroad (Dixon L. et al., 2001; Aşık E., Ünsal G., 2020; Shinozaki A. et al., 2020; Lam A.H.Y. et al., 2020). PE is a step–by-step process of teaching patients with mental disorders in the field of psychiatry: they are presented with information about mental illnesses and the provision of psychiatric care. Educating psychiatric patients in these matters provides the necessary knowledge about the disease, influences attitudes and behavior regarding health care. Thus, compliance increases (Hornung W.P. et al., 1997; Pekkala E., Merinder L., 2002; Serazetdinova L.G. et al., 2012). In addition, the literature notes that the passage of the psychoeducational cycle reduces the severity of painful symptoms, smoothing the manifestations of anxiety, depression and other psychotic symptoms (Pekkala E., Merinder L., 2002; Xia J. et al., 2011; Shinozaki A. et al., 2020).

There are certain thematic blocks that are included in the PE program for patients with mental disorders and their loved ones. This is emotional support, an information block about the features and nature of the course of mental illnesses, the need for their drug treatment, instruction on actions and the formation of skills to solve emerging

problems in various spheres of life – from receiving medical care to tips on comfortable interpersonal communication (Dixon L., 2001; Bauml J., Pitschel-Walz G., 2003; Shinozaki A. et al., 2020). It seems appropriate to organize the participation of patients with schizophrenia in PE classes both at the stage of remission formation in order to prevent exacerbations (Shinozaki A. et al., 2020), and after relapse, immediately after leaving the psychotic state to provide psychological support and identify individual markers of the approach of the attack, providing for seeking help at earlier stages of the development of the painful condition (Solomon P., 2000; Tennakoon L. et al., 2000; Zhang M. et al., 1994).The positive effect of the PE is also noted in the reduction of stigmatization and self-stigmatization both in psychiatric patients and in their relatives (Gurovich I.Ya. et al., 2003).

After passing through the PE cycles of schizophrenia patients, it was noticed that they significantly increased the proportion of constructive and relatively constructive coping strategies in the cognitive, emotional and behavioral spheres. The positive effect PE is especially noticeable in the cognitive sphere, which before attending classes was characterized by the predominance of the least constructive ways of coping (Serazetdinova L.G. et al., 2012). A decrease in negative moods about the future and intrapunitive thoughts about the past, a tendency to a positive reassessment of the lived experience was revealed. However, despite all the benefits of the PE, to date, no research has revealed a positive effect of the classic cyclane PE on the emotion management process (Lam A.H.Y. et al., 2020), which is the "weak link" in patients with schizophrenia (Chadwick P. et al. 2005; VisserK.F. et al., 2018). In particular (Dondé C. et al., 2019), some authors note that the PE informs the group members well about the symptoms, but does not give an understanding of the essence of the disease. In other words, schizophrenia is associated with a violation of the ability to treat one's own psychotic experiences as pathological, to be aware of the course of the disease and the risk of relapse, to be attentive to treatment, which, together, leads to low compliance in such patients (Amador X.F. et al., 1998).

In one of the latest works on the effectiveness of PE in the complex treatment of schizophrenia, the authors (Lam A.Y.H. et al., 2020) introduce Mindfullness techniques

into the program–the development of awareness, attentiveness to their external and internal sensations. Based precisely on the experience of introducing the block on the development of mindfulness into the PE program, the authors claim that the ability to differentiate their emotions and regulate them in the participants who passed the training became higher compared to the control group who received only drug therapy and minimal psychological intervention (Lam A.Y.H. et al., 2020).

In another of the latest foreign studies on PE (Aşık E., Ösal G., 2020), a block was introduced on the development of emotion identification skills in patients with schizophrenia through the facial expression of the interlocutor, while there was a pronounced positive, but not persistent effect. After three months, the differences between the study group and the comparison group were erased. However, with regular support and training of these skills, we can talk about the possibilities of achieving lasting positive results.

The tendency to introduce new blocks in classical PE cycles for patients with severe mental disorders is relevant today. In one of the works on this topic, the authors (Shinozaki A. et al., 2020) explore the feeling of subjective well–being of patients - "well-being", since in the modern world, how a person evaluates his own life satisfaction, treatment results, etc., is becoming increasingly important. (Wehmeier P.M. et al., 2007). As a result of the inclusion of case studies and tasks in the PE to improve the quality of social functioning and life satisfaction, there was an increase in the ability to self-control, that is, to manage one's emotions and behavior. Positive dynamics is also observed in social integration, there are improvements in the subjective assessment of mental functioning (Shinozaki A. et al., 2020).

Thus, based on the data of recent works on PE for patients with schizophrenia and its modernization, it can be concluded that the inclusion of blocks to increase awareness, life satisfaction, recognition, acceptance and regulation of emotions is positive in both short and long-term prospects (Shinozaki A. et al., 2020; Aşık E., Esalg., 2020; Lam A.H.Y. et al., 2020).

1.3.2. Social Skills Training (SST)

Social skills training (SST) is widely used in psychiatric practice both in our country (Gurovich I.Ya., 2004; Kudryashova V.Yu. et al., 2021; Kudryashova V.Yu. et al., 2022) and abroad (HayesR.L. et al., 1995; AlmerieM.Q. et al., 2015; MenonM. et al., 2017). Psychosocial interventions in combination with taking medications are the best combination for helping mentally ill people (Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., 2015).

Motivational disorders characteristic of patients with schizophrenic spectrum disorders are reflected in a situation involving consideration of another person's position (V.P. Kritskaya et al., 1991).Patients with schizophrenia also suffer from other social skills – verbal communication, readiness to solve interpersonal contradictions (Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., 2015), excessive sensitivity to criticism appears (Leff J., 1989), but at the same time the ability to accept and organize support from loved ones decreases (Brugha T.S., 1995).

SST is included in comprehensive programs for the mentally ill by European and American psychiatric associations (Puolakka K., Pitkänen A., 2019).It consists of exercises aimed at training cognitive functions, measures to strengthen the communicative orientation and cognitive differentiation of thinking, social perception, and reduce intellectual anhedonia (Yudina I.I., 2013; Kovaleva A.V., 2015). The training also includes blocks on the development of reflection to improve their emotional states, mental sphere and behavior, working out social behavior skills and solving emerging interpersonal contradictions (Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., 2015).

The literature notes the beneficial effect of SST on the actual social skills of patients with schizophrenia, their cognitive functions (Menon M. et al., 2017), the method is effective for the prevention of relapses (Almerie M.Q. et al., 2015) and even increases the likelihood of employment of patients and the duration of employment (Kinoshita Y. et al., 2013).There are also alternative data that indicate that SST does not have a significant positive effect, especially for patients characterized mainly by the presence of negative symptoms (Kayo M. et al., 2020).

Some scientific papers note that in improving the quality of life of patients with SST and PE and other discussion meetings with patients with schizophrenia had approximately the same positive effect (Hayes R.L. et al., 1995; Puolakka K., Pitkänen A., 2019;), which supports the idea put forward in the introduction to this work that at the moment, it is impossible to assess which of the methods of psycho-social rehabilitation has greater effectiveness – PE or SST.

With the widespread use of SST in the routine practice of helping patients with schizophrenic spectrum disorders, there is a need to modernize and supplement it, depending on the individual characteristics of the participants (Yildiz M. et al., 2019).

In one of the latest works, the authors expand the composition of the SST program, turning it into a "training of psychosocial skills", covering 16 areas: improving communication skills, problem-solving skills, learning to cope with the insufficiency of attention and memory characteristics, understanding psychotic manifestations in schizophrenia, obtaining basic knowledge about antipsychotic drug therapy and the need for its use, learning to cope with the side effects of drugs, self-assessment of treatment, learning to cope with the ever-present symptoms of the disease, recognition of warning signs of relapse and their monitoring, avoidance of alcohol and psychoactive substances, reduction of hypochondriac mood, training to cope with stress; self-confidence increase, organization of free time and daily activities, building and development of warm interpersonal relationships. Thus, we see here a synthesis of SST and PE programs. Such a combination is potentially highly effective, however, it can be difficult to implement due to the duration of the general course. The results of the study show a positive trend in patients with schizophrenia who have undergone "psychosocial skills" training in reducing their psychopathological manifestations, improving social functioning skills and quality of life (Moritz S. et al., 2011; Moritz S. et al., 2014; Lam K.C. et al., 2015; Yildiz M. et al., 2019).

Summary of Chapter 1

In Chapter 1, "Manifestations of psychological adaptation and compensation in patients with paranoid schizophrenia and patients with congenital or acquired myasthenia gravis", an analysis of the current state of the problem of studying ACM in general and in their specifics for patients with paranoid schizophrenia and patients with congenital or acquired myasthenia gravis was carried out.

Socio-psychological adaptation can be progressive and regressive. With progressive adaptation, the unity of the goals and interests of the individual and his environment is achieved. Regressive adaptation is formal, personal resources are poorly used. Presumably, a regressive type of socio-psychological adaptation prevails in mental illness. Potentiation to constructive, purposeful and situationally based activities significantly contributes to progressive adaptation.

The situation of SCD is considered from the point of view of a difficult life situation or a stressful life situation that requires the tension of the work of the ACM. It is noted that the adaptive-compensatory system is not limited to the mechanisms of psychological protection, coping and the internal picture of the disease. It also includes value-semantic aspects that support adaptation processes in terms of life meanings, internality, subjective perception of psychological characteristics of time and features of self-regulation of behavior. Compensation is associated with motivational, volitional processes that the disease affects, regardless of whether it is a somatic or mental pathology.

In patients with paranoid schizophrenia, a high degree of symptomatic distress is observed at the stage of remission, volitional disorders and weak control of impulsivity lead to violations in the process of self-regulation of behavior. Among patients with paranoid schizophrenia, the severity of depression is high (figures from 25% to 80% are given in various sources). Patients with acquired myasthenia gravis also have a high degree of symptomatic distress, and psychopathological reactions may also occur. Clinically pronounced depression is observed in about 75% of patients with myasthenia gravis.

A person needs a coordinate system in the form of life goals and meanings, violations of which lead to a decrease in socio-psychological adaptation. Patients with schizophrenia are characterized by a weak expression of goals for the future, fatalism. The distorted perception of one's self is reflected in the violation of life meanings and supports. They have a low level of internality in almost all spheres of life, weak involvement in life processes. The spatial and temporal organization of the psyche is important for the well-coordinated work of the ACM. Depressive experiences affect the perception of the present, past and future.

The ability to self-regulate behavior also plays a role in adaptation. With all the heterogeneity of the concept, self-regulation is considered as a conscious creative mechanism that controls the setting and achievement of goals, the organization of constructive activity. The process of self-regulation is deeply involved in the behavior aimed at maintaining health. It is also important to note that self-regulation cannot be considered in isolation from the environmental conditions in which the subject is located and his state of health. Self-regulation of behavior can be learned. There are studies where it is shown that various nosologies note the relief of painful symptoms and mental state caused by the impact of a stressor, with the development of self-regulation skills.

Psychoeducation (PE) is one of the widely used methods of psycho–social rehabilitation intervention in the treatment of mental disorders, including schizophrenia. This is a step-by-step process of teaching patients with mental disorders in the field of psychiatry. It includes certain thematic blocks: informational (about mental illnesses and psychiatric care), emotional support, instruction on actions and the formation of skills to solve emerging problems in various spheres of life.

Social skills training (SST) is also widely used in psychiatric practice. SST consists of exercises aimed at training cognitive functions, social perception, blocks for the development of reflection, working out skills of social behavior and solving emerging interpersonal contradictions are included. The method is effective for the prevention of relapses and even increases the likelihood of employment of patients and the duration of employment.

CHAPTER 2. MATERIALS AND METHODS OF RESEARCH

2.1. Research materials

Research design. A total of 160 people took part in the study. Of these, 99 patients with paranoid schizophrenia (F20.0 according to ICD-10 criteria), 31 patients with congenital or acquired myasthenia gravis (G70.2 according to ICD-10 criteria) and 30 subjects without psychiatric or neurological diagnosis included in the health group.

The design, structure and nature of this study were agreed upon in the local Ethics committee of the Federal State Budgetary institution "National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev" of the Ministry of Health of the Russian Federation at a meeting on 18.10.2018.

Patients with paranoid schizophrenia underwent treatment in 2017-2020 in the Department of Biological Therapy of the Mentally Ill, the Department of Integrative Pharmaco-psychotherapy of patients with Mental Disorders of the Federal State Budgetary Institution " National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev " of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Patients with acquired myasthenia gravis received treatment in 2017-2020 at the Department of Neurology №3 of the St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "City Multidisciplinary Hospital №2" of the Ministry of Health of the Russian Federation.

The healthy group was also recruited in 2017-2020 on the basis of the Educational Department of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev" of the Ministry of Health of the Russian Federation.

Patients with paranoid schizophrenia (group 1) were randomly distributed into 3 groups: those receiving isolated PPhT (group 1.1), those receiving complex treatment – PPhT+PE (group 1.2.) and PPhT+SST (group 1.3.). At the initial stage of the study, the

formed groups had comparable socio-demographic characteristics and features of the work of psychological ACM. All of them were examined twice: at the beginning of treatment, at the stage of remission formation, before inclusion in group work and at the stage of discharge from the hospital and/or after the end of the psycho-social rehabilitation program.

Patients with congenital or acquired myasthenia gravis (group 2) and health group (group 3) were examined 1 time.

The criteria for inclusion in the study were:

• the ability to read, understand and sign a voluntary informed consent to participate in the study according to the current mental state, as well as to perform related research procedures;

• voluntary treatment in a psychiatric hospital;

• men and women aged 18 to 55 years;

• the presence of a diagnosis that meets the criteria of heading F20.0 according to ICD-10;

• the presence of acquired myasthenia gravis is diagnosed in accordance with the criteria G70.2 "congenital or acquired myasthenia gravis" according to ICD-10;

• health group – persons who have no complaints or established diagnosis according to ICD-10

• absence of acute psychotic symptoms, pronounced negative symptoms and/or cognitive impairment.

Non-inclusion criteria:

• lack of signed voluntary informed consent to participate in the study;

• refusal to participate in the study at any of its stages;

• receiving medical care other than voluntary inpatient treatment;

• age under 18 or over 55;

• finding the patient on a regime of enhanced observation due to acute psychotic symptoms;

• presence of pronounced negative symptoms and cognitive impairments;

• the presence of other psychiatric diagnoses, with the exception of those encoded in the category F20.0.

Exclusion criteria:

• Refusal of the subject to participate in the study at any stage;

• Exacerbation of concomitant somatic pathology and/or the appearance of severe pain syndrome of any origin;

• Exacerbation of productive symptoms that cause behavioral disorders;

• Skipping one or more classes on PE or SST (for patients with paranoid schizophrenia from group 1.1 and group 1.2).

All patients had comparable disease characteristics and socio-demographic characteristics. The description of the studied samples is presented in Table 1, Table 2, Table 3, Table 4.

Table 1 – Description of the studied samples (diagnosis, gender, age)

Diagnosis	Group	Gender		Age (M±m/Me(IQR))
		male	female	
F20.0	Group 1.1, n=30	15 (50%)	15 (50%)	29,5±1,25
F20.0	Group 1.2, n=39	17 (44%)	22 (56%)	28 (23,5÷35)
F20.0	Group 1.3, n=30	7 (23%)	23 (77%)	29 (25,5÷34)
G70.2	Group 2, n=31	9 (29%)	22 (71%)	39,9±1,96
Without diagnosis	Group 3, n=30	13 (43%)	17 (57%)	29,9±0,99

Notes:

1. M±m – average and error of average

2. Me(IQR)– average spread

The group of patients with paranoid schizophrenia included 99 people. Of these, 30 patients (15 (50%) men and 15 (50%) women, the average age was 29±1,25 years) took isolated PPhT, and 69 people participated in combined treatment: 30 people (7 (23%)

men and 23 (77%) women, the average age was 29 (25,5÷34) years) entered the PPhT+PE group and 39 people (17 (44%) men and 22 (56%) women, average age 28 (23,5÷35) years) were included in the group of PPhT+SST. The significant difference between the number of men and women in group 1.3 can be explained by the peculiarities of the sample – at the time of the survey, women were more likely to be among the patients who fit the inclusion criteria. Women were also more likely to complete the PE program, due to the fact that they did not fall under the exclusion criteria (for example, deterioration or skipping classes), which can be explained by their greater discipline and activity. In the subsequent analysis of the subjective feeling of the activity of the present time, this assumption is confirmed.

The group of patients with congenital or acquired myasthenia gravis included 31 people (9 (29%) men and 22 (71%) women, average age 39,9±1,96 years). A significant difference in the number of men and women in this case is explained by the fact that women are more susceptible to the disease (Laysek R.P., 1984).

The health group included 30 people (13 (43%) men and 17 (57%) women, average age 29,9±0,99 years).

Table 2 – Description of the studied samples (clinical and dynamic characteristics)

Group	Duration of the disease (M±m/Me(IQR))	Quantity of exacerbations (M±m/Me(IQR))	Quantity of hospitalizations (M±m/Me(IQR))	Disability	
				yes	no
Group 1.1	7,73±1,04	3,63±0,82	3,03±0,29	13,3%	86,7%
Group 1.2	5 (2,75÷10)	3 (2÷5)	3(2÷4)	20%	80%
Group 1.3	3 (2÷9)	3,5 (2,75÷5)	3 (2÷4)	7,7%	92,3%
Group 2	8,32±0,93	3,55±1,02	3,48±0,27	29%	71%
Group 3	-	-	-	-	100%

Notes:

1. M±m – average and error of average

2. Me(IQR)– average spread

The duration of the disease in patients with paranoid schizophrenia from group 1.1 averaged 7,73±1,04 years, from group 1,2 – 5 (2,75÷10) years, and from group 1,3 – 3 (2÷9) years. At the same time, they had a similar number of exacerbations – the values ranged from about 3 to approximately 3,6 (3,63+0,82; 3 (2÷5) and 3.5 (2.75÷5), respectively) cases. The number of hospitalizations is also similar – approximately 3 times (3,03±0,29; 3 (2÷4) and 3 (2÷4), respectively). The majority of participants from groups 1.1, 1.2 and 1.3 had no disability (group 1.1 – 86,7% vs. 13,3%; group 1.2 – 80% vs. 20%; group 1.3 – 92,3% vs. 7,7%).

In the group of patients with acquired myasthenia gravis, the duration of the disease was 8,32±0,93 years, the number of exacerbations was 3,55±1,02 cases, the number of hospitalizations was 3,48±0,27 cases. The majority of patients were not disabled (71% vs. 29%).

The health group is expected to have no data on the duration of the disease, the number of exacerbations and hospitalizations, all participants had no disability.

Table 3 – Description of the studied samples (socio-demographic characteristics: employment and education)

Group	Employment (M±m/Me(IQR))			Education (M±m/Me(IQR))			
	specialty work	specialty reduction work	unemployed	higher education	incomplete higher education	secondary special education	secondary education
Group 1.1	30%	10%	60%	46,7%	40%	13,3%	-
Group 1.2	28,2%	10,3%	61,5%	38,5%	20,5%	30,8%	10,2%
Group 1.3	30%	6,7%	63,3%	43,3%	20%	30%	6,7%
Group 2	64,5%	-	35,5%	54,8%	-	45,2%	-
Group 3	100%	-	-	100%	-	-	-

Notes:

1. M±m – average and error of average

2. Me(IQR) – average spread

The majority of patients with paranoid schizophrenia are not employed: in group 1.1 – 60%; in group 1.2 – 61,5%; in group 1.3 – 63,3%. About a third work in the specialty: in group 1.1 – 30%; in group 1.2 – 28,2%; in group 1.3 – 30%. The minority works with a decrease in qualifications: in group 1.1. – 10%; in group 1.2 – 10,3%; in group 1.3 – 6,7%. The majority of patients with paranoid schizophrenia have higher education: in group 1.1 – 46,7%; in group 1.2 – 38,5%; in group 1.3 – 43,3%. A significant percentage of patients received secondary special education: in group 1.1 – 13,3%; in group 1.2 – 30,8%; in group 1.3 – 30% or incomplete higher education: in group 1.1 – 40%; in group 1.2 – 20,5%; in group 1.3 – 20%. The minority graduated only from school: in group 1.1 – 0%; in group 1.2 – 10,2%; in group 1.3 – 6,7%.

In the group of patients with acquired myasthenia gravis, most of the patients work in their specialty (64,5%), the rest are unemployed (35,5%). The majority have a higher education (54,8%), the rest have a secondary vocational education (45,2%).

In the health group, all study participants graduated from a higher educational institution (100%) and are employed in their specialty (100%).

Table 4 – Description of the studied samples (socio-demographic characteristics: marital status and presence of children)

Group	Marital status		Presence of children	
	yes	no	yes	no
Group 1.1	13,3%	86,7%	20%	80%
Group 1.2	43,3%	56,7%	26,7%	73,3%
Group 1.3	28,2%	71,8%	17,9%	82,1%
Group 2	32,3%	67,7%	58,1%	41,9%
Group 3	43,3%	56,7%	30%	70%

The majority of patients with paranoid schizophrenia have no family: group 1.1 – 86,7% vs. 13,3%; group 1.2 – 56,7% vs. 43,3%; group 1.3 – 71,8% vs. 28,2%, and are childless: group 1.1 – 80% vs. 20%; group 1.2 – 73,3% vs. 26,7%; group 1.3 – 82,1% vs. 17,9%. Most patients with acquired myasthenia gravis also do not have a family (67,7% vs. 32,3%), but they have children (58,1% vs. 41,9%). In the health group, most of the participants do not have a family (56,7% vs. 43,3%), and do not have children (70% vs. 30%).

Patients with schizophrenia received antipsychotic therapy, mainly with atypical neuroleptics and normotimics. Patients with myasthenia gravis received symptomatic and pathogenetic therapy (anticholinesterase drugs, hormones, cytostatics, plasmapheresis, surgical methods of treatment).

The PE program consisted of 10 sessions, lasting 45 minutes, with a frequency of 3 times a week. 8-12 people took part in the closed group, attendance of all classes was a prerequisite. The course included the following blocks: 1) classification of mental disorders; 2) perception and mood disorders, delirium (in the context of general psychopathology); 3) affective disorders (in the context of private psychopathology); 4) the law on psychiatric care; 5) stigmatization.

SST consisted of 10 sessions, lasting 60-80 minutes, with a frequency of 3 times a week. 8-10 people took part in the closed group, attendance of all classes was a prerequisite. The TSN program included 3 blocks: 1) cognitive, including training of basic cognitive functions (memory and attention) and exercises for rallying participants; 2) emotional, developing skills of awareness of one's feelings, reflection, exchange of emotional response with group members, requesting and giving feedback on the experience experienced in the group; 3) behavioral, consisting of role-playing games where participants could try new behaviors in a safe environment.

2.2. Description of research methods

The following methods were used in the study: experimental-psychological, clinical-catamnestic, mathematical-statistical.

Experimental psychological methods were used for the study: questionnaire "Style of self-regulation of behavior" (Morosanova V.I., 1998), "Symptomatic questionnaire SCL-90" (Tarabrina N.V., 2001; Belova A.N., 2002), A. Beck depression scale (Beck A. T. et al., 1961), questionnaire "Level of subjective control" (Bazhin E.F., 1993; Rean A.A., 2016), Test of life orientations (Leontiev D.A., 2000), questionnaire "Semantic time differential" (Wasserman L.I. et al., 2005).

The choice of methods is justified by the fact that psychological adaptation and compensation are currently being studied through the prism of a multidisciplinary approach, which includes psychological, social, and biological components (Herrman H. et al., 2011). The regulation of emotions and the intellectual component, including those included in the adaptation structure, are closely related to self-regulation of behavior (Sternberg R.J., 1989; Aldao A. et al., 2010; Thompson R.A., 2019), for the study of which the questionnaire "Style of self-regulation of behavior" was used in this study. The need to take into account the nature of subjectively felt psychopathological symptoms, including the level of depression, is due to the nuances of the emotional and cognitive components of adaptation (AldaoA. et al., 2010; Thompson R.A. 2019). In this study, this is assessed by means of the questionnaire "SCL-90-R", the A. Beck depression inventory and the questionnaire "Semantic time differential". Psychological stability, as noted above, is also included in the structure of adaptation (Smith B.L., 2019, etc.). Often, violations of psychological stability are reflected in the suppression of feelings, constant reflection on what is happening and possible actions, without their implementation in life, a decrease in behavioral flexibility. It also allows you to evaluate the questionnaire "Style of self-regulation of behavior". The ability of a person to personal growth and adaptation after exposure to a stressful factor largely depends on internality, life satisfaction, the quality of interpersonal relationships in various fields, personal meanings, the ability to

realistically assess their prospects in the future (Herrman H. et al., 2011). In this study, the questionnaire "Level of subjective control" and "Test of life orientations" and the previously mentioned questionnaire "Semantic time differential" are used to study them.

Thus, the choice of the methods used is justified by the need for a comprehensive view of the work of psychological ACS – from the point of view of volitional aspects (self-regulation of behavior, the level of subjective control), value-semantic orientations ("Test of life orientations") and the influence of psychopathological manifestations on emotional and cognitive components and features of perception ("Semantic time differential", depression inventory A. Beck, "Symptomatic questionnaire SCL-90").

2.2.1. Questionnaire "Style of self-regulation of behavior"

The questionnaire "Style of self-regulation of behavior" (SSB) was created in 1988 in the Laboratory of Psychology of Self-Regulation of the Psychological Institute of the Russian Academy of Education and is intended for both scientific research and for practical diagnostics of various aspects of individual self-regulation.

The purpose of the methodology is to diagnose the development of individual self–regulation and its individual profile, including indicators of planning, modeling, programming, evaluation of results, as well as indicators of the development of regulatory and personal properties – flexibility and independence.

The goal of the methodology is to diagnose the level of development of self–regulation, to make up its individual profile, including indicators of planning, modeling, programming, evaluation of results, as well as indicators of the development of regulatory and personal properties - flexibility and independence.

The SSB questionnaire consists of 46 statements. It works as a single scale "General level of self-regulation" (GL), describing the formation of a system of individual self-regulation of arbitrary human activity. The statements of the

questionnaire are part of six scales (9 statements each), allocated in accordance with the main regulatory processes of planning (Pl), modeling (M), programming (Pr), evaluation of results (Er), as well as regulatory and personal properties: flexibility (F) and independence (I). Some statements are included in the structure of several scales, since they characterize not only the regulatory process, but also the regulatory and personal quality.

Description of the scales:

• "Planning" (Pl) describes the individual characteristics of setting and retaining goals, the ability to consciously plan activities.

• "Modeling" (M) reflects the ability to emotional self-regulation, the development and adequacy of ideas about external and internal significant conditions for achieving goals.

• "Programming" (Pr) characterizes the ability to think through behavior to achieve goals and adjust actions if necessary.

• "Evaluation of results" (Er) reflects the development of the ability to adequately assess the results of activities.

• "Flexibility" (Fl) indicates the level of behavioral flexibility, that is, the ability to adjust the course of action when the conditions of the external and internal environment change.

• "Independence" (I) describes the level of autonomy of the individual.

• The "General level of self-regulation" (GL) the overall level of formation of the individual system of conscious self-regulation of voluntary human activity is assessed.

2.2.2. Questionnaire "Level of subjective control"

The method of subjective level of control (SLC) was developed by E.F. Bazhin, E.A. Golynkina, L.M. Etkind in 1984.

It is based on the concept of J. Rotter. However, Rotter's locus of control is universal in relation to any situation. When developing the SLC methodology, the authors proceeded from the fact that the focus of locus control may vary depending on the type of situation. In this regard, 7 subscales are distinguished in the methodology: control in situations of achievement, in situations of failure, in the field of work, interpersonal and family relations, in the field of health and the general level of subjective control (internality).

Description of the scales:

• "General Internality" (GI). High values correspond to a high level of subjective control (internal personality) over any significant situations. Such persons are characterized by beliefs that most events are the result of their actions, life is subject to conscious control, they are characterized by great emotional stability, awareness. Low values indicate a low level of subjective control (external personality), difficulties in understanding the connections between their actions and significant events in life, there are beliefs that everything happens by chance or is the result of the actions of other people, life is beyond conscious control. Persons with a low level of subjective control can be anxious and impulsive.

• "Internality in the field of achievements" (IA). High indicators on this scale correspond to high internality in situations with a positive emotional coloring, reflect the belief that a person is the author of his happiness. Low values indicate a tendency to attribute success to a combination of circumstances, random factors, and help from other people.

• "Internalities in the field of failures"(IF). High indicators mean a developed sense of subjective control in relation to negative events and situations, which can manifest

itself in a tendency to self-blame in case of failures. Low indicators reflect a tendency to attribute responsibility for failures to other people or consider them the result of an unfavorable combination of circumstances.

• "Internality in family relationships" (IFr). High rates indicate the acceptance of responsibility for events occurring in the family. Low values indicate the belief that other members of the family system are the reason for significant events in the family sphere.

• "Internality in the field of work relationships" (IW). High values indicate the belief that a person recognizes the connection between his actions and the nature of work

relationships and success in the professional field. A low indicator indicates a tendency to give responsibility for this to leadership, colleagues, or consider it the result of random factors.

• "Internality in the field of interpersonal relationships" (II). High values indicate a person's recognition of responsibility for the quality of building interpersonal relationships. Low values indicate the transfer of responsibility for this to communication partners or external factors beyond their control.

• "Internality in the field of health" (IH). High values indicate that a person considers himself responsible for the state of health. Low values indicate the belief that health and illness are the result of chance, and recovery depends more on the actions of doctors than on his behavior.

2.2.3. Life-Meaning orientations test

The Meaning-in-Life Orientation Test (LMOT) is an adapted version of the Purpose-in-Life Test (PIL) James Crambo and Leonard Maholick. The test was developed by the authors on the basis of Viktor Frankl's logotherapy and the theory of a person's desire for meaning, it found at empirically validating an amount of tips of this theory, in

special topics about existential vacuum and noogenic neuroses. The point of these topic is the conjection that setback in a person's search for the meaning of his life (existential frustration) and the resulting sense of loss of meaning (existential vacuum) cause noogenic neuroses that differ from previously known neuroses. In the begining, the authors tried to show that the test evatuates accurately the level of "existential vacuum" in Frankl's terms; "existential vacuum" is usual in the mental disordes; "existential vacuum" is not equal to just mental pathology.

The "Goal in Life", which is diagnosed by the methodology, the authors define as an individual's experience of the ontological significance of life. The methodology was adapted by D.A. Leontiev in 1986-88.

Description of the scales:

• "Goals in life" (Goal) characterizes the presence or absence of life goals that give meaningfulness, direction and time perspective to life. At the same time, pronounced high values may indicate fantasizing, in which dreams have no practical realization.

• "The process of life, or the interest and emotional saturation of life" (Process). The essence of this scale echoes the widespread idea that the meaning of life is to live This scale reflects whether a person perceives his life as an interesting, emotionally rich and meaningful process

• "The results of life, or satisfaction with self-realization" (Result). Reflects the assessment of the passed segment of life, the feeling of how productive and meaningful it was.

• "Locus of control-Self" (LC-Self). Reflects the desire of the individual to control life, the ability to take rational responsibility for what is happening.

• "Locus of control-life" (LC-Life). Describes the degree of manageability of life. a person is free to decide on his own what to do and put it into practice. Reduced values indicate that a person has a tendency to believe that life cannot be controlled, freedom of choice is just a figment of the imagination.

• General life satisfaction (GS). Evaluates the overall level of life satisfaction.

2.2.4. Questionnaire "Semantic time differential"

Method "Semantic time differential" (STD) is designed to study cognitive and emotional components in a person's subjective perception of his psychological time. Developed by L.I. Wasserman and co-authors in 2005.

The methodology consists of 25 pairs of adjectives-synonyms, with the help of which the subject can describe his feeling of the past, present and future. On this basis, 5 factors are calculated. On each scale, the polar values are represented by adjectives-antonyms, to a certain extent metaphorically characterizing time. Evaluation of the meaning of the concept on the scales of the STD of the subjects allows to place time at a point in the semantic space. STD allows to evaluate and describe a person's attitude to the present, past and future, taking into account his lived experience, current emotional state and ideas about his life.

Description of factors:

• The activity factor (AF) shows the degree of tension, activity and variability of time. With negative (low in value) indicators of this factor (mainly with mental retardation, apathy, low motivation), the patient's psychological time seems passive, constant, frozen, relaxed or even empty.

• The emotional coloring factor (EF) reveals person's pleasure of the evaluated time. Low level reflects some pessimistic thoughts about individual life and last time. Crusially important to estimate the "EF" factor when we talk about future, becouse it shows the hope to cope with tough and heavy background. If there were no positive hopes, weak motivation, it would be depression state. In this topic person's experience of time looks like grey, anxtious, dull, sad, vague and dark. If the significant of future was high, it would be bright, festive, calm and delitious.

• The value factor (VF) indirectly reflects the overall motivational potential and emotional state of the patient. A positive indicator in relation to the "VF" factor reflects an intuitive idea where time is perceived as long, large, voluminous, wide, deep. The

negative indicator of the "VF" factor is a psychological time that can be described in terms such as small, immediate and restricted.

• The structure factor (SF) allows to see how much a person perceives time as rhythmic, reversible, continuous and indivisible. High positive values for the future, for example, indicates that a person has well-thought-out plans for the future, his actions, soberly assumes how events will develop. Low values are usually found in those people who think of the future as irreversible, poorly controlled, fragmented.

• The perceptibility factor (PF) reflects the degree of reality, closeness, community and openness of psychological time. In some psychopathological syndromes, such as derealization, the patient's perception of time can change very significantly, including the perceptibility of self-change in time. With a negative indicator of the "PF" factor, time is perceived as seeming, distant, private, closed and imperceptible.

2.2.5. Symptomatic questionnaire SCL-90-R

The symptomatic questionnaire SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) is a clinical test and screening method designed to assess patterns of psychopathological symptoms in psychiatric patients and healthy persons.

The technique was created by L.R. Derogatis and his colleagues in 1976 on the basis of earlier versions of questionnaires to assess subjectively perceived psychopathological symptoms.

SCL-90-R includes 90 statements grouped into a number of scales, each of which corresponds to a specific symptom complex: "Somatization" (SOM), "Obsessiveness-compulsivity (obsessions)" (OC), "Interpersonal Sensitivity" (INT), "Depressivity" (DEP), "Anxiety" (ANX), "Hostility" (HOS), "Phobias (obsessive fears)" (PHOB), "Paranoia" (PAR), "Psychoticism" (PSY), "General Index of severity of symptoms" (GSI), "Total number of positive answers" (PSI), "Index of symptomatic distress" (PDSI).

Description of the scales:

• "Somatization" (SOM) describes disorders associated with unpleasant somatic sensations (cardiovascular, gastroenteric, respiratory, etc.). This also includes somatically equivalent anxiety – headaches and other pains, discomfort of the general musculature.

• "Obsessiveness-compulsivity (obsessions)" (OC) reflects symptoms that are largely identical to the clinical obsessive-compulsive syndrome. There are thoughts, impulses and actions that are experienced by the individual as continuous, irresistible and alien to the "Self".

• "Interpersonal sensitivity" (INT) describes a feeling of personal inadequacy and inferiority, self-judgment, a sense of anxiety and visible discomfort in the process of interpersonal interaction. There may be heightened awareness of the Self and negative expectations from interpersonal interaction and any communication with other people.

• "Depressiveness" (DEP) reflects a wide range of manifestations of clinical depression: symptoms of dysphoria and affect, such as signs of lack of interest in life, lack of motivation and loss of vital energy, feelings of hopelessness, thoughts of suicide and other cognitive and somatic correlates of depression.

• "Anxiety" (ANX) describes a number of symptoms that are associated with a high level of anxiety: nervousness, tension, trembling, panic attacks and a sense of threat from the outside, some somatic correlates of anxiety.

• "Hostility" (HOS) includes thoughts, feelings or actions reflecting qualities such as aggression, irritability, anger, resentment.

• "Phobias (obsessive fears)" (PHOB) reflect a persistent, irrational, inappropriate fear of certain people, places, objects or situations, leading to avoidant behavior.

• "Paranoia" (PAR) is a reflection of paranoid tendencies, disorders of thinking in the form of alertness, suspicion.

• "Psychoticism" (PSY) describes an avoidant, isolated lifestyle, unusual thoughts, feelings and sensations, distorted perception of the world, the presence of psychotic phenomena. In addition, it may indicate aggravity, simulation and neglect in completing the questionnaire (with high values on this scale and no obvious symptoms).

• "General Symptom Severity Index" (GSI) it is an indicator of the current state and depth of the disorder, provides information about the quantity of symptoms and the degree of their severity.

• The "total quantity of positive answers" (PSI) reflects the number of symptoms that the testee recognizes, that is, the number of statements to which the testee gave positive answers.

• The "Symptomatic Distress Index" (PDSI) reflects the degree of distress from existing symptoms, is a measure of the intensity of the condition, including an indicator of the adequacy of response to painful symptoms – exaggeration or understatement of symptomatic distress.

• The "index of symptomatic distress" (PDSI) reflects the degree of distress from the symptoms present, is a measure of the intensity of the condition, including an indicator of the adequacy of response to painful symptoms – aggravation or dissimulation.

2.2.6. Beck Depression Inventory (BDI)

Beck Depression Inventorywas proposed by A. Beck in 1961 and developed on the basis of clinical observations, which made it possible to identify a limited set of the most relevant and significant symptoms of depression and the most frequent complaints made by patients. After correlating this list of parameters with clinical descriptions of depression contained in the relevant literature, a questionnaire was developed that includes 21 categories of symptoms and complaints. Each category consists of 4-5 statements corresponding to specific manifestations/symptoms of depression. These statements are ranked as the specific contribution of the symptom to the overall severity of depression increases.

2.3. Mathematical and statistical methods of data processing

Statistical processing of the material was carried out using the Microsoft Excel 2013 software package and the SPSS Statistics statistical software package.

The Shapiro-Wilk criterion was used to assess the normality of the distribution of indicators. Socio-demographic, clinical and dynamic data and parameters of the ACM are presented using descriptive statistics in the form of mean + standard deviation (M+σ) or median and interquartile range (Me(IQR)).

Differences in the groups of patients with schizophrenia, myasthenia gravis and the health group in terms of ACM parameters, socio-demographic and clinico-dynamic (quantitative) signs were assessed using variance analysis or the Kraskel-Wallis criterion with the Holm-Bonferroni correction, depending on the distribution. F Fisher criterion was used to compare categorical data.

Changes in the psychological ACM of patients with schizophrenia when using various psychorehabilitation measures were carried out using the Wilcoxon signed rank test or the Student's t-test for dependent samples, depending on the nature of the distribution.

The relationship between ACM and socio-demographic and clinical-dynamic characteristics was evaluated using the r-Pearson correlation coefficient (with normal distribution of signs) and Spearman's rank correlation coefficient (with abnormal distribution).

The differences were regarded as significant at $p \leq 0.05$.

The volume of research conducted and the methods used for statistical processing of the studied data allowed us to obtain a sufficient number of reliably significant results that formed the basis of conclusions and scientific and practical recommendations.

Summary of Chapter 2

To solve the tasks set in the study, 160 people were examined in 2017-2020.

In the section "Materials and methods", the design of the study is described, the criteria for inclusion, non-inclusion and exclusion from the study are indicated, and the characteristics of the sample of study participants are given. The tools of psychorehabilitation influence (PE and SST) selected in accordance with the objectives of the study are described.

In the paragraph "Description of research methods", research methods are indicated. The content of the scales is disclosed and a brief description of the methods (tests and questionnaires) are given. When deciding on the inclusion of the methodology in the battery of diagnostic research, data on reliability and validity were taken into account.

The section "Mathematical and statistical methods of data processing" describes methods of statistical analysis, taking into account the specifics of the analyzed variables, which were selected in accordance with the purpose and objectives of the study. Statistical processing of the material was carried out using the Microsoft Excel 2013 software package and the SPSS Statistics statistical software package.

CHAPTER 3. RESEARCH RESULTS

3.1. Comparison of the features of the ACM in patients with paranoid schizophrenia, patients with acquired myasthenia gravis and health group

To identify the features of adaptive-compensatory mechanisms characteristic of the nosological categories and health groups under study, a comparison of three groups was carried out using the method of variance analysis. The results obtained that have statistical significance or significance at the trend level are presented in table 5, table 6, table 7 and table 8.

Table 5 – Average values and significance of differences according to the scales of the questionnaire "Style of self-regulation of behavior" in groups of patients with paranoid schizophrenia, acquired myasthenia gravis and health group

Scales	Mean, group1 (M±σ)	Mean, group 2 (M±σ)	Mean, group3 (M±σ)	F	p-value	Post hoc analysis(differences in groups)
M	3,60±1,65	4,00±1,71	4,80±1,56	4,144	0,019	group 1 is different from 3, p≤0,016
Er	5,00±1,62	5,74±1,97	6,47±1,53	5,473	0,006	group 1 is different from 3, p≤0,004
Fl	3,63±1,62	4,13±1,65	4,73±1,20	3,884	0,024	group 1 is different from 3, p≤0,018
GL	28,30±4,87	29,90±6,95	32,87±5,62	4,642	0,012	group 1 is different from 3, p≤0,010

Notes:

1. M±σ – mean and standard deviation;
2. F – F-Fisher criterion
3. p-value – the level of statistical significance
4. M – "Modeling"

5. Er – "Evaluation of results"

6. Fl – "Flexibility"

7. GL – "General level of self-regulation"

When studying the indicators of self-regulation of behavior and subsequent post hoc analysis, it was revealed that patients with paranoid schizophrenia have significantly lower values ($p \leq 0,05$) on the scales "Modeling" ($3,60 \pm 1,65$, $p \leq 0,019$), "Evaluation of results" ($5,00 \pm 1,62$, $p \leq 0,006$), "Flexibility" ($3,63 \pm 1,62$, $p \leq 0,024$) and "General level" ($28,30 \pm 4,87$, $p \leq 0,012$) than tested in the health group: "Modeling" ($4,80 \pm 1,56$, $p \leq 0,019$); "Evaluation of results" ($6,47 \pm 1,53$, $p \leq 0,006$); "Flexibility" ($4,73 \pm 1,20$, $p \leq 0,024$); "General level" ($32,87 \pm 5,62$, $p \leq 0,012$). As a result of the post hoc analysis, it was found that according to the scales "Modeling", "Evaluation of results", "Flexibility", "General level of self-regulation", the group of patients with paranoid schizophrenia differs from the health group ($p \leq 0,016$; $p \leq 0,004$; $p \leq 0,018$; $p \leq 0,010$, respectively). There were no differences in these indicators between patients with paranoid schizophrenia and acquired myasthenia gravis, and patients with acquired myasthenia gravis do not differ from the health group.

Table 6 – Average values and significance of differences in the values of the "Life-Meaning Orientations test" in groups of patients with paranoid schizophrenia, acquired myasthenia gravis and health groups

Scales	Mean, group1 (M±Ơ)	Mean, group 2 (M±Ơ)	Mean, group3 (M±Ơ)	F	p-value	Post hoc analysis(differences in groups)
Goal	24,97±7,82	35,58±16,64	34,30±4,22	8,427	0,000	group 1 is different from2, p≤0,008 group 1 is different from3, p≤0,000
Process	21,93±8,30	27,58±8,27	30,53±4,96	10,592	0,000	group 1 is different from2, p≤0,030 group 1 is different from3, p≤0,000

Result	20,87±5,99	26,42±5,80	26,5±4,11	10,903	0,000	group 1 is different from2, p≤0,000 group 1 is different from3, p≤0,000
LC-Self	16,07±4,03	20,32±5,15	22,50±2,49	19,561	0,000	group 1 is different from2, p≤0,002 group 1 is different from3, p≤0,000
LC-Life	23,73±5,23	27,16±8,12	31,63±4,42	12,417	0,000	group 1 is different from3, p≤0,000 group 2 is different from3, p≤0,030
GS	80,27±19,46	94,55±28,87	106,83±11,29	11,759	0,000	group 1 is different from3, p≤0,000

Notes:

1. M±O – mean and standard deviation
2. F – F-Fisher criterion
3. p-value – the level of statistical significance
4. LC-Self – "Locus-control Self"
5. LC-Lile – "Locus-control Life"
6. GS – "General life satisfaction"

The data obtained using the Life-Meaning Orientations Test and their subsequent post hoc analysis showed that patients with paranoid schizophrenia demonstrate the lowest indicators for the scales "Goal" (24,97±7,82, p≤0,000), "Process" (21,93±8,30, p≤0,000), "Result"(20,87±5,99, p≤0,000), "Locus-control Self" (16,07±4,03, p≤0,000) compared with patients with acquired myasthenia gravis: "Goal" (35,58±16,64, p≤0,000); "Process" (30,53±4,96, p≤0,000); "Result" (26,4±25,80, p≤0,000); "Locus-control Self" (20,32±5,15, p≤0,000) and health group: "Goal" (34,30±4,22, p≤0,000); "Process" (27,58±8,27, p≤0,000); "Result" (26,5±4,11, p≤0,000); "Locus-control Self" (22,50±2,49, p≤0,000). As a result of the post hoc analysis, it was found that the group of patients with paranoid schizophrenia differs according to these scales from the group of patients with acquired myasthenia gravis (p≤0,008; p≤0,030; p≤0,000; p≤0,002, respectively), as well as from the health group (p≤0,000; p≤0,000; p≤0,000; p≤0,000, respectively).The health group and the group of patients with acquired myasthenia gravis have no statistically

significant differences according to these parameters.Patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis are united by a reduced value on the "Locus-control Life" scale (23,73±5,23 and 27,16±8,12, respectively, p≤0,000). As a result of the post hoc analysis, it was found that according to this scale, the group of patients with paranoid schizophrenia and the group of patients with acquired myasthenia gravis differ from the health group (p<0,000 and p<0,030, respectively). Patients with paranoid schizophrenia reveal lower values on the "General life satisfaction (GS)" scale in comparison with healthy subjects (80,27±19,46 and 106,83±11,29, respectively, p≤0,000), while they do not differ from patients with acquired myasthenia gravis (94,55±28,87, p≤0,000), who also they do not detect significant differences with the health group.As a result of the post hoc analysis, it was found that the group of patients with paranoid schizophrenia differs on the scale of "General life satisfaction (GS)" from the health group (p≤0,000). Patients with acquired myasthenia gravis on this scale do not show differences with patients with paranoid schizophrenia and with the health group.

There were no statistically significant differences in the scales of the questionnaire "Level of subjective control" in all the studied groups. Values at the trend level are presented in Table 7.

Table 7 – Average values and significance of differences in the values of the questionnaire "Level of subjective control" in groups of patients with paranoid schizophrenia, acquired myasthenia gravis and health groups

Scales	Mean, group1 (M±σ)	Mean, group 2 (M±σ)	Mean, group3 (M±σ)	F	p-value
Internalities in the field of failures	4,63±2,25	4,32±1,87	5,53±2,08	2,80	0,066
Internality in family relationships	5,23±2,21	4,84±1,61	6,00±1,93	2,85	0,063

Notes:

1. M±σ – mean and standard deviation;
2. F – F-Fisher criterion
3. p-value – the level of statistical significance

The data obtained as a result of statistical analysis of the scales of the questionnaire "Level of subjective control" do not reach statistical significance, but demonstrate that at the level of trends in the health group, the indicators of the scales "Internality in the field of failures" and "Internality in the field of family relations" are higher (5,53±2,08, p=0,066 and 6,00±1,93, p=0,063, respectively), than in the group of patients with paranoid schizophrenia (4,63±2,25, p=0,066 and 5,23±2,21, p=0,063, respectively) and in the group of patients with acquired myasthenia gravis (4,32±1,87, p=0,066 and 4,84±1,61, p=0,063, respectively).

Table 8 – Average values and significance of differences according to the scales of the questionnaire "Semantic time differential" in groups of patients with paranoid schizophrenia, acquired myasthenia gravis and in the health group

Scales	Mean, group1(M±Ơ)	Mean, group 2(M±Ơ)	Mean, group3(M±Ơ)	F	p-value	Post hoc analysis (differences in groups)
PrAF	-0,33±4,87	1,90±5,46	5,87±4,59	11,886	0,000	group 1 is different from 3, p≤0,000 group 2 is different from 3, p≤0,007
PrEF	-0,90±8,72	2,81±8,47	5,73±5,87	5,446	0,006	group 1 is different from 3, p≤0,003
PrVF	3,33±6,10	4,42±5,52	7,87±4,49	5,748	0,005	group 1 is different from 3, p≤0,005 group 2 is different from 3, p≤0,039
PrSF	0,80±6,78	3,10±5,49	5,90±3,34	6,722	0,002	group 1 is different from 3, p≤0,002
PrPF	1,93+5,74	3,74+4,46	4,87+4,45	2,71	0,071	-
PAF	4,90+5,18	7,65+4,36	6,07+4,16	2,76	0,069	-
FAF	4,70±4,94	2,41±5,91	6,70±3,38	5,905	0,004	group 2 is different from 3, p≤0,003

FEF	5,70±8,52	4,10±9,40	8,83±5,41	2,77	0,68	-
FVF	7,50±7,72	5,74±7,31	9,73±4,10	2,81	0,66	-
FPF	2,10±5,22	3,35±4,95	5,50±5,47	3,262	0,043	group 1 is different from 3, p≤0,035

Notes:

1. M±O – mean and standard deviation;
2. F – F-Fisher criterion
3. p-value – the level of statistical significance
4. PrAF – “Present. Activity factor”
5. PrEF – “Present. Emotional coloring factor”
6. PrVF – “Present. Value factor”
7. PrSF – “Present. Structure factor”
8. PrPF – “Present. Perceptibility factor”
9. PAF – “Past. Activity factor”
10. FAF – “Future. Activity factor”
11. FEF – “Future. Emotional coloring factor”
12. FVF – “Future. Value factor”
13. FPF – “Future. Perceptibility factor”

A study of the subjective perception of the psychological characteristics of time and subsequent post hoc analysis found that according to the scales "Present.Activity factor" and "Present. Value factor" patients with paranoid schizophrenia (-0,33±4,87, p≤0,000 and 3,33±6,10, p≤0,005, respectively) and patients with acquired myasthenia gravis (1,90±5,46, p≤0,007 and 4,42±5,52, p≤0,039) have higher values than the health group (5,87±4,59, p≤0,000 and 7,87±4,49, p≤0,005). As a result of the post hoc analysis, it was found that patients with paranoid schizophrenia (p≤0,000 and p≤0,005) and patients with acquired myasthenia gravis (p≤0,007 and p≤0,039) significantly differ from the health group according to these scales, while not differing from each other. Patients with

paranoid schizophrenia have lower values on the scales of "Present. Structure factor" (0,80±6,78, p≤0,002) and "Present. Emotional coloring factor" (-0,90±8,72, p≤0,006), then healthy subjects (5,90±3,34, p≤0,002 and 5,73±5,87, p≤0,006, respectively). As a result of post hoc analysis, it was found that according to these scales, patients with paranoid schizophrenia differ from the health group (p≤0,002 and p≤0,003, respectively), not differing from those suffering from myasthenia gravis, which, in turn, do not show differences according to these scales with the control group. Patients with acquired myasthenia gravis reveal lower values on the scales "Future. Activity factor" (2,41±5,91, p≤0,004) than the health group (6,70±3,38, p≤0,004). As a result of post hoc analysis, it was confirmed that patients with myasthenia gravis differ in this parameter from healthy subjects (p≤0,003), while not differing from patients with paranoid schizophrenia, who also do not reveal significant differences with the health group. On the scale of "Future. Perceptibility factor" patients with paranoid schizophrenia (2,10±5,22, p≤0,043) have lower values than the health group (5,50±5,47, p≤0,043). Subsequent post hoc analysis confirmed that patients with paranoid schizophrenia differ from the health group on this scale (p≤0,035).

At the level of trends according to the scales of the questionnaire "Semantic differential of time", it was found that in the health group the indicators on the scale "Present. Perceptibility factor" are higher (4,87±4,45, p=0,071), than in patients with paranoid schizophrenia (1,93±5,74, p=0,071) and patients with acquired myasthenia gravis (3,74±4,46, p=0,071). On the scale of "Past. Activity factor" patients with acquired myasthenia gravis show higher indicators (7,65±4,36, p=0,069) than patients with paranoid schizophrenia (4,90±5,18, p=0,069) and the health group (6,07±4,16, p=0,069). According to the scales "Future. Emotional coloring factor" and "Future. Value factor" of the health group shows greater values (8,83±5,41, p=0,068 and 9,73±4,10, p=0,066, respectively) than patients with paranoid schizophrenia (5,70±8,52, p=0,068 and 7,50±7,72, p=0,066, respectively) and patients with acquired myasthenia gravis (4,10±9,40, p=0,068 and 5,74±7,31, p=0,066, respectively).

When studying subjectively perceived psychopathological symptoms using the SCL-90-R questionnaire, it was found that patients with paranoid schizophrenia have higher values on the Psychoticism scale (0,86±0,69, p≤0,000) than patients with acquired myasthenia gravis (0,36±0,32, p≤0,000. As a result of the post hoc analysis, it was found that group 1 differs from group 2 (p≤0,003).

3.2. Interrelations of indicators of adaptive-compensatory mechanisms with socio-demographic and clinical-dynamic characteristics in the studied groups

Variance analysis and correlation analysis of socio-demographic characteristics and performance indicators of adaptive-compensatory psychological mechanisms in groups of patients with schizophrenia, myasthenia gravis and without diagnosis were carried out. Correlations with binary nominative and rank features were calculated separately to ensure the correctness of statistical calculation.

When studying the differences in ACM on all scales of experimental psychological techniques used, depending on gender and disability, no significant differences were found in patients with acquired myasthenia gravis and in the health group. In the group of patients with paranoid schizophrenia, significant differences in the characteristics of ACM were found depending on gender only according to the scales of the questionnaire "Semantic time differential" (Student's T-criterion). Reliable values of ACM features depending on the presence of disability were found in the questionnaires "Style of self-regulation of behavior", "Semantic time differential" and "SCL-90-R" (Student's T-criterion). The results are presented in Table 9 and Table 10.

Table 9 – Differences in the scales of the questionnaire "Semantic time differential" depending on gender in the group of patients with paranoid schizophrenia

Scales	Mean, group1(M±Ơ)		F	p-value
	male	female		
PrAF	1,08±5,304	3,43±5,578	4,036	0,048
PAF	5,00±5,207	7,11±3,984	4,792	0,031

Notes:

1. M±Ơ – mean and standard deviation;
2. F – F-Fisher criterion
3. p-value – the level of statistical significance
4. PrAF – “Present. Activity factor”
5. PAV – “Past. Activity factor”

According to the scales "Present. Activity factor" and "Past. Activity factor" men with paranoid schizophrenia have lower values (1,08±5,304, p≤0,048 and 5,00±5,207, p≤0,031, respectively) compared with women with paranoid schizophrenia (3,43±5,578, p≤0,048 and 7,11±3,984, p≤0,031, respectively).

Table 10 – Differences in the scales of the questionnaires "Style of self-regulation of behavior", "Semantic time differential" and "SCL-90-R" with depending on the presence of disability in the group of patients with paranoid schizophrenia

Scales	Mean, group1(M±Ơ)		F	p-value
	not disabled	disabled		
SSB. M	4,35±1,7	3,58±1,604	4,003	0,048
STD. FAF	5,68±4,108	1,85±6,367	11,585	0,001
STD. FEF	7,29±7,226	3,58±9,567	4,053	0,047
SCL-90. SOM	0,62±0,66	1,22±0,81	13,803	0,000

Notes:

1. M±Ơ – mean and standard deviation;

2. F – F-Fisher criterion
3. p-value – the level of statistical significance
4. SSB. M – questionnaire "Style of self-regulation of behavior", "Modeling"
5. STD. FAF – "Semantic time differential", "Future. Activityfactor"
6. STD. FEF – "Semantic time differential", "Future. Emotional coloring factor"
7. SCL-90. SOM – symptomatic questionnaire SCL-90 "Somatization"

Patients with schizophrenia without disability have higher values on the scales "Modeling" (4,35±1,7, p<0,048), "Future. Activity factor" (5,68±4,108, p≤0,001) and "Future. Emotional coloring factor" (7,29±7,226, p≤0,047), then patients with schizophrenia with disabilities (3,58±1,604, p≤0,048; 1,85±6,367, p≤0,001 and 3,58+9,567, p≤0,047, respectively). They also show lower values on the "Somatization" scale (0,62±0,66, p≤0,000) compared with disabled patients with paranoid schizophrenia (1,22±0,81, p≤0,000).

3.2.1. Interrelations of ACM indicators with the presence of family and children in the study groups

The presence of a family and children is associated with differences in the work of ACM both in patients of the studied nosological categories and in the health group. The results of the study of the interrelationships of these socio-demographic characteristics and the features of the work of the ACM in the study groups are presented below in the text and in Table 11, Table 12., Table 13.

In the health group, there were no differences in the scales of the Life-meaning orientations test, despite the presence or absence of a family and children. In patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis, there were no

differences in life orientations in the presence or absence of children. The results are presented in Table 11.

Table 11 – Correlations of indicators of the Life-Meaning orientations test with the presence or absence of a family in groups of patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis

Scales	Mean, group 2(M±Ơ)				Mean, group 2 (M±Ơ)			
	presenceof family	absence of family	F	p-value	presence of family	absence of family	F	p-value
Process	28,82±7,63	25,17±8,16	4,663	0,034	-	-	-	-
Result	26,68±4,88	23,13±6,16	8,605	0,004	27,90±4,04	23,30±7,73	4,822	0,036
GS	100,03±23,08	89,49±23,26	4,570	0,035	-	-	-	-

Notes:

1. M±Ơ – mean and standard deviation;
2. F – F-Fisher criterion
3. p-value – the level of statistical significance
4. GS – “General life satisfaction”

Patients with paranoid schizophrenia who have a family reveal large values on the scales "Process" (28,82±7,63, p≤0,034), "Result" (26,68±4,88, p≤0,004) and "General life satisfaction (GS)" (100,03±23,08, p≤0,035), compared with patients paranoid schizophrenia with no family (25,17±8,16, p≤0,034; 23,13±6,16, p≤0,004 and 89,49±23,26, p≤0,035, respectively). Patients with acquired myasthenia gravis who have a family show large values on the "Result" scale (27,90±4,04, p≤0,036) in comparison with single patients (23,30±7,73, p≤0,036).

In patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis, there were no differences in the features of subjective control in the presence or absence of a family. The differences found in the health group are presented in Table 12.

Table 12 – The relationship of the indicators of the questionnaire "Level of subjective control" with the presence or absence of a family in the health group

Scales	Mean, group 2 (M±σ)			
	presenceof family	absence of family	F	p-value
Internality in the field of achievements	7,62±1,50	6,00±2,03	5,783	0,023
Internality in family relationships	6,92±1,12	5,29±2,14	6,188	0,019
General Internality	6,92±1,67	5,24±1,99	6,122	0,020

Notes:

1. M±σ – mean and standard deviation;
2. F – F-Fisher criterion
3. p-value – the level of statistical significance

Participants from the health group who have a family demonstrate higher values on the scales of "Achievements" (7,62±1,50, p<0,023), "Family relationships" (6,92±1,12, p<0,019) and "General Internality" (6,92±1,67, p<0,020) than healthy subjects who do not have families (6,00±2,03, p<0,023; 5,29±2,14, p<0,019 and 5,24±1,99, p<0,020, respectively).

In the health group, there were no differences in the scales of the questionnaire "Level of subjective control" in the presence or absence of children. The differences in the groups of people suffering from SCD are that childless patients with paranoid schizophrenia demonstrate higher values on the internality scale in the field of interpersonal relations (6,22±1,85, p≤0,048) than those with children (5,45±1,63, p≤0,048). Childless patients with acquired myasthenia gravis reveal higher values on the

internality scale in the field of family relations (5,54±1,51, p≤0,038) than those with children (4,33±1,53, p≤0,038).

In patients with acquired myasthenia gravis, there were no correlations of the indicators of the questionnaire "Semantic differential of time" with the presence or absence of a family. The differences found in the group of patients with paranoid schizophrenia and in the health group are reflected in Table 13.

Table 13 – The relationship of the indicators of the questionnaire "Semantic time differential" with the presence or absence of a family in the group of patients with paranoid schizophrenia and in the health group

Scales	Mean, group 1 (M±σ)				Mean, group 3 (M±σ)			
	presenceof family	absence of family	F	p-value	presenceof family	absence of family	F	p-value
PrEF	4,76±8,27	0,96±7,81	4,992	0,028	8,54±3,13	3,59±6,62	6,188	0,019
PrVF	6,71±5,54	4,11±5,60	4,806	0,031	10,85±2,70	5,59±4,27	15,014	0,001
PrPF	5,00±4,22	2,45±5,29	6,048	0,016	6,69±4,07	3,47±4,31	4,308	0,047
FVF	-	-	-	-	11,54±3,89	8,35±3,81	5,067	0,032

Notes:

1. M±σ – mean and standard deviation;
2. F – F-Fisher criterion
3. p-value – the level of statistical significance
4. PrEF – “Present. Emotional coloring factor”
5. PrVF – “Present. Value factor”
6. PrPF – “Present. Perceptibility factor”
7. FVF – “Future. Value factor”

Having a family, patients with paranoid schizophrenia have great values on the scales of "Present. Emotional coloring factor" (4,76±8,27, p≤0,028), "Present. Value factor" (6,71±5,54, p≤0,031), "Present. Perceptibility factor" (5,00±4,22, p≤0,016) than those without families (0,96±7,81, p≤0,028; 4,11±5,60, p≤0,031 and 2,45±5,29, p≤0,016, respectively). Healthy subjects with a family reveal large values of the scales "Present. Emotional coloring factor" (8,54±3,13, p≤0,019), "Present. Value factor" (10,85±2,70, p≤0,001) and "Present. Perceptibility factor" (6,69±4,07, p≤0,047), "Future. Value factor" (11,54±3,89, p≤0,032) compared to those who do not have a family (3,59±6,62, p≤0,019; 5,59±4,27, p≤0,001; 3,47±4,31, p≤0,047 and 8,35±3,81, p≤0,032, respectively). On the scale of "Present. Perceptibility factor" volunteers from the health group who have children show higher values (7,44±3,64; p≤0,035) than those who do not have children (3,76±4,37; p≤0,035).

In patients with acquired myasthenia gravis, there were no correlations between the indicators of the SCL-90-R questionnaire and the presence or absence of a family. Patients with paranoid schizophrenia who have a family reveal lower values on the "Paranoia" scale (0,27±0,40; p≤0,019) compared with single patients (0,54±0,59; p≤0,019).

3.2.2. Interrelations of ACM indicators with age, employment and education in the study groups

Age, employment and education are also associated with differences in aspects of the ACM. The signs "employment status" and "education" were assigned ranks. Employment: 1 – works in accordance with his qualifications; 2 – works with a decrease in qualifications; 3 – does not work.

Education: 1 – higher education; 2 – incomplete higher education; 3 – specialized secondary education; 4 – secondary education. Since in the ranking of these socio-demographic characteristics, the largest number indicates the lowest level of severity of the trait, and in the scales of questionnaires, the highest result indicates the highest severity of the trait, we can observe negative correlations. A detailed interpretation is given in the "Discussion of the results of the study".

When studying the interrelationships of such socio-demographic parameters as age, education and employment with various aspects of ACM in the groups of patients with paranoid schizophrenia, patients with acquired myasthenia gravis and in the group of health, no reliable relationships were found. The data obtained are presented in the text below, as well as in Table 14.

When studying the features of self-regulation of behavior in patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis, no significant correlations of the scales of the questionnaire "Style of self-regulation of behavior" with age and education were found. The interrelations of the parameters of self-regulation of behavior and employment in the studied nosological categories are found. In patients with paranoid schizophrenia, employment negatively correlates with the scales "Modeling" (-0,340; $p \leq 0,001$), "Programming" (-0,215, $p \leq 0,001$), "Flexibility" (-0,349; $p \leq 0,001$) and "General level" (-0,358; $p \leq 0,001$). In patients with acquired myasthenia gravis, employment negatively correlates with the scales "Planning" (-0,360; $p \leq 0,05$) and "Modeling" (-0,451; $p \leq 0,001$).

When studying the interrelations of age, employment and education in patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis with the scales of the questionnaire "Level of subjective control", negative correlations were found, presented below.

In the group of patients with paranoid schizophrenia, age negatively correlates with the scales "Internality in the field of failures" (-0,220; $p \leq 0,05$) and "Internality in the field of family relationships" (-0,262; $p \leq 0,05$). Employment negatively correlates with "Internality in the field of achievements" (-0,209; $p \leq 0,05$), "Internality in the field of

failures" (-0,230; p≤0,05), "Internality in the field of family relationships" (-0,237; p≤0,05), "Internality in the field of interpersonal relationships" (-0,339; p≤0,001) and "General internality" (-0,312; p≤0,001). No significant correlations of the features of subjective control and education were found in the group of patients with paranoid schizophrenia.

In patients with acquired myasthenia gravis, age negatively correlates with "Internality in the field of achievements" (-0,388; p≤0,05). Employment negatively correlates with the scales "Internality in the field of family relationships" (-0,376; p≤0,05), "Internality in the field of interpersonal relationships" (-0,453; p≤0,001) and "General Internality" (-0,526; p≤0,001). Education negatively correlates with the scale "Internality in the field of work relationships" (-0,409; p≤0,001).

When studying the age relationships in patients of the studied nosological categories with the scales of the "Life-Meaning Orientations Test", no significant relationships were found. The dependencies of education and life-meaning orientations were found only in the group of patients with paranoid schizophrenia, and in patients with acquired myasthenia such relationships were not observed. The results obtained in the study of the interrelationships of employment and education with life-meaning orientations in patients with paranoid schizophrenia and employment with life-meaning orientations in patients with acquired myasthenia gravis are presented below.

In patients with paranoid schizophrenia, employment negatively correlates with the scales "Goal" (-0,423; p≤0,001), "Process" (-0,431; p≤0,001), "Result" (-0,509; p≤0,001), "Locus-control Self" (-0,518; p≤0,001), "Locus-control Life" (-0,527; p≤0,001) and "General life satisfaction" (-0,592; p≤0,001). Education has negative correlations with the scales "Goal" (-0,258; p≤0,05), "Process" (-0,264; p≤0,05), "Locus-control Self" (-0,252; p≤0,05), "Locus-control Life" (-0,346; p≤0,001) and "General life satisfaction" (-0,297; p≤0,05).

In patients with acquired myasthenia gravis, employment negatively correlates with the scales "Goal" (-0,363; p≤0,05), "Process" (-0,415; p≤0,05), "Result" (-0,594;

p≤0,001), "Locus-control Life" (-0,491; p≤0,001) and "General life satisfaction" (-0,626; p≤0,001).

When studying the interrelations of age, employment and education in the groups of nosological categories studied with the scales of the questionnaire "Semantic time differential", it was revealed that in patients with acquired myasthenia gravis there are no significant correlations of the features of subjective perception of psychological characteristics of time with age and education. All found correlations are described below.

Patients with paranoid schizophrenia find negative correlations of age with the "Future. Value factor" (-0,220; p≤0,05). Employment has negative correlations with the scales "Present. Activity factor" (-0,445; p≤0,001), "Present. Emotional coloring factor" (-0,253; p≤0,05), "Present. Value factor" (-0,231; p≤0,05) and "Present. Structure factor" (-0,305; p≤0,001). Education negatively correlates with the scales "Present. Activity factor" (-0,340; p≤0,001) and "Future. Emotional coloring factor" (-0,257; p≤0,05).

Patients with acquired myasthenia gravis reveal negative correlations of employment with the scales "Present. Activity factor" (-0,510; p≤0,001) and "Present. Structure factor" (-0,363; p≤0,05).

When studying the interrelations of age, employment and education in the groups of nosological categories studied with the scales of the "Symptomatic Questionnaire SCL-90" and the Beck Depression Inventory, it was found that patients with acquired myasthenia gravis do not reveal significant correlations of age and education with subjectively perceived psychopathological symptoms and the level of depression. The results obtained are shown in Table 14.

Table 14 – Correlations of indicators of the scales of the questionnaire "SCL-90-R" and the Beck Depression Inventory with age, employment and education in groups of patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis

Scales	Group 1			Group 2
	age	employment	education	employment
SOM	0,290**	0,209*	0,258*	-
OC	-	0,425**	0,221*	0,382*

INT	-	0,302**	-	0,424*
DEP	-	0,348**	0,269*	-
ANX	-	0,331**	0,207*	0,447**
HOS	-	0,228**	-	-
PHOB	-	0,231*	-	-
PAR	-	0,352**	0,317**	0,506**
PSY	-	0,414**	0,246*	-
GSI	-	0,380**	-	0,370*
PSI	-	0,338*	0,259*	0,385*
PDSI	-	0,341**	0,378**	-
BDI	-	-0,475**	-0,300**	0,430*
* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,001$				

Notes:

1. SOM – "Somatization"
2. OC – "Obsessive-compulsive"
3. INT – "Interpersonal sensitivity"
4. DEP – "Depression"
5. ANX – "Anxiety"
6. HOS – "Hostility"
7. PHOB – "Phobias"
8. PAR – "Paranoia"
9. PSY – "Psychoticism"
10. GSI – "General index of severity of symptoms"
11. PSI – "Total number of positive answers"
12. PDSI – "Index of symptomatic distress"
13. BDI – the level of depression on the Beck Depression Inventory

In the group of patients with paranoid schizophrenia, such an indicator as an increase shows negative correlations with the "Somatization" scale ($r=0,290$, $p \leq 0,05$). When studying the relationship between the parameters of employment and self-regulation of behavior, it was found that patients with paranoid schizophrenia demonstrate correlations with the scales "Obsessive-compulsive" ($r=0,425$,$p \leq 0,001$), "Interpersonal sensitivity" ($r=0,302$, $p \leq 0,001$), "Anxiety" ($r=0,331$, $p \leq 0,001$),

"Depression" (r=0,348, p≤0,001), "Hostility" (r=0,228, p≤0,001), "Paranoia" (r=0,352, p≤0,001), "Phobias (r=0,231, p≤0,05), "Psychoticism" (r=0,338), "Total number of positive answers" (r=0,338, p≤0,05), "General index of severity of symptoms" (r=0,380, p≤0,001), "Index of symptomatic distress" (r=0,341, p≤0,001). A negative correlation with the Beck Depression Inventory was also revealed (r= -0,475, p≤0,001). Such a socio-demographic characteristic as education positively correlates with "Somatization" (r=0,258, p≤0,05), "Obsessive-compulsive" (r=0,258, p≤0,05), "Depression" (r=0,269, p≤0,05), "Anxiety" (r=0,207, p≤0,05), "Paranoia" (r=0,317, p≤0,001), "Psychoticism" (r=0,246, p≤0,05), "Total number of positive answers" (r=0,259, p≤0,05) and "Index of symptomatic distress" (r=0,378, p≤0,001). A negative correlation was found with Beck Depression Inventory (r=-0,300, p≤0,001).

In the group of patients with myasthenia gravis, employment positively correlates with "Obsessive-compulsive" (r=0,382, p≤0,05), "Interpersonal sensitivity" (r=0,424, p≤0,05), "Anxiety" (r=0,447, p≤0,001), "Paranoia" (r=0,506, p≤0,001), "The number of positive answers" (r=0,385, p≤0,05), "General index of severity of symptoms" (r=0,370, p≤0,05) and the Beck Depression Inventory (r=0,430, p<0,05).

3.2.3. Study of the interrelationships of the ACM with the characteristics of the disease: duration, number of exacerbations and number of hospitalizations in groups of patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis

The duration of the disease, the number of exacerbations and hospitalizations are associated with changes in the work of the ACM, since both the duration of the person's

stay in the situation of SCD increases, that is, potentially, the duration of the psychotraumatic effect increases, and the number of events that violate the usual course of events increases (exacerbation of painful symptoms and the fact of hospitalization in a hospital).

The results obtained in the study of the relationship between the duration of the disease, the number of exacerbations and hospitalizations are presented in the text below and in Table 15.

When analyzing the interrelations of the scales of the questionnaire "Style of self-regulation of behavior" with the duration of the disease, the number of exacerbations and hospitalizations in the groups of nosologies studied, it was found that patients with schizophrenia do not reveal significant correlations, and in patients with myasthenia gravis there is no connection between parameters such as the duration of the disease and the number of exacerbations with the peculiarities of self-regulation of behavior. At the same time, patients with myasthenia gravis show negative correlations of the scales "Modeling" and "General level of self-regulation" with the number of hospitalizations (-0,370 and -0,388, respectively; $p \leq 0,05$).

When studying the interrelationships of the scales of the questionnaire "Level of subjective control" with the duration of the disease, the number of exacerbations and hospitalizations in the groups of nosologies studied, it was found that patients with schizophrenia do not reveal significant correlations, and in patients with myasthenia gravis there is no connection between the parameter number of exacerbations and the features of internality. At the same time, patients with myasthenia gravis show correlations of the "Internality in the field of health" scale with the duration of the disease and the number of hospitalizations (0,369 and 0,380, respectively; $p \leq 0,05$).

The results of studying the relationship between the duration of the disease, the number of exacerbations and the number of hospitalizations with the scales of the questionnaire "Semantic time differential" are presented in Table 15.

Table 15 – Correlations of indicators of the scales of the questionnaire "Semantic time differential" with the duration of the disease, the number of exacerbations and the number of hospitalizations in groups of patients with schizophrenia and patients with myasthenia gravis

Scales	Group 1			Group 2		
	duration of the disease	number of exacerbations	number of hospitalizations	duration of the disease	number of exacerbations	number of hospitalizations
PrAF	-	-	-0,264*	-	-	-
PrEF	-	-	-0,217*	-	-	-
PrPF	-	-	-0,232*	-	-	-
PVF	-	-	-	-	-0,400*	-
PSF	-	0,254*	0,241*	-	-0,448*	-0,438*
PPF	-	0,206*	-	-	-	-
* $p \leq 0,05$						

Notes:

1. PrAF – "Present. Activity factor"
2. PrEF – "Present. Emotional coloring factor"
3. PrPF – "Present. Perceptibility factor"
4. PVF – "Past. Value factor "
5. PSF – "Past. Structure factor"
6. PPF – "Past. Perceptibility factor"

Patients with paranoid schizophrenia do not reveal correlations between the duration of the disease and subjectively perceived psychological characteristics of time. The number of exacerbations correlates with the scales "Past. Structure factor" ($r=0,254$, $p \leq 0,05$) and "Past. Perceptibility factor" ($r=0,206$, $p \leq 0,05$). The number of hospitalizations has negative correlations with the scales "Present. Activity factor" ($r=-0,264$, $p \leq 0,05$), "Present. Emotional coloring factor" ($r=-0,217$, $p \leq 0,05$) and "Present. Perceptibility factor" ($r=-0,232$, $p \leq 0,05$), as well as a positive correlation with the scale

"Past. Structure factor" (r=0,241, p≤0,05). In the group of patients with acquired myasthenia gravis, there was also no relationship between the duration of the disease and the subjectively perceived psychological characteristics of time. Negative correlations of the number of exacerbations with the scales "Past. Value factor" (r=-0,400, p≤0,05) and "Past. Structure factor" (r=-0,448, p≤0,05). The number of hospitalizations negatively correlates with the scale "Past. Structure factor" (r=-0,438, p≤0,05).

When studying the interrelationships of the scales of the "Symptomatic questionnaire SCL-90" with the duration of the disease, the number of exacerbations and the number of hospitalizations, it was found that patients with schizophrenia do not reveal significant correlations of the number of exacerbations and the number of hospitalizations with subjectively felt psychopathological symptoms, and patients with myasthenia gravis do not find significant correlations of the parameters characterizing the disease with the scales of the questionnaire. In patients with schizophrenia, correlations of the duration of the disease and the "Paranoia" scales are observed (0,021; p≤0,05) and the "Index of symptomatic distress" (0,214; p≤0,05).

3.3. Comparison of the features of the ACM in patients with paranoid schizophrenia before and after their treatment (isolated PPhT and combined exposure – PPhT+PE and PPhT+SST)

3.3.1. Comparison of the features of the ACM in a group of paranoid schizophrenia patients receiving isolated PPhT at admission and at the time of discharge from the hospital

Patients treated only with traditional PPhT demonstrate improvements in the functioning of the ACM at the time of discharge from the hospital in comparison with the

parameters of the ACM at the beginning of treatment, at the stage of remission. The results of their self-reports are presented in the text below and in Table 16., Table 17, Table 18.

The data obtained by analyzing the features of self-regulation of behavior in patients with schizophrenia who took isolated PPhT at the beginning of treatment and at the time of discharge from the hospital are presented in Table 16.

Table 16 – Average values and significance of differences in indicators according to the scales of the questionnaire "Style of self-regulation of behavior" in the group of patients with paranoid schizophrenia who received isolated PPhT, upon hospitalization and upon discharge from the hospital

Scales	Group 1.1, start of treatment (M±Ơ)/Me(IQR)	Group 1.1, at the moment of discharge (M±Ơ)/Me(IQR)	p-value
«Flexibility»	3,00 (2,00÷5,00)	3,50 (3,00÷5,00)	0,050
«General level»	28,17±4,96	29,27±4,60	0,005

Notes:

1. (M+Ơ) – mean and standard deviation

2. Me(IQR) – average spread

3. p-value – the level of statistical significance

In patients with schizophrenia who took only PPhT, at the time of discharge from the hospital, increases were found on the scales of "Flexibility" (3.50 (3,00÷5,00), p≤0,050) and "General level of self-regulation" (29,27±4,60, p≤0,005) compared with the beginning of treatment (3,00 (2,00÷5,00), p≤0,050 and 28,17±4,96, p≤0,005, respectively).

When studying the dynamics of the features of subjective control, it was found that patients with schizophrenia at the time of discharge from the hospital had increased

indicators on the scale of "Internality in the field of health" (5,00 (4,00÷7,00) and 6.00 (4,75÷7,00), respectively; p≤0,036).

At the time of discharge, there was also an increase in the " General life satisfaction (GS)" in the Test of Life-Meaning Orientations (80,00 (65,50÷96,00) and 82,00 (68,75÷92,25), respectively; p≤0,041).

The dynamics of changes in subjectively perceived psychological characteristics of time is shown in Table 17.

Table 17 – Average values and significance of differences in indicators according to the scales of the questionnaire "Semantic time differential" in the group of patients with paranoid schizophrenia who received isolated PPhT, upon hospitalization and upon discharge from the hospital

Scales	Group 1.1, at the start of treatment Me(IQR)	Group 1.1, at the moment of discharge Me(IQR)	p-value
PrAF	-0,50 (-3,00÷2,25)	1,00 (-2,00÷3,00)	0,008
PrEF	-2,50 (-6,25÷8,50)	0,00 (-6,00÷7,50)	0,000
PrSF	0,50 (-5,00÷6,25)	2,00 (-1,50÷6,00)	0,007
PAF	6,00 (1,00÷9,00)	6,00 (2,00÷10,00)	0,020
PEF	4,00 (-2,25÷13,00)	4,50 (0,75÷15,00)	0,007
PSF	5,00 (-1,00÷12,00)	5,00 (1,75÷12,75)	0,015
FVF	9,00 (4,00÷15,00)	11,50 (4,25÷15,00)	0,050
FSF	7,00 (0,00÷11,25)	7,25 (0,00÷15,00)	0,004
FPF	2,00 (-2,00÷7,00)	2,00 (1,00÷6,25)	0,007

Notes:

1. Me(IQR) – average spread
2. p-value – the level of statistical significance
3. PrAF – “Present. Activity factor”
4. PrEF – “Present. Emotional factor”
5. PrSF – “Present. Structure factor”
6. PAF – “Past. Activity factor”
7. PEF – “Past. Emotional coloring factor”
8. PSF – “Past. Structure factor”

9. FVF – “Future. Value factor”

10. FSF – “Future. Structure factor”

11. FPF – “Future. Perceptibility factor”

At the time of discharge from the hospital, schizophrenia patients receiving isolated PPhT showed an increase in comparison with the values at the beginning of treatment according to the scales of the questionnaire "Semantic time differential": "Present. Activity factor" (1,00 (-2,00÷3,00) and -0,50 (-3,00÷2,25), respectively, p≤0,008), "Present. Emotional coloring factor" (0,00 (-6,00÷7,50) and -2,50 (-6,25÷8,50), respectively p≤0,000), "Present. Structure factor" (2,00 (-1,50÷6,00) and 0,50 (-5,00÷6,25), respectively, p≤0,007), "Past. Activity factor" (6,00 (2,00÷10,00) and 6,00 (1,00÷9,00), respectively, p≤0,020), "Past. Emotional coloring factor" (4,50 (0,75÷15,00) and 4,00 (-2,25÷13,00), respectively, p≤0,007), "Past. Structure factor" (5,00 (1,75÷12,75) and 5,00 (-1,00÷12,00), respectively, p≤0,015), "Future. Structure factor" (7,25 (0,00÷15,00) and 7,00 (0,00÷11,25), respectively, p≤0,004) and "Future. Perceptibility factor" (2,00 (1,00÷6,25) and 2,00 (-2,00÷7,00), respectively, p≤0,007).

The results of studying the dynamics of the subjective feeling of psychopathological symptoms are presented in Table 18.

Table 18 – Average values and significance of differences in indicators according to the scales of the questionnaire "SCL-90-R" in the group of patients with paranoid schizophrenia who received isolated PPhT, upon hospitalization and upon discharge from the hospital

Scales	Group 1.1, at the start of treatment (M±σ)/Me(IQR)	Group 1.1, at the moment of discharge (M±σ)/Me(IQR)	p-value
SOM	0,50 (0,25÷1,23)	0,33 (0,15÷1,10)	0,002
OC	1,35 (0,60÷1,93)	0,90 (0,58÷1,33)	0,000
INT	1,14±0,80	0,96±0,63	0,002
DEP	1,34 (0,81÷1,94)	0,92 (0,44÷1,27)	0,000
ANX	0,75 (0,50÷1,53)	0,60 (0,30÷0,95)	0,000

HOS	0,50 (0,17÷0,92)	0,25 (0,00÷0,54)	0,000
PHOB	0,43 (0,00÷0,86)	0,29 (0,00÷0,57)	0,000
PAR	0,59 (0,17÷1,17)	0,42 (0,00÷1,00)	0,001
PSY	0,70 (0,38÷1,30)	0,40 (0,10÷0,70)	0,000
GSI	0,80 (0,59÷1,38)	0,58 (0,37÷0,90)	0,000
PSI	40,00 (27,25÷61,50)	33,00 (21,75÷57,75)	0,003
PDSI	1,84 (1,51÷2,33)	1,56 (1,26÷1,79)	0,000

Notes:

1. (M+Ơ) – mean and standard deviation
2. Me(IQR) – average spread
3. p-value – the level of statistical significance
4. SOM – "Somatization"
5. OC – "Obsessive-compulsive"
6. INT – "Interpersonal sensitivity"
7. DEP – "Depression"
8. ANX – "Anxiety"
9. HOS – "Hostility"
10. PHOB – "Phobias"
11. PAR – "Paranoia"
12. PSY – "Psychoticism"
13. GSI – "General index of severity of symptoms"
14. PSI – "Total number of positive answers"
15. PDSI – "Index of symptomatic distress"

When analyzing the dynamics of ACM in patients with schizophrenia who took only PPhT, decreases in subjectively felt psychopathological symptoms were revealed according to the scales of the questionnaire "SCL-90-R": "Somatization" (0,33 (0,15÷1,10) and 0,50 (0,25÷1,23), respectively, $p \leq 0{,}002$), "Obsessive-compulsive" (0,90 (0,58÷1,33) and 1,35 (0,60÷1,93), $p \leq 0{,}000$), "Interpersonal sensitivity" ($0{,}96 \pm 0{,}63$ and $1{,}14 \pm 0{,}80$, respectively, $p \leq 0.002$), "Depression" (0,92 (0,44÷1,27) and 1,34 (0,81÷1,94), respectively, $p \leq 0{,}000$), "Hostility" (0,25 (0,00÷0,54) and 0,50 (0,17÷0,92), respectively, $p \leq 0{,}000$),

"Phobias" (0,29 (0,00÷0,57) and 0,43 (0,00÷0.86), respectively, p≤0,000), "Paranoia" (0,42 (0,00÷1,00) and 0,59 (0,17÷1,17), respectively, p≤0,000), "Psychoticism" (0,40 (0,10÷0,70) and 0,70 (0,38÷1,30), respectively, p≤0,000), "General index of severity of symptoms" (0,58 (0,37÷0,90) and 0,80 (0,59÷1,38), respectively, p≤0,000), "Number of positive answers" (33,00 (21,75÷57,75) and 40,00 (27,25÷61.50), respectively, p≤0,003), "Index of symptomatic distress" (1,56 (1,26÷1.79) and 1,84 (1,51÷2,33), respectively, p≤0,000).

In patients with schizophrenia who received isolated PPhT, at the time of discharge, there was a decrease in the severity of depressive experiences when assessed on the Beck Depression Inventory (12,97±8,73 and 19,93±12,34, respectively; p≤0,000).

3.3.2. Comparison of the features of ACM work in a group of paranoid schizophrenia patients receiving complex treatment of PPhT+SST, before the beginning of the group and after its end

Patients who received complex treatment in the form of receiving PPhT and participating in social skills training demonstrate improvements in the work of the ACM at the end of the group compared to the time before it began. The results of self-reports of patients are presented in the text below and in Table 19, Table 20, Table 21, Table 22.

The results of studying the dynamics of the features of self-regulation of behavior are presented in Table 19.

Table 19 – Average values and significance of differences in indicators according to the scales of the questionnaire "Style of self-regulation of behavior" in a group of patients with paranoid schizophrenia who received complex treatment of PPhT+SST, at the beginning of the training and at its end

Scales	Group 1.2, at the beginning of the SST (M±Ơ)/Me(IQR)	Группа 1.2, at the end of SST (M±Ơ)/Me(IQR)	p-value
Modeling	3,00 (2,00÷4,00)	4,00 (2,00÷5,00)	0,026
Flexibility	4,00 (3,00÷5,00)	5,00 (3,00÷6,00)	0,022
General level	27,31±7,08	28,81±6,10	0,052

Notes:

1. (M+Ơ) – mean and standard deviation
2. Me(IQR) – average spread
3. p-value – the level of statistical significance

In patients with schizophrenia who received combined treatment of PPhT+SST, at the end of the training, increases were detected on the scales "Modeling" (4,00 (2,00÷5,00) and 3,00 (2,00÷4,00), respectively, p≤0,026), "Flexibility" (5,00 (3,00÷6,00) and 4,00 (3,00÷5,00), respectively, p≤0,022), "General level" (28,81±6,10 and 27,31±7,08, respectively, p≤0,052) of the questionnaire "Style of self-regulation of behavior".

After SST, patients with schizophrenia showed an increase in the "General internality" scale (5,00 (4,00÷6,00) and 5,00 (4,00÷7,00), respectively; p≤0,012) of the questionnaire "Level of subjective control".

The results obtained in the study of the dynamics of life-meaning orientations in patients with schizophrenia who received combined treatment of PPhT+SST are shown in Table 20.

Table 20 – Average values and significance of differences in indicators on the scales of the Life-Meaning Orientations Test in the group of patients with paranoid schizophrenia who received complex treatment of PPhT+SST, at the beginning of the training and at its end

Scales	Group 1.2, at the beginning of the SST (M±Ơ)/Me(IQR)	Группа 1.2, at the end of SST (M±Ơ)/Me(IQR)	p-value
Goal	24,00 (12,00÷33,00)	27,00 (20,00÷36,00)	0,006
Process	20,95±10,20	24,67±9,90	0,001
Result	18,64±8,32	21,54±8,22	0,003
LC Self	15,00 (10,00÷21,00)	19,00 (15,00÷22,00)	0,014
GS	77,92±28,57	87,92±27,74	0,002

Notes:

1. (M+Ơ) – mean and standard deviation
2. Me(IQR) – average spread
3. p-value – the level of statistical significance
4. LC Self – “Locus-control Self”
5. GS – “General life satisfaction”

After participation in SST in patients with schizophrenia, there were increases in values on the scales of evaluation of life orientations: "Goal" (27,00 (20,00÷36,00) and 24,00 (12,00÷33,00), respectively, p≤0,006), "Process" (24,67±9,90 and 20,95±10,20, respectively, p≤0,001), "Result" (21,54±8,22 and 18,64±8,32, respectively, p≤0,003), "Locus-control Self" (19,00 (15,00÷22,00) and 15,00 (10,00÷21,00), respectively, p≤0,014), "General life satisfaction" (87,92±27,74 and 77,92±28,57, respectively, p≤0,002).

The results of studying the dynamics of subjective perception of psychological characteristics of time are presented in Table 21.

Table 21 – Average values and significance of differences in indicators according to the scales of the questionnaire "Semantic time differential" in the group of patients with paranoid schizophrenia who received complex treatment of PPhT+SST, at the beginning of the training and at its end

Scales	Group 1.2, at the beginning of the SST (M±σ)	Группа 1.2, at the end of SST (M±σ)	p-value
PrVF	3,62±5,85	5,49±4,57	0,018
PrSF	1,74±5,32	4,13±4,91	0,003
PPF	2,67±5,56	1,18±4,73	0,052

Notes:

1. (M+σ) – mean and standard deviation
2. p-value – the level of statistical significance
3. PrVF – “Present. Value factor”
4. PrSF – “Present. Structure factor”
5. PPF – “Past. Perceptibility factor”

In patients with schizophrenia, after participating in SST, there is an increase on the scales of "Present. Value factor" (5,49±4,57 and 3,62±5,85, respectively, p≤0,018), "Present. Structure factor" (4,13±4,91 and 1,74±5,32, respectively, p≤0,003) of the questionnaire "Semantic time differential", as well as a decrease in values on the scale "Past. Perceptibility factor" (1,18±4,73 and 2,67±5,56, respectively, p≤0,052).

The results of studying the dynamics of the subjective feeling of psychopathological symptoms are presented in Table 22.

Table 22 – Average values and significance of differences in indicators according to the scales of the questionnaire "SCL-90-R" in the group of patients with paranoid schizophrenia who received complex treatment of PPhT+SST, at the beginning of the training and at its end

Scales	Group 1.2, at the beginning of the SST (M±Ơ)/Me(IQR)	Группа 1.2, at the end of SST (M±Ơ)/Me(IQR)	p-value
SOM	1,00 (0,25÷1,58)	0,42 (0,25÷0,75)	0,001
OC	1,40 (0,80÷2,00)	1,00 (0,40÷1,40)	0,000
INT	1,25±0,97	0,95±0,93	0,000
DEP	1,38 (0,69÷2,38)	0,77 (0,38÷1,46)	0,000
ANX	1,00 (0,40÷1,50)	0,50 (0,20÷1,00)	0,002
PHOB	0,57 (0,14÷2,00)	0,14 (0,00÷1,14)	0,000
PAR	0,50 (0,17÷1,17)	0,33 (0,00÷1,00)	0,008
PSY	0,70 (0,20÷1,30)	0,20 (0,10÷0,70)	0,000
GSI	1,10 (0,44÷1,81)	0,52 (0,27÷0,91)	0,000
PSI	49,00 (31,00÷66,00)	34,00 (21,00÷56,00)	0,000
PDSI	1,74 (1,42÷2,36)	1,52 (1,13÷1,95)	0,000

Notes:

1. (M+Ơ) – mean and standard deviation
2. Me(IQR) – average spread
3. p-value – the level of statistical significance
4. SOM – "Somatization"
5. OC – "Obsessive-compulsive"
6. INT – "Interpersonal sensitivity"
7. DEP – "Depression"
8. ANX – "Anxiety"
9. PHOB – "Phobias"
10. PAR – "Paranoia"
11. PSY – "Psychoticism"
12. GSI – "General index of severity of symptoms"
13. PSI – "Total number of positive answers"
14. PDSI – "General index of symptomatic distress"

In patients with schizophrenia, after undergoing SST, a decrease was found on some scales of assessment of subjectively felt psychopathological symptoms: "Somatization" (0,42 (0.25÷0,75) and 1,00 (0,25÷1,58), respectively, $p \leq 0,001$), "Obsessive-compulsive" (1,00 (0,40÷1,40) and 1,40 (0,80÷2,00), respectively, $p \leq 0,000$), "Interpersonal sensitivity" (0,95±0,93 and 1,25±0,97, respectively, $p \leq 0,000$), "Depression" (0,77 (0,38÷1,46) and 1,38 (0,69÷2,38), respectively, $p \leq 0,000$), "Anxiety" (0,50 (0,20÷1,00) and 1,00 (0,40÷1,50), respectively, $p \leq 0,002$), "Phobias" (0,14 (0,00÷1,14) and 0,57 (0,14÷2,00), respectively, $p \leq 0,000$), "Paranoia" (0,33 (0,00÷1,00) and 0,50 (0,17÷1,17), respectively, $p \leq 0,008$), "Psychoticism" (0,20 (0,10÷0,70) and 0,70 (0,20÷1,30), respectively, $p \leq 0,000$), "General index severity of symptoms" (0,52 (0,27÷0,91) and 1,10 (0,44÷1,81), respectively, $p \leq 0,000$), "Number of positive answers" (34,00 (21,00÷56,00) and 49,00 (31,00÷66,00), respectively, $p \leq 0,000$), "Index of symptomatic distress" (1,52 (1,13÷1,95) and 1,74 (1,42÷2,36), respectively, $p \leq 0,000$).

In patients with schizophrenia who received combined treatment of PPhT+SST, after participating in the training, there was a decrease in the severity of depressive experiences when assessed on the Beck Depression Inventory (22,23±16,58 and 15,90±12,90, respectively; $p \leq 0,000$).

3.3.3. Comparison of the features of the ACM in a group of patients with paranoid schizophrenia who received complex treatment of PPhT+PE, before the beginning of the group and at its end

Patients who received combined treatment in the form of traditional PPhT, supplemented by participation in a psychoeducational program, reveal improvements in the work of the ACM at the end of the group compared to the time before it began. The

results of self-reports of patients are presented in the text below and in Table 23, Table 24.

Patients with schizophrenia who underwent complex treatment of PPhT+PE the end of the psychoeducational program, they note an increase in internality in the field of health (5,00 (3,00÷7,00) and 5,00 (2,75÷6,00), respectively; p≤0,019).

Dynamics in the subjective perception of psychological characteristics of time in patients with schizophrenia who received complex treatment of PPhT+PE is reflected in Table 23.

Table 23 – Average values and significance of differences in indicators according to the scales of the questionnaire "Semantic time differential" in patients with paranoid schizophrenia who received complex treatment of PPhT+PE, at the beginning of the program and at its completion

Scales	Group 1.3, at the beginning of the PE (M±σ)/Me(IQR)	Группа 1.3, at the end of PE (M±σ)/Me(IQR)	p-value
PrEF	3,20±8,15	6,10±6,60	0,020
PrVF	4,83±5,35	6,97±4,30	0,048
PVV	4,50 (0,00÷10,00)	8,00 (3,75÷11,00)	0,037

Notes:

1. (M+σ) – mean and standard deviation
2. Me(IQR) – average spread
3. p-value – the level of statistical significance
4. PrEF – “Present. Emotional coloring factor”
5. PrVF – “Present. Value factor”
6. PVV – “Past. Value factor”

After participating in psychoeducational classes, patients with schizophrenia showed an increase in some scales of the questionnaire "Semantic time differential": "Present. Emotional coloring factor" (6,10±6,60 and 3,20±8,15, respectively, p≤0,020),

"Present. Value factor" (6,97±4,30 and 4,83±5,35, respectively, p≤0,048), "Past. Value factor" (8,00 (3,75÷11,00) and 4,50 (0,00÷10,00), respectively, p≤0,037).

The results of studying the dynamics of the subjective feeling of psychopathological symptoms are presented in Table 24.

Table 24 – Average values and significance of differences in indicators according to the scales of the questionnaire "SCL-90-R" in the group of patients with paranoid schizophrenia who received complex treatment of PPhT+PE, at the beginning of classes and at their end

Scales	Group 1.3, at the beginning of the PE (M±Ơ)/Me(IQR)	Группа 1.3, at the end of PE (M±Ơ)/Me(IQR)	p-value
SOM	0,58 (0,31÷0,83)	0,25 (0,00÷0,50)	0,000
OC	0,90 (0,50÷1,50)	0,55 (0,20÷1,13)	0,001
INT	0,84±0,60	0,55±0,59	0,000
DEP	1,00 (0,44÷1,25)	0,46 (0,15÷0,89)	0,000
ANX	0,70 (0,28÷1,20)	0,35 (0,08÷0,80)	0,001
HOS	0,33 (0,13÷0,67)	0,17 (0,00÷0,33)	0,010
PHOB	0,44±0,46	0,30±0,42	0,021
PAR	0,53±0,54	0,36±0,45	0,013
PSY	0,55 (0,10÷0,83)	0,38 (0,11÷0,70)	0,013
GSI	0,70 (0,36÷0,98)	0,58 (0,37÷0,90)	0,000
PSI	42,00 (27,75÷58,00)	24,00 (10,00÷42,50)	0,000
PDSI	1,51 (1,22÷1,80)	1,20 (1,00÷1,44)	0,000

Notes:

1. (M+Ơ) – mean and standard deviation
2. Me(IQR) – average spread
3. p-value – the level of statistical significance
4. SOM – "Somatization"
5. OC – "Obsessive-Compulsive"
6. INT – "Interpersonal sensitivity"
7. DEP – "Depression"

8. ANX – "Anxiety"
9. HOS – "Hostility"
10. PHOB – "Phobias"
11. PAR – "Paranoia"
12. PSY – "Psychoticism"
16. GSI – "General index of severity of symptoms"
17. PSI – "Total number of positive answers"
18. PDSI – "Index of symptomatic distress"

After participating in the psychoeducational program, patients with schizophrenia revealed a decrease in a number of parameters for assessing the subjective sensation of psychopathological symptoms: "Somatization" (0,25 (0,00÷0,50) and 0,58 (0,31÷0,83), respectively, $p \leq 0,000$), "Obsessive-compulsive" (0,55 (0,20÷1,13) and 0,90 (0,50÷1,50), respectively, $p \leq 0,001$), "Interpersonal sensitivity" (0,55±0,59 and 0,84±0,60, respectively, $p \leq 0,000$), "Depression" (0,46 (0,15÷0,89) and 1,00 (0,44÷1,25), respectively, $p \leq 0,000$), "Anxiety" (0,35 (0,08÷0,80) and 0,70 (0,28÷1,20), respectively, $p \leq 0,001$), "Hostility" (0,17 (0,00÷0,33) and 0,33 (0,13÷0,67), respectively, $p \leq 0,010$), "Phobias" (0,30±0,42 and 0,44±0,46, respectively, $p \leq 0,021$), "Paranoia" (0,36±0,45 and 0,53±0,54, respectively, $p \leq 0,013$), "Psychoticism" (0,38 (0,11÷0,70) and 0,55 (0,10÷0,83), respectively, $p \leq 0,013$), "General index of severity of symptoms" (0,58 (0,37÷0,90) and 0,70 (0,36÷0,98), respectively, $p \leq 0,000$), "The number of positive answers" (24,00 (10,00÷42,50) and 42,00 (27,75÷58,00), respectively, $p \leq 0,000$), "Index of symptomatic distress" (1,20 (1,00÷1,44) and 1,51 (1,22÷1,80), respectively, $p \leq 0,000$).

In patients with schizophrenia who received combined treatment of PPhT+PE to, after participating in the psychoeducational program, there was a decrease in the severity of depressive experiences when assessed on the Beck Depression Inventory (12,90±9,52 and 9,97±10,19, respectively; $p \leq 0,009$).

3.4. Comparison of the effects of isolated PPhT and combined exposure to PPhT+PE and PPhT+SST for ACM work in patients with paranoid schizophrenia

The obtained effects were compared after the use of classical PPhT and combined effects in the form of drug therapy and psycho-social rehabilitation measures (PE and SST). The results are presented in the text below and in Table 25, Table 26, Table 27, as well as in Figure 1, Figure 2 and Figure 3.

When studying the features of self-regulation by means of the questionnaire "Self-regulation style of behavior" in patients taking isolated PPhT and receiving complex treatment of PPhT+TSN and PPhT+PE significant differences were found in the PE, as well as differences at the level of trends.

When studying the features of internality by means of the questionnaire "Level of subjective control", it was found that on the scale of "Internality in the field of health", patients who took isolated PPhT have the highest values (5,73$\pm$1,98, p$\leq$0,015), followed by patients with schizophrenia who received combined treatment of PPhT+SST (5,51$\pm$2,14, p$\leq$0,015) and the lowest values are demonstrated by patients from the PPhT+PE group (4,30$\pm$2,00, p$\leq$0,015). As a result of the post hoc analysis, it was found that group 1.1 differs from 1.2, p$\leq$0,022, and group 1.2 differs from 1.3, p$\leq$0,044.

The results of comparing the values of the scales of the "Life-Meaning orientations test" are presented in Table 25.

Table 25 – Average values and significance of differences in indicators on the scales of the Life-Meaning Orientations Test in groups of patients with paranoid schizophrenia who received isolated PPhT and combined treatment of PPhT+SST and PPhT+PE at the stage of discharge from hospital and at the end of the psycho-social rehabilitation program

Scales	Group 1.1, at the discharge (M±σ)/Me(IQR)	Group 1.2, at the end (M±σ)/Me(IQR)	Group 1.3, at the and (M±σ)/Me(IQR)	F	p-value	Post hoc analysis (differences in groups)
P	22,10±7,92	24,64±9,90	28,00±7,64	3,489	0,034	group 1.1 is different from 1.3, p≤0,014
R	20,00 (17,75÷25,00)	22,00 (14,00÷28,00)	24,50 (22,75÷30,00)	-	0,009	group 1.1 is different from 1.3, p≤0,019
LC-Life	24,00 (20,00÷28,00)	25,00 (19,00÷33,00)	29,50 (26,50÷34,00)	-	0,001	group 1.1 is different from 1.3, p≤0,004

Notes:

1. (M+σ) – mean and standard deviation
2. Me(IQR) – average spread
3. F – F-statistics, F-Fisher criterion
4. p-value – the level of statistical significance
5. P – “Process”
6. R – “Result”
7. LC-Life – “Locus-control Life”

When studying the indicators on the scales of the life-meaning orientations test in the studied subgroups, it was revealed that patients with paranoid schizophrenia who took isolated PPhT on the scales "Process" (22,10±7,92, p≤0,034), "Result" (20,00 (17,75÷25,00), p≤0,009), "Locus-control Life" (24,00 (20,00÷28,00), p≤0,001) differ from patients who attended SST (28,00±7,64, p≤0,034; 24,50 (22,75÷30,00), p≤0,009; 29,50 (26,50÷34,00), p≤0,001, respectively). As a result of the post hoc analysis, it was confirmed that the group of patients who received only PPhT differs in these parameters

from those who underwent SST, while both these groups do not differ in these parameters with those who participated in the PE.

Indicators of the scales of the meaning of life orientations Test in groups of patients with paranoid schizophrenia who received isolated PPhT and combined treatment of PPhT+PE and PPhT+SST at the stage of discharge from the hospital and at the end of the psycho-social rehabilitation program are presented in Figure 1.

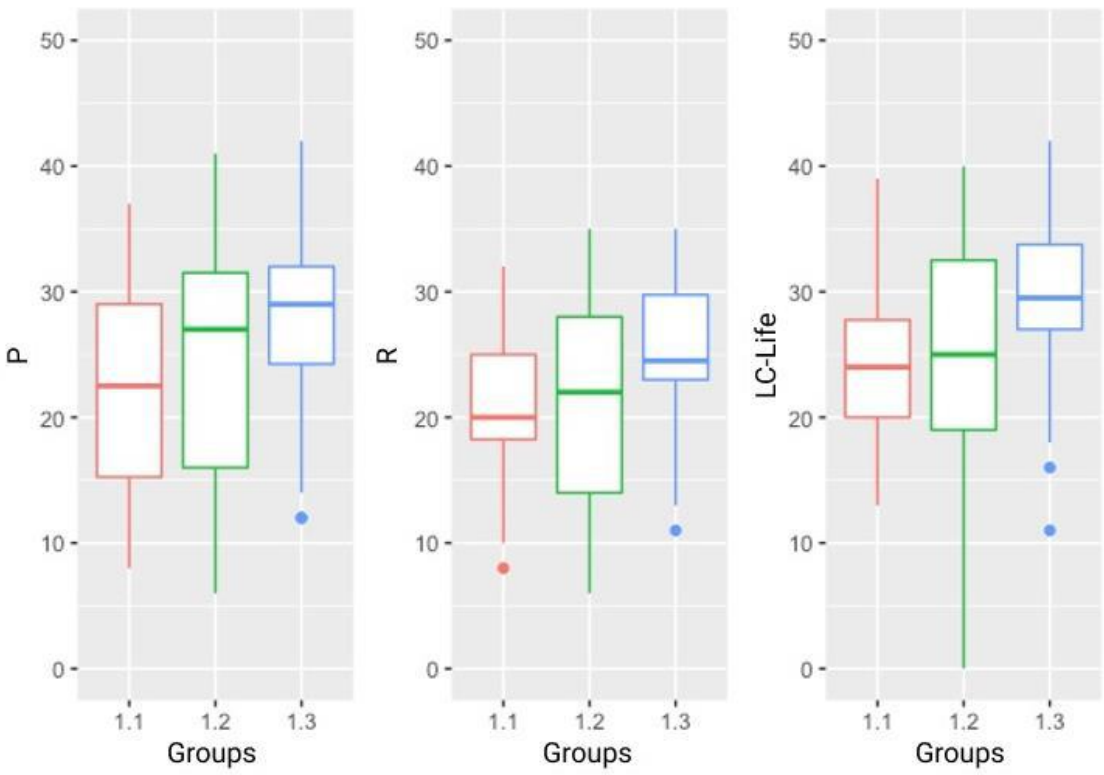

Figure 1 – Indicators of the scales of the meaning of life orientations Test in groups of patients with paranoid schizophrenia who received isolated PPhT and combined treatment of PPhT+PE and PPhT+SST at the stage of discharge from the hospital and at the end of the psycho-social rehabilitation program

As can be seen from Figure 1, patients who received complex treatment of PPhT+SST demonstrate higher values of the indicators of the "Process", "Result" and

"Locus-control Life" scales than patients who received isolated PPhT and patients who underwent SST in combination with taking PPhT. The lowest values according to these scales are revealed by patients who took isolated PPhT.

The results of the comparison of subjective perception of psychological characteristics of time in the studied subgroups are shown in Table 26.

Table 26 – Comparison of indicators of the scales of the questionnaire "Semantic time differential" in groups of schizophrenia patients receiving isolated PPhT and combined treatment of PPhT+SST and PPhT+PE at the stage of discharge from the hospital and at the end of the psycho-social rehabilitation program

Scales	Group 1.1, at the discharge (M±σ)/Me(IQR)	Group 1.2, at the end (M±σ)/Me(IQR)	Group 1.3, at the and (M±σ)/Me(IQR)	F	p-value	Post hoc analysis (differences in groups)
PrEF	0,87±8,97	2,62±7,32	6,10±6,60	3,655	0,030	group 1.1 is differentfrom 1.3, p≤0,025
PrVF	3,43±5,60	5,49±4,57	6,97±4,30	4,058	0,020	group 1.1 is differentfrom 1.3, p≤0,015
PAF	6,00 (2,00÷10,00)	2,00 (-5,00÷8,00)	3,00 (0,00÷7,25)	-	0,032	group 1.1 is differentfrom 1.2, p≤0,010
PSF	6,00±6,54	0,92±6,12	3,80±6,41	5,564	0,005	group 1.1 is differentfrom 1.2, p≤0,004
PPF	4,37±4,96	1,31±4,54	1,67±4,12	4,307	0,016	group 1.1 is differentfrom 1.2, p≤0,018

Notes:

1. (M+σ) – mean and standard deviation
2. Me(IQR) – average spread
3. F – F-Fisher criterion
4. p-value – the level of statistical significance
5. PrEF – “Present. Emotional coloring factor”
6. PrVF – “Present. Value factor”

7. PAF – “Past. Activity factor”
8. PSF – “Past. Structure factor”
9. PPF – “Past. Perceptibility factor”

When studying the indicators of the scales of the questionnaire "Semantic time differential", differences in the perception of psychological characteristics of the present time were found: patients who received combined treatment of PPhT+SST demonstrate high values on the scales "Present. Emotional coloring factor" (6,10±6,60, p≤0,030) and "Present. Value factor" (6,97±4,30, p≤0,020) compared with patients receiving combined treatment of PPhT+PE (2,62±7,32, p≤0,030 and 5,49±4,57, p≤0,020, respectively) and patients receiving isolated PPhT (0,87±8,97, p≤0,030 and 3,43±5,60, p≤0,020, respectively). Patients who took isolated PPhT differ in a big way on the scales of "Past. Activity factor" (6,00 (2,00÷10,00), p≤0,032), "Past. Structure factor" (6,00±6,54, p<0.005), "Past. Perceptibility factor" (4,37±4,96, p≤0,016) from patients receiving PPhT+SST (3,00 (0,00÷7,25), p≤0,032; 3,80±6,41, p≤0,005 and 1,67±4,12, p≤0,016) and from patients receiving combined treatment of PPhT+PE (4,37±4,96, p≤0,032; 1,67±4,12, p≤0,005 and 1,31±4,54, p≤0,016, respectively). As a result of the post hoc analysis, it was found that according to the scales "Present. Emotional coloring factor" and "Present. Value factor" patients from group 1.1. differ from patients from group 1.3. (p≤0,025 and p≤0,015, respectively), while both these groups do not differ from patients from group 1.2. On the scales "Past. Activity factor", "Past. Structure factor" and "Past. Perceptibility factor" patients from group 1.1. differ from patients from group 1.2. (p≤0,010, p≤0,004 and p≤0,018, respectively), while both of these groups do not differ from patients from group 1.3.

Indicators of the scales of the questionnaire of the questionnaire "Semantic time differential" in groups of schizophrenia patients receiving isolated PPhT and combined treatment of PPhT+SST and PPhT+PE at the stage of discharge from the hospital and at the end of the psycho-social rehabilitation program are presented in figure 2.

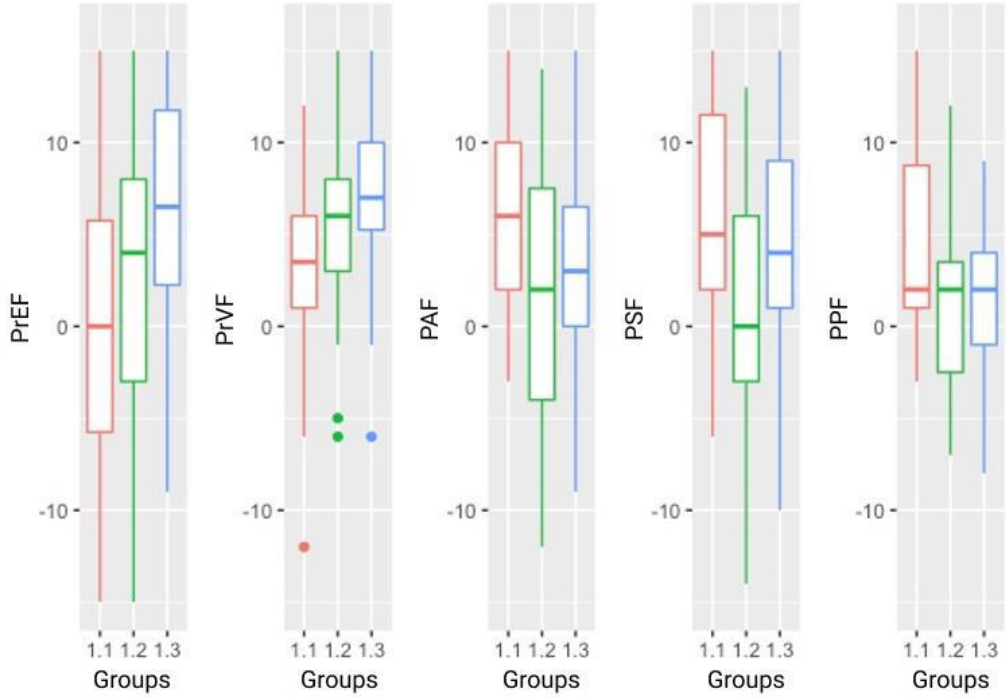

Figure 2 – Indicators of the scales of the questionnaire of the questionnaire "Semantic time differential" in groups of schizophrenia patients receiving isolated PPhT and combined treatment of PPhT+SST and PPhT+PE at the stage of discharge from the hospital and at the end of the psycho-social rehabilitation program

As can be seen from Figure 2 patients who underwent SST in combination with taking PPhT demonstrate higher values on the scales "Present. Emotional coloring factor" and "Present. Value factor", rather than patients who took isolated PPhT and patients who participated in the PE program in combination with taking PPhT. Patients with paranoid schizophrenia who took only PPhT, reveal the lowest values according to these scales. Patients who took isolated PPhT differ significantly from patients who, in addition to PPhT, participated in psycho-social rehabilitation measures (SST and PE), according to the indicators of the scales "Past. Activity factor", "Past. Structure factor", "Past. Perceptibility factor". Patients who have undergone PE in combination with taking PPhT have the lowest values on the scale "Past. Activity factor". According to the scales "Past. Structure factor" and "Past. Perceptibility factor" patients with paranoid schizophrenia who participated in SST with parallel reception of PPhT, reveal the lowest values.

The results of the comparison of subjectively perceived psychopathological symptoms in the study groups are presented in Table 27.

Table 27 – Comparison of indicators of subjectively perceived psychopathological symptoms in groups of schizophrenia patients receiving isolated PPhT and combined treatment of PPhT+SST and PPhT+PE at the stage of discharge from the hospital and at the end of the psycho-social rehabilitation program

Scales	Group 1.1, at the discharge (M±Ơ)/Me(IQR)	Group 1.2, at the end (M±Ơ)/Me(IQR)	Group 1.3, at the and (M±Ơ)/Me(IQR)	F	p-value	Post hoc analysis (differences in groups)
INT	0,96±0,63	0,94±0,93	0,54±0,59	2,962	0,044	group 1.1 is different from1.3, p≤0,035
DEP	1,05±0,79	1,10±0,98	0,59±0,56	3,830	0,025	group 1.1 is different from 1.2, p≤0,024 group 1.1 is differentfrom1.3, p≤0,033
PDSI	1,56 (1,25÷1,79)	1,52 (1,13÷1,95)	1,19 (1,00÷1,44)	-	0,001	group 1.1 is different from 1.3, p≤0,002 group 1.2 is differentfrom1.3, p≤0,005

Notes:

1. (M+Ơ) – mean and standard deviation
2. Me(IQR) – average spread
3. F – F-statistics, F-Fisher criterion
4. p-value – the level of statistical significance
5. INT – "Interpersonal sensitivity"
6. DEP – "Depression"
7. PDSI – "General index of symptomatic distress"

When studying the differences in the subjective feeling of psychopathological symptoms in the studied groups of patients with paranoid schizophrenia, it was found that

patients who participated in the PE revealed less pronounced values on the scale of "Interpersonal sensitivity" (0,54±0,59, p≤0,044) than patients who received isolated PPhT (0,96±0,63, p≤0,044), with at the same time, both of these groups have no differences from the group of patients who underwent SST (0,94±0,93, p≤0,044).According to the scales "Depression" and "Index of symptomatic distress", patients who have undergone PE have the lowest values (0,59±0,56, p≤0,025 and 1,19 (1,00÷1,44), p≤0,001, respectively), differing from patients taking isolated PPhT (1,05±0,79, p≤0,025 and 1,56 (1,25÷1,79), p≤0,001, respectively) and from those participating in SST (1,10±0,98, p≤0,025 and 1,52 (1,13÷1,95), p≤0,001, respectively), which, in turn, do not differ from each other in the specified parameters.

Indicators of the scales of the SCL-90-R questionnaire in groups of schizophrenia patients receiving isolated PPhT and combined treatment of PPhT+SST and PPhT+PE at the stage of discharge from the hospital and at the end of the psycho-social rehabilitation program are presented in figure 3.

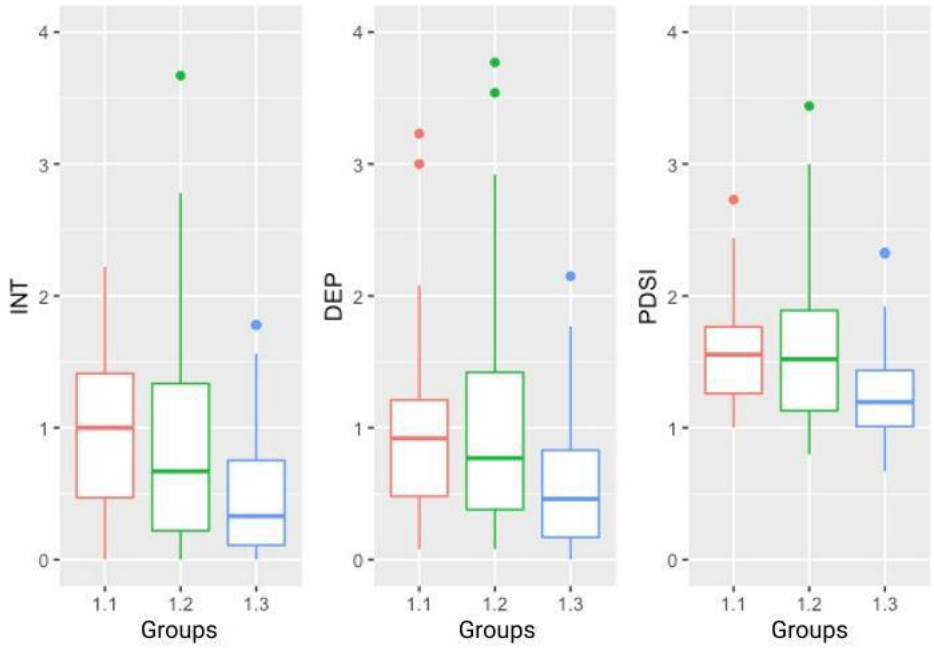

Figure 3. Indicators of the scales of the SCL-90-R questionnaire in groups of schizophrenia patients receiving isolated PPhT and combined treatment of PPhT+SST and PPhT+PE at the stage of discharge from the hospital and at the end of the psycho-social rehabilitation program

As can be seen from Figure 3., patients who underwent SST in combination with taking PPhT demonstrate the lowest values on the scales "Interpersonal sensitivity", "Depression" and "Index of present symptomatic distress". The highest values on the scale of "Interpersonal sensitivity" are revealed by patients with paranoid schizophrenia who took isolated PPhT. According to the scales "Depression" and "Index of available symptomatic distress", the highest values are observed in patients who participated in the program in combination with taking medications.

Summary of Chapter 3

Chapter 3, "Results of the study," analyzes the features of ACM in patients with paranoid schizophrenia, patients with congenital and acquired myasthenia gravis and in the health group, and also reflects the influence of socio-demographic factors on the work of ACM.

In the first paragraph, the features of the work of the ACM in patients with paranoid schizophrenia, patients with congenital or acquired myasthenia gravis and in the healthy group were compared in terms of their self-regulation of behavior, life-meaning orientations, subjectively perceived psychological characteristics of time and subjectively perceived psychopathological symptoms. It was found that patients with congenital or acquired myasthenia gravis more often occupy the middle position – thus, their disorders in the work of the ACM are not as total as in patients with schizophrenia, but, at the same time, the disease leaves an imprint on the ACM, distinguishing them from the health group by a number of parameters.

In the second paragraph, the features of the work of the ACM and socio-demographic characteristics in the studied groups are considered, taking into account gender, disability, family and children, age, employment, education, the number of

exacerbations and the number of hospitalizations. It was found that men with schizophrenia perceive the present and past tense as less active compared to women suffering from schizophrenia. Patients with paranoid schizophrenia without disability manage the emotional sphere better, view the future as more active and are less prone to complaints of a somatic nature than those with disabilities. Having a family has a beneficial effect on the work of the ACM in patients with neuropsychiatric disorders. The absence of children increases internality in both nosologies studied. Employment and level of education also have a positive effect on the work of the ACM in patients with schizophrenia and patients with congenital or acquired myasthenia gravis. The duration of the disease, frequent exacerbations and a large number of hospitalizations aggravate the psychological state of patients, generating high distress. At the same time, in patients with schizophrenia, this effect on the ACM is less than in patients with congenital or acquired myasthenia gravis.

The third paragraph describes a comparison of the features of the ACM in patients with paranoid schizophrenia before and after the treatment they received (isolated PPhT and combined exposure – PPhT+PE and PPhT+SST). Improvements in the work of the ACM after the received treatment were revealed in all three subgroups of patients with schizophrenia. At the same time, participation in PE helps to reduce depression and awareness of their contribution to health, and participation in SST has had a beneficial effect on self-regulation of behavior, a sense of satisfaction and manageability of life.

In the fourth paragraph, the effects of isolated PPhT and combined effects of PPhT+SST and PPhT+PE are compared for ACM work in patients with paranoid schizophrenia. It was revealed that participation in SST in many ways revives the emotional sphere of patients, while understandable feelings of sadness arise from the restrictions that the disease imposes on various spheres of life. Participation in the PE allows you to look realistically at your opportunities in the future, but there are manifestations of fatalism.

DISCUSSION OF THE RESULTS OBTAINED

About the features of the ACM in patients with paranoid schizophrenia, patients with acquired myasthenia gravis and healthy participants

A comparison of patients suffering from paranoid schizophrenia, patients with acquired myasthenia gravis and healthy volunteers was carried out in order to identify features characteristic of a person suffering from a chronic disease.

When studying the indicators of self-regulation of behavior, it was found that patients with paranoid schizophrenia have less developed abilities to manage emotions, evaluate the results of their activities, behavioral flexibility and the general level of self-regulation than healthy participants. This is due, among other things, with the special features of the emotional-volitional sphere of patients with schizophrenic spectrum disorders – one of their pathognomonic signs are disorders of the emotional sphere (Snezhnevsky A.V., 1983; Zharikov N.M., 2009; Zhmurov V.A., 2012). Similarly, patients with paranoid schizophrenia often have a violation of criticality (Nadzharov R.A., Smulevich A.B., 1983, etc.), which manifests itself in overestimating their capabilities and, on the contrary, in their significant underestimation, for example, due to the presence of depressive experiences (Smulevich A.B., 2003; Shmukler A.B., 2015). Patients with schizophrenic spectrum disorder are often characterized by rigid behavior (Kotsyubinsky A.P., 2017; Beck A.T. et al., 2009; Barker V. et al., 2015, etc.), it is difficult for them to flexibly adapt to rapid changes, there is some rigidity (Snezhnevsky A.V., 1983; Zhmurov V.A., 2012). In addition, constant attempts to maintain self-control and emotional balance lead to a gradual depletion of personal reserves (Inzlicht M. et al., 2014) and "keeping yourself in control", including ensuring an acceptable level of self-regulation of behavior, is becoming increasingly difficult (Baumeister R.F., Heatherton T., 1986; Heatherton T.F., 2011a). In general, these are phenomena that Eigen Bleuler spoke about ("4A": Associations, Affect, Autism, Ambivalence) (Reed J., 2008).

At the same time, there were no differences in the general level of self-regulation, flexibility of behavior and ability to manage the emotional sphere between patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis, as well as patients with acquired myasthenia gravis do not differ from the control group. Thus, patients acquired myasthenia gravis occupy an intermediate position in the ability to self-regulation – between the disrupted functions of maintaining an acceptable level of self-regulation in patients with paranoid schizophrenia and the preserved parameters of this process in healthy participants.

Based on the previously information, it can be assumed that the tension caused by the situation of SCD leaves an imprint on the work of the ACM in the context of the features of self-regulation of behavior, erasing the differences between mental and physical suffering (Kudryashova V.Yu. et al.). SCD in itself is a psychotraumatic situation, which, like the underlying disease, has a chronic nature (Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011; Osokina O.I. et al., 2014; Petrova N.N., Vishnevskaya O.A., 2015; Shmukler A.B., 2015; Firsova L.D., 2020; Rohr W., 1993; Baumeister R.F. et al., 2005; Kulaksizoglu I.B., 2007; Hagger M.S. et al., 2010; Heatherton T.F., 2011a; Inzlicht M. et al., 2014).

The study of life-meaning orientations has shown that patients with paranoid schizophrenia demonstrate lower indicators compared to patients with arcqured myasthenia gravis and persons without mental or neurological disorders in setting life goals, the ability to enjoy life as a continuous process, satisfaction with the results of activities and the ability to take rational responsibility for what is happening to them. This phenomenon can be explained by the presence of negative symptoms in patients with schizophrenic spectrum disorder – the emotional component is smoothed out, anhedonia increases (Zharikov N.M., 2009; Zhmurov V.A., 2012), motivational disorders that increase as the painful process develops (Kotsyubinsky A.P., 2017). Patients with paranoid schizophrenia and arcquired myasthenia gravis are united by a more pronounced feeling of low controllability of life compared to healthy study participants. As already noted, SCD is a stress factor (Nikolaeva V.V., 1987; Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011; Osokina O.I. et al., 2014; Petrova N.N., Vishnevskaya O.A., 2015; Shmukler A.B.,

2015; Rohr W., 1993; Baumeister R.F. et al., 2005; Kulaksizoglu I.B., 2007; Heatherton T.F., 2011a; Inzlicht M. et al., 2014) and can lead to fatalistic experiences, the feeling that life is little subject to conscious control (Firsova L.D., 2020). Some fatalism in this case can even bring relief (Yalom I., 2014; Kamaldinova E.Sh., 2012), since it saves the patient with SCD from painful reflections on what contribution he made to the emergence of his disorder.

Paranoid schizophrenia sufferers show lower overall life satisfaction compared to healthy participants, while they do not differ from patients with arcquired myasthenia gravis, who also do not show significant differences with people who do not have mental or neurological problems. This fact seems to be very logical, since in addition to the stressful effect that SCD has on a person (Nikolaeva V.V., 1987), depressive experiences are noted in both nosological categories studied (Smulevich A.B., 2003; Petrova N.N., 2005; Grigorieva V.N., Thostov A.Sh., 2009; Shmukler A.B., 2015), which undoubtedly reduces life satisfaction. Patients with arcquired myasthenia gravis occupy an intermediate position in this case due to the absence of cognitive, emotional and behavioral disorders specific to patients with paranoid schizophrenia (Snezhnevsky A.V., 1983; Yanushko M.G., 2010; Zaitseva Yu.S. et al., 2011; Zhmurov V.A., 2012), as well as preserved criticality (Petrova N.N., 2005; Konkova D.Yu., Karnauh D.N., 2016; Nalkin S.A. et al., 2018).

Summarizing, we can say that dissatisfaction with what is happening, with their life and the process of living it directly in patients with arcquired myasthenia gravis is not as total as in patients with paranoid schizophrenia, they can be involved in social processes unrelated to their disease and its treatment, it is easier to switch to solving questions from other areas of life (Kudryashova V.Yu., Lutova N.B., 2019; Rohr W., 1993), which can also be one of the ways to distract from the disease and relieve constant emotional stress. At the same time, patients with paranoid schizophrenia and patients with arcquired myasthenia gravis have in common a feeling of unsteadiness and a weakly felt ability to influence what is happening, which can be considered as another of the psychological phenomena inherent in SCD, despite of the sphere of suffering – mental or physical (Broytigam V. et al., 1999; Mikhailov B.V. et al., 2002).

The study of the subjective perception of the psychological characteristics of time found that patients with paranoid schizophrenia and patients with arcquired myasthenia gravis significantly differ from healthy participants in the perception of activity and motivational potential of the present time, while not differing from each other. They see the present as a little dynamic, narrow, which is explained by violations of the motivational sphere: patients with arcquired myasthenia gravis reveal experiences of an anxious and depressive nature (Petrova N.N., 2005; Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009), and patients with schizophrenia, in addition to mood disorders, have specific features of the work of the emotional-volitional sphere for schizophrenic spectrum disorders (Smulevich A.B., 2003; Shmukler A.B., 2015; Kotsyubinsky A.P., 2017). Patients with paranoid schizophrenia perceive the present more pessimistically and experience greater confusion than healthy participants, not differing from those suffering from myasthenia gravis, who, in turn, do not show differences according to these scales with the control group. Patients with arcquired myasthenia gravis again occupy an intermediate position, now in the emotional and cognitive aspects of perception of the present time, due to depressive experiences (Petrova N.N., 2005; Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009) and general distress from SCD (Nikolaeva V.V., 1987; Broytigam V. et al., 1999; Mikhailov B.V., 2002). Patients with arcquired myasthenia gravis have pessimistic ideas about the future, in which they are sad, indifferent and inhibited in comparison with healthy participants, but do not differ in this parameter from patients with paranoid schizophrenia, who also do not reveal differences with the control group. This can be explained by the fact that most people have bright ideas about the future, certain plans with time frames and approximate speed and dynamics of changes (Bocharova E.E., 2012; Kamaldinova E.Sh., 2012). Patients with paranoid schizophrenia, as the painful process increases, lose their criticality, starting to treat the future too optimistically (Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011), while negative symptoms increase, the emotional sphere smooths (Snezhnevsky A.V., 1983; Yanushko M.G., 2010; Zaitseva Y.S. et al., 2011; Zhmurov V.A., 2012; Kotsyubinsky A.P., 2017), which is reflected in their idea of the dynamics of their life in the future. In short, we are again seeing an ambivalent picture, this time in the form of "optimistic stagnation". Patients

with paranoid schizophrenia evaluate the future tense as little realistic, imperceptible, differing from healthy participants who give the opposite assessment to the future time, but do not differ in this from patients with arcquired myasthenia gravis, who do not reveal differences in this parameter with healthy participants. That is, patients with acquired myasthenia gravis again find themselves in the middle of a kind of gradient in the perception of the perceptibility of the future time, apparently due to a decrease in mood against the background of chronic distress caused by severe neurological pathology (Nikolaeva V.V., 1987).

When studying subjectively perceived psychopathological symptoms, it was found that patients with paranoid schizophrenia reveal more strongly pronounced psychotic experiences in comparison with patients with arcquired myasthenia gravis, which is not surprising, given the nature of the nosological category of these patients.

About the interrelations of socio-demographic characteristics and ACM in the studied groups

It was found that men with paranoid schizophrenia evaluate their present and past as less active compared to women suffering from paranoid schizophrenia. This can be explained by some semantic features of gender, including social attitudes – in classical concepts, a man should "be a breadwinner", "provide for a family", "be a defender", etc. (Rostovskaya T.K., Shimanovskaya Ya.V., 2018). Naturally, due to a mental disorder – as a disease in itself (Nikolaeva V.V., 1987; Broytigam V. et al., 1999; Mikhailov B.V., 2002), and taking into account the symptoms of motivational decrease, apathy and cognitive impairment characteristic of schizophrenia (Snezhnevsky A.V., 1983; Yanushko M.G., 2010; Zaitseva Y.S. et al., 2011; Zhmurov V.A., 2012), it can be difficult for men suffering from schizophrenia to take an active role in society. This can give rise to pronounced feelings of inactivity both in the retrospect of life and in the present

moment. At the same time, there is no significant difference in the ideas about their activity in the future in men and women suffering from schizophrenia. This may be due to a gradual decrease in criticality and, therefore, an overly optimistic assessment of the future (Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011) – both men and women can fly in fantasies about their activities and future successes, not supported by any practical possibilities.

An important aspect in the course of both paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis is the frequent disability of patients (Laysek R.P., 1984; Nikolaeva V.V., 1987; Broytigam V. et al., 1999; Mikhailov B.V. et al., 2002). The fact of disability can be stressful for a person, especially if disability occurs at a young age (Shinina T.V., 2011; Yakovleva N.V. et al., 2016), which often happens to patients investigated in this study of nosological categories.

Patients with paranoid schizophrenia without disability reveal better abilities to manage the emotional sphere, imagine the future as more active, dynamic, bright, emotionally saturated than patients with disabilities. They are rarely make somatic complaints or related to experiences in the bodily sphere. This may be due both to the fact that patients who have received a disability, as a rule, suffer more severely, have more pronounced symptoms (Shaposhnikov N.N., Sitchikhin P.V., 2016), and to the fact that the presence of disability can carry an unpleasant emotional connotation (Shinina T.V., 2011; Yakovleva N.V. et al., 2016).

The great role of family or the presence of close, trusting, warm, intimate relationships with a partner in socio-demographic terms has long been proven in a variety of literary sources (Eidemiller E. G., Justitskis V., 1999; Eidemiller E.G. et al., 2003; Abramova M.V., 2010; Tillich P., 1959; Tennakoon L. et al., 2000; Hawkley L.C. et al., 2005; Pharoah F. et al., 2006), while the family does not completely lose its actual significance in modern society, although the attitude towards it has changed over time (Pugacheva A.V., 2017). Now the so-called "singles" have become popular - people who live and run the household alone (Sinelnikov A.B., 2018). In world practice, for example, in the UK, campaigns are being conducted to reduce the stigmatization of loneliness (Cacioppo S. et al., 2015). Due to the fact that patients with schizophrenia create families

and/or stable couples less often than healthy ones (Pescosolido B.A. et al., 2015; Mann F. et al., 2017), this may become another factor contributing to the social adaptation of patients – a single adult is not now viewed as a "white crow", moreover, the experience of loneliness can be pleasant when it is a conscious choice of privacy (Tillich P., 1959). Loneliness implies a discrepancy between individual preferences and real social relationships, so if we talk about experiencing a sense of loneliness, then it is possible in the circle of family and friends, at the same time, a person living alone may not feel lonely. The perception of the friendly or hostile nature of one's social environment is a characteristic of loneliness. Again, not only receiving support and help prevents the development of loneliness experiences – reciprocity is necessary for its prevention – when a person can take care of someone in return (Gasanova P.G. et al., 2017). One of the difficulties of loneliness is that even if lonely people want to establish contact, their unconscious over-attention to a social threat can lead them to treat other people negatively or distance themselves from them (Cacioppo S. et al., 2015). This is probably especially relevant for patients with paranoid schizophrenia due to the peculiarities of the course of the disease – it is known that autism often increases in them, as well as alertness and suspicion of others become frequent phenomena (Snezhnevsky A.V., 1983; Zhmurov V.A., 2012; Kotsyubinsky A.P., 2017).

For patients with paranoid schizophrenia, the family can act both as a psychotraumatic factor and as a support, one of the components of successful adaptation to life in society (Eidemiller E. G., Justitskis V., 1999; Eidemiller E.G. et al., 2003). Ideas about the importance of health and its maintenance, about an acceptable quality of life, attitude to treatment and receiving this or that help are laid and supported in the family (Monakhov M.V., Tsybulskaya I.S., 2009).

In this study, "family" patients were considered to be in a registered marriage or permanently residing with a partner, that is, the analyzed feature was the fact of having a close relationship, which patients characterize as "family relationships". Close, warm relationships in which intimate partners are found, as a rule, are the main source of affection, emotional connection and support for adults (Tillich P., 1959; Hawkley L.C. et al., 2005). There is a beneficial effect of the family on the work of the ACM in patients

with paranoid schizophrenia. Patients with a family shows more high ability to take their pleasure like it is just a process which flows continually and they are more glad about thier achievements compared to patients with a schizophrenia spectrum disorders who do not have a family. Paranoid schizophrenia patients with a family think that the present is collored, bright and full of emotions, they have less level paranoid ideas comrared to single patients of the same diagnosis. These features are explained by the fact that family or the presence of a partner with whom trusting, warm and emotionally saturated relationships are possible is also one of the channels of socialization and indirectly indicates greater social activity and involvement in interpersonal communication and solving everyday problems (Tillich P., 1959; Cacioppo S. et al., 2015).

The presence or absence of children is one of the important factors influencing a person's lifestyle in society (Monakhov M.V., Tsybulskaya I.S., 2009; Dupra-Kushtanina V.A., Lutoshkina S.Yu., 2014; Mead G.H., 1997; Murphy-Lawless J. et al., 2004). It is curious that patients with paranoid schizophrenia who do not have children reveal greater values of internality in interpersonal relationships, compared with patients who have children. That is, they are more inclined to assign responsibility for their contribution to the development of relationships with other people, for the formation of a close, warm social environment. This is probably due to the fact that patients without children may have a greater lack of communication, their social contacts have a greater distance and require great efforts to maintain friendly relations, and it is also not necessary to exclude the possibility of concentrating on a partner and a friendly environment, the desire to direct forces in this area (Dupra-Kushtanina V.A., Lutoshkina S.Yu., 2014).

Patients with acquired myasthenia gravis who have a family show greater satisfaction with the results of life in comparison with single patients. Most likely, the family in this case acts as a support, a kind of life achievement (Tillich P. 1959; Hawkley L.C. et al., 2005; Cacioppo S. et al., 2015). Those who have children reveal less willingness to take responsibility for their contribution in the field of family relationships compared to those who do not have children. This is probably due to the fact that childless people give more attention to relationships with a partner and other family members (Dupra-Kushtanina V.A., Lutoshkina S.Yu., 2014).

Healthy participants with a family demonstrate a greater ability to take responsibility for their actions in the field of achievements, family relationships, their overall level of internality is higher than that of healthy participants without a family. The present time seems to them brighter, emotionally saturated, deep, realistic, and the future is more optimistic and full of opportunities compared to those who do not have a family. Those who have children also feel their present time as more rhythmic, predictable and real than those who do not have children. The noted phenomena can be explained by the fact that the family as a structure requires constant attention, involvement in joint activities, in connection with which there is a sense of responsibility for what is happening, and the results of the actions taken are quickly reflected in practice, and the observation of growing children clearly shows the passage of time, makes you plan your actions and adhere to a certain routine and observe discipline (Dupra-Kushtanina V.A., Lutoshkina S.Yu., 2014; Tillich P., 1959; Mead G.H., 1997; Murphy-Lawless J. et al., 2004; Cacioppo S. et al., 2015).

There is no doubt that age (Melekhin A.I., 2016), education (Serikov N.G., 2014) and the presence of work affect both a person's lifestyle and the work of his ACM, especially if we are talking about people suffering from SCD, both mental and any other, imposing restrictions on human life (Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019).

Age, as a rule, affects both the state of a person's health and his self-reports in the field of well-being. It is predicted that the older a person gets, the more he can complain about health – here such a factor as the gradual weakening of the protective functions of the body works, and the installation that various ills appear with age (Melekhin A.I., 2016).

The level of education is important in many areas of life, including the field of human health. There are at least three theories in the literature that explain the relationship between education and health. The first is the fundamental theory of causes, which states that education and other social factors, often arising from it, act as one of the main causes of diseases, since they determine access to material and immaterial resources (for example, income level, place and living conditions, understanding of the need to seek medical help, etc.). The second is the theory of human capital, which explains the

relationship between the level of education and health through investment, that is, education contributes to an increase in earnings, professional skills, general resilience and reasonableness, which can be used, among other things, to preserve and maintain health. The third theory is the theory of signals, which considers education as an achievement, a signal that a person has the abilities to realize the intended goals, and also indicates the socio–economic effect of his actions (Vyalshina A.A., 2020).

Among other things, education promotes the development of the cognitive sphere, flexibility of thinking and behavior, requires self-organization, and, therefore, involves a set of skills included in the mechanism of self-regulation of behavior. A person with developed intellectual abilities and logical apparatus is able to better understand the need for medical care, the treatment regimen, especially if it is complex, to trace the correlation of lifestyle and compliance or non-compliance with the doctor's recommendations with the current state of their health (Cutler D., Lleras-Muney A., 2010).

Traditionally in modern society it is considered that it is better to work than not to work. Moreover, people often report that work is one of the ways to saturate their lives with meaning. Also, work can be associated with improving the quality of life and mental health. The literature also notes positive aspects of the conformity of a person's employment with his ideas about his abilities (Frederick D.E., VanderWeele T.J., 2019). Unemployment can be associated with negative consequences, up to the development of suicidal behavior (Mc Kee-Ryan F. et al., 2005), and job satisfaction has a beneficial effect on a person's mental and physical health (Lucas R.E. et al., 2004). Work is a place where people spend a fairly large amount of time, and therefore it can be closely associated with building interpersonal relationships, being a fact of belonging to a particular professional or social environment (Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019).

In this study, patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis assessed their employment as appropriate to their abilities, with a decrease in qualifications, or were unemployed. That is, the variable was an independent assessment of the quality of their employment by the testee.

After analyzing these factors and features of ACM in the studied groups, significant points were found that should be taken into account in rehabilitation work with these nosological categories.

In the group of patients with paranoid schizophrenia, older patients are more likely to have somatic complaints, they have a more developed acceptance of responsibility for their failures, achievements and contributions to the field of family relationships, the future seems to them optimistic and voluminous. This is due to the fact that with age people become more sensitive to physical discomfort, there is a tendency to overestimate the life they have lived – successes and failures (Akhryamkina T.A., Welsh V.V., 2019), the family becomes more important (Mustafaeva F.A. et al., 2016). At the same time, as the criticality associated with the progression of the painful process decreases, patients with paranoid schizophrenia tend to assess the future too optimistically, without taking into account their limitations (Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011).

When studying the correlations between the parameters of employment and self-regulation of behavior, it was found that patients with paranoid schizophrenia who have a job that, in their opinion, corresponds to their competencies and abilities, demonstrate a more developed ability to manage the emotional sphere, thinking through the implementation of the intended goals, behavioral flexibility and a higher overall level of self-regulation of behavior compared to those who not employed or working with reduced qualifications. This is explained by the fact that work is also an important marker of inclusion in social life and one of the factors of successful adaptation of a person to environmental conditions, respectively, job satisfaction has a beneficial effect on aspects of self-regulation of behavior, and the developed ability to control impulses and discipline, in turn, contribute to the successful employment of patients. Unemployed patients or those working with reduced qualifications note more pronounced signs of obsessive states, tension in situations of interpersonal communication, anxiety, depressive reactions, hostility and alertness towards the world, fears and psychotic experiences compared to those who are employed in accordance with their abilities. They also show a tendency to give positive answers more often to questions describing unpleasant experiences of a psychopathology, evaluate their symptoms as more severe, and note

greater distress. This can be explained by the fact that work is not only a powerful tool for patient adaptation in society, but can also act as a distraction factor from painful experiences, a way to switch attention to other tasks (Frederick D.E., VanderWeele T.J., 2019). A paradoxical correlation was noted on the Beck Depression Inventory. The better employed a schizophrenic patient is, the higher his scores in self-assessment of depressive experiences. Probably, this phenomenon is explained by the ambivalence of the experiences of patients with schizophrenic spectrum disorder (Snezhnevsky A.V., 1983; Zhmurov V.A., 2012; Kotsyubinsky A.P., 2017), there is a suspicion that patients may poorly differentiate fatigue, which naturally comes from work, with a reduced mood, perceiving both as discomfort due to a violation of the ability to manage their emotional sphere, impulse control and understanding the nuances of shades of feelings and relationships (Yanushko M.G., 2010; Zaitseva Y.S. et al., 2011). Patients with paranoid schizophrenia who work in accordance with their abilities, in comparison with non-working or low-skilled patients, reveal a greater overall internality, as well as a developed ability to take responsibility for their achievements, failures, contributions to family and interpersonal relationships. They also experience general satisfaction with life, goals set, the process of achieving them and the results obtained. Interestingly, the fact of satisfactory employment correlates both with the scale of "Locus-control Self" (that is, internal internality) and with the scale of "Locus-control Life" (that is, external internality, a tendency to fatalism and the belief that life is little subject to conscious control). It is likely that this phenomenon is explained by the ambivalence of judgments and assessments inherent of schizophrenia (Kotsyubinsky A.P., 2017). Patients simultaneously believe that they are lucky and that they have put enough effort into having a suitable job. It seems logical that the result obtained is that employed patients with schizophrenia consider the present time to be more active and dynamic, emotionally saturated, large, busy and structured compared to those who do not work or have a job with a decrease in qualifications.

Patients with paranoid schizophrenia who have a high level of education demonstrate a lower degree of severity of somatic complaints, obsessive thoughts and actions, depressive experiences, anxiety, alertness and suspicion towards other people,

psychotic symptoms, and they are not predisposed to give positive answeres for questions describing psychopathological symptoms, they suffer less from the severity of symptomatic distress. This is due to the fact that a good level of education, on the one hand, contributes to the development of criticality, on the other hand, patients with a milder course of the disease are more likely to graduate from higher education than those who are seriously ill. This study shown that if patients with paranoid schizophrenia have got the higher level of education they can be more pleased their life in the whole, achievements, percieved life as a nonstopping process. It totally coincides with data of modern science about correlations between the level of education and the health and joyful life (Serikov N.G., 2014; Vyalshina A.A., 2020; Cutler D., Lleras-Muney A., 2010). Ambivalence in the internal and external locus of control is also noted again, which is reflected in the simultaneous existence of the beliefs "I am the master of my life" and "life is beyond conscious control". Such a fact can be explained by the fact that due to the developed ability to cognize and operate with large amounts of information, well-educated patients can find arguments in favor of both one and the other beliefs (Cutler D., Lleras-Muney A., 2010). For patients with a high level of education, the present seems to be active, and the future has a bright and optimistic emotional coloring, since they potentially have a developed ability to realize their capabilities and limitations (Vyalshina A.A., 2020).

In the group of patients with arcquired myasthenia gravis, older patients tend to take responsibility for their achievements, while there were no significant correlations with internality in the field of failures. Probably, such a picture is due to the overestimation of values characteristic of older age (Akhryamkina T.A., Welsh V.V., 2019). At the same time, for a person suffering from SCD, achievements also become a certain psychological support (Vyalshina A.A., 2020; Cutler D., Lleras-Muney A., 2010), respectively, the focus of attention is directed to successes to a greater degree than to failures, and this carries a good compensatory potential, a kind of prevention of depressive states (Cutler D., Lleras-Muney A., 2010; Frederick D.E., VanderWeele T.J., 2019). Unemployed patients with acquired myasthenia gravis note manifestations of obsessions, anxiety in interpersonal communication, alertness and suspicion towards the outside

world, they tend to give positive answers to questions describing subjectively perceived psychopathological symptoms, as well as they assess their painful symptoms as severe. Among other things, they reveal depressive experiences. This is explained both by the fact that as the painful process develops, patients with arcquired myasthenia gravis often become disabled and lose the ability to work (Laysek R.P., 1984; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007) and by the fact that work is a powerful factor of social adaptation (Lucas R.E. et al., 2004; McKee-Ryan F., et al., 2005; Frederick D.E., VanderWeele T.J., 2019) and one of the ways to distract from painful experiences (Akhryamkina T.A., Welsh V.V., 2019). Once out of work, a person may feel abandoned, lonely and defective, which inevitably aggravates his physical condition (Vyalshina A.A., 2020; Lucas R.E. et al., 2004; Mc Kee-Ryan F. et al., 2005; Cutler D., Lleras-Muney A., 2010; Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019). Patients with arcquired myasthenia gravis who have employment in accordance with their abilities reveal a developed general internality, as well as the ability to take responsibility for their contribution in the field of family and interpersonal relationships. They note the satisfaction with life in general and the continuity of its living, their goals, the results achieved. There is a tendency to look at life fatalistically – as a process that is difficult to consciously control, focusing more on the inevitability and randomness of events. As mentioned above, work is an important aspect of patient adaptation (Lucas R.E. et al., 2004; Mc Kee–Ryan F. et al., 2005; Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019), including to the situation of chronic disease (Vyalshina A.A., 2020; Cutler D., Lleras-Muney A., 2010), because according to Virchow, disease "is life under abnormal conditions" (Dolgikh V.T., 1997; Kudryashova V.Yu., 2020). Unemployed patients subjectively perceive the present tense as inactive, frozen, and poorly structured. This can be explained by the fact that work not only sets a certain routine of life, but also creates the rhythm and dynamics of the life process through tasks with certain deadlines (Lucas R.E. et al., 2004; Mc Kee-Ryan F. et al., 2005; Frederick D.E., Vander Weele T.J., 2019). Patients with arcquired myasthenia gravis with a high level of education note their developed ability to take responsibility for their contribution to the field of industrial relationships, assess the present as active, thus, good education

is also a factor contributing to patient adaptation (Vyalshina A.A., 2020; Cutler D., Lleras-Muney A., 2010).

The duration of the disease, the quantity of exacerbations and hospitalizations undoubtedly affect the work of the ACM, as they are stressful factors, and require a person to strain the work of the ACM in order to cope with complex psychological experiences accompanying hospitalization, deterioration or increase in painful symptoms over time (Selivanov V.I. 1982; Petrova N.N., Vishnevskaya O.A., 2015; Beltseva Yu.A. et al., 2016; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007; Heatherton T.F., 2011a).

In this study, it was found that long-term ill patients with paranoid schizophrenia reveal greater alertness, distrust and suspicion towards the outside world, and also have pronounced symptomatic distress, that is, the disease leaves a significant imprint on their lives. Such data are confirmed in a large number of literary sources (Snezhnevsky A.V., 1983; Yanushko M.G., 2010; Zaitseva Y.S. et al., 2011; Zhmurov V.A., 2012; Kotsyubinsky A.P., 2017). Paradoxical correlations of the quantity of exacerbations with the assessment of the past time as more structured and felt are revealed. Perhaps there is a reassessment of the pre-painful period, when this time is perceived as more positive, joyful, clear, understandable, predictable and rhythmic (Smulevich A.B., 2003; Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011; Shmukler A.B., 2015). The greater the quantity of hospitalizations, the less active, emotionally colored and felt the present seems, and the past, on the contrary, turns out to be more structured. This is explained by the fact that being in a hospital is still a stressful factor, it changes the patient's lifestyle, subordinating him to the order accepted in the hospital, imposes understandable restrictions (Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011; Osokina O.I. et al., 2014; Petrova N.N., Vishnevskaya O.A., 2015; Firsova L.D., 2020; Rohr W., 1993; Baumeister R.F. et al., 2005; Kulaksizoglu I.B., 2007; Hagger M.S. et al., 2010; Heatherton T.F., 2011a; Inzlicht M. et al., 2014). The assessment of the past in this case as more structured and orderly is probably associated with a positive, idealizing reassessment of the pre-painful period (Smulevich A.B., 2003; Petrova N.N., 2005; Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009; Shmukler A.B., 2015).

Patients with arcquired myasthenia gravis, with an increase in the duration of the disease, note a greater internality in the field of health, which is logical, since lifestyle and compliance with doctor's recommendations largely affect the course of the disease, and, therefore, the influence that the disease has on human life (Petrova N.N., 2005). With a large quantity of exacerbations, the past time is estimated as poorly structured, small, narrow. This is due to the fact that the disease, especially in the acute stage, captures all spheres of life, disrupts the usual course of events and brings a lot of tension (Osokina O.I. et al., 2014; Firsova L.D., 2020; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007). A large quantity, of hospitalizations in patients with acquired myasthenia gravis negatively affects the overall level of self-regulation of behavior and the ability to manage the emotional sphere, however, increases awareness of their contribution to health. Hospitalization is often associated with unpleasant emotional experiences both due to an aggravated illness and due to a violation of the patient's habitual lifestyle (Petrova N.N., 2005; Grigorieva V.N., Tkhostov A.Sh., 2009; Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007). Patients with arcquired myasthenia gravis often develop depressive states, which also negatively affects the ability to control impulses and emotions. With a large quantity, of hospitalizations, the past time begins to be perceived as weakly structured, and here, perhaps, there is a depressive reassessment of the past, when everything that happened earlier is also colored in negative shades (Rohr W., 1993; Kulaksizoglu I.B., 2007).

About the dynamics of ACM features when using isolated PPhT and combined treatment with PPhT+PE and PPhT+SST in patients with paranoid schizophrenia

The beneficial effect of PPhT on the work of the ACM, as well as various socio-economic aspects in patients with paranoid schizophrenia has long been noted in literary sources (Rakhimov K.D. et al., 2010; Belousov Yu.B. et al., 2011; Alieva L.M., Solokhina T.A., 2020).

In this study, one of the studied subgroups were patients with paranoid schizophrenia who took only PPhT, without any psychorehabilitation interventions. They had improvements in self-reports on the condition at the time of discharge from the hospital, after a course of treatment with psychotropic drugs selected by the attending doctor in accordance with the actual symptoms and the general condition of the patient.

After the course of PPhT, patients with paranoid schizophrenia have an increase in behavioral flexibility and the general level of self-regulation of behavior, as well as an increase in awareness of their contribution to health and overall life satisfaction. The present time begins to be perceived as more active and structured, its emotional coloring changes from negative to neutral, which indirectly indicates a decrease in the severity of depressive experiences (Rakova V.A., Shchelkova O.Yu., 2011). The past time also begins to be perceived as more active, emotionally colored and structured – perhaps there is a reassessment of past experience, due to the softening of the state, it is perceived more realistically than during a painful episode. Favorable shifts are also revealed in the perception of the future time, it seems to patients at the time of discharge from the hospital to be large, filled with possibilities, predictable and felt, which is also explained by the improvement of the mental state and affective background (Smulevich A.B., 2003; Shmukler A.B., 2015).

In subjectively perceived psychopathological symptoms, patients also note relief – complaints of a somatic nature or unpleasant bodily experiences decrease, manifestations of obsessive thoughts and actions decrease, anxiety and tension decrease, including those associated with interpersonal interactions, the intensity of depressive experiences decreases, hostility, suspicion and alertness, phobias decrease. The tendency to give positive answers to questions describing a distorted perception of the environment, phenomena of clearly psychotic coloring, as well as generally describing any uncomfortable experiences decreases. Patients characterize their symptoms as less severe compared to the initial cut, in the first week of hospitalization. According to them, the level of symptomatic distress decreases, that is, the disease begins to have less impact on the life of a patient with paranoid schizophrenia.

There is no doubt that the phenomena described above potentially have a good effect on the adaptive and compensatory abilities of patients both due to the weakening of subjectively perceived psychopathological symptoms, and due to the increase in psychological stability.

The positive aspects of joining the PPhT of psychorehabilitation measures, in particular, PE and SST, have also been noted in modern scientific sources many times (Jones C. et al., 2012; Chien W.T. et al., 2013; Kahn R.S. et al., 2015; Parikh S.V. et al., 2016).

When studying the dynamics of ACM in patients receiving combined treatment of PPhT+PE, positive changes were observed. Internality in the field of health has increased, which, probably, is due to the information received in psychoeducational classes about how the state of mental health and retention of remission depend on the patient's lifestyle and behavior, compliance with doctor's recommendations, drug compliance, etc. (Serazetdinova L.G. et al., 2012; Gaebel W., 1997; Hornung W.P. et al., 1997). There is some dynamics in the perception of psychological characteristics of time – the present becomes more emotionally colored, serious and full of possibilities, and the past is also assessed as serious and large, which, probably, is associated with an improvement in the affective background of patients after a course of PPhT+PE (Semenova N.D., Salnikova L.I., 1998; Kotsyubinsky A.P., 2006; Erichev A.N., 2007; Dixon L. et al., 2001; Lam A.H.Y. et al., 2020). In the subjective perceive of psychopathological symptoms, there is a decrease in complaints of a somatic nature or related to bodily manifestations, obsessive thoughts and actions become less pronounced, anxiety and tension decrease, including in situations of interpersonal communication, depressive experiences, phobias decrease, alertness and suspicion decrease. Upon completion of the psychoeducational program, patients with paranoid schizophrenia are less likely to give positive answers to questions describing unpleasant painful sensations, as well as psychotically colored phenomena. Patients begin to assess their symptoms as less severe, compared with the beginning of the psychoeducational group, and symptomatic distress is less pronounced. Depressive experiences are also mitigated when assessed on the Beck Depression Inventory, which is quite consistent with the results of existing studies on the beneficial effect of PE on the

reduction of psychopathological experiences (Pekkala E., Merinder L., 2002; Xia J. et al., 2011; Shinozaki A. et al., 2020).

When studying the dynamics of ACM in a group of patients with schizophrenia who received combined therapy with PPhT+SST, positive changes in the work of ACM were noted. The general level of self-regulation of behavior has increased, the ability to manage emotions and behavioral flexibility have increased. This is most likely due to the fact that the SST includes a block on the development of the skill to be aware of emotions and share them with others, as well as a number of exercises aimed at recognizing the emotional state of another person (Yudina I.I., 2013; Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., 2015; Kovaleva A.V., 2015). As noted above, the success of self-regulation of behavior largely depends on the ability to control impulses, which, in turn, has a beneficial effect on the flexibility of behavioral patterns (Duckworth A.L., Seligman M.E., 2011; Hofmann W. et al., 2012). After undergoing SST, patients with paranoid schizophrenia have an increase in the indicator of general internality, which indicates an increased ability to take reasonable responsibility for their contribution to the development of their own lives. In addition, the indicators of overall satisfaction with life and its course, as a continuous process, goals set and results achieved, have increased. The values on the scale of "Locus-control Self" have increased, which also speaks in favor of increased internal internality and a more obvious feeling that life is amenable to conscious influence, and current events are largely the results of taken actions. It can be assumed that such dynamics favorably affects the prevention of relapses (Almerie, M.Q. et al., 2015). Changes in the perception of psychological characteristics of time are revealed – the present has become more structured and predictable, larger and filled with events and opportunities, and the past has acquired greater sensitivity and realism, which is associated with an improvement in the emotional background and greater psychological stability after the course of PPhT+SST (Gurovich I.Ya. et al., 2004; Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., 2015; Hayes R.L. et al., 1995; Almerie, M.Q. et al., 2015; Menon M. et al., 2017). Improvements in the subjective assessment of perceived psychopathological symptoms were noted. Unpleasant experiences of a somatic nature or related to the bodily sphere have decreased, obsessive thoughts and actions have become less pronounced,

interpersonal sensitivity, phobias, alertness and suspicion towards the surrounding world have decreased. The frequency of positive answers to questions describing painful experiences and psychotic phenomena has decreased. The present symptoms are assessed by patients after SST as less severe, symptomatic distress has also decreased, that is, the disease has begun to have a less pronounced effect on the patient's life. There is also a decrease in the severity of depressive experiences on the Beck Depression Inventory, which makes a positive contribution to the general psychological state of patients (Almerie, M.Q. et al., 2015).

Comparison of the effects of isolated PPhT and combined treatment PPhT+PE and PPhT+SST for ACM work in patients with paranoid schizophrenia

When comparing three groups of patients with paranoid schizophrenia (PPhT, PPhT+PE and PPhT+SST) at the stage of discharge from the hospital and/or at the end of the psychorehabilitation program, some differences were found that may be important in the further supervision of patients.

According to the indicator of internality in the field of health, patients who took only drug therapy are of greater importance than patients who received complex treatment of PPhT+PE, and patients who have undergone psychoeducation show lower values for this indicator than those who participated in SST. At the same time, patients from the subgroup who took isolated PPhT and the PPhT+SST subgroup have no differences in this indicator. This is probably due to the fact that the PE, first of all, involves the cognitive sphere, informing patients about mental illnesses, while it does not have a block on emotional response and processing of the acquired knowledge, accordingly, some difficulties may arise with the implementation of this knowledge into actual behavior (Semenova N.D., Salnikova L.I., 1998; Kotsyubinsky A.P., 2006; Erichev A.N., 2007; Dixon L. et al., et al., 2001; Lam A.H.Y. et al., 2020).

According to the indicator of the overall level of life satisfaction, its course as a continuous process, the results achieved and on the "Locus-control Life" scale, patients with isolated PPhT differ from those who passed the PE, while both these subgroups do not differ in these parameters with those who participated in SST. This, probably, is due to the fact that in psychoeducational classes, patients acquire knowledge about mental disorders, which allows them to form an idea of the very "life in abnormal conditions", according to Virkhov (Dolgikh V.T., 1997; Kudryashova V.Yu. et al., 2020). Along with satisfaction, however, fatalism also increases, which is expressed in the fact that life, health and illness are little subject to conscious control. This phenomenon has already been reflected in the description of the results obtained when comparing these three subgroups according to the parameter of internality in the field of health.

In the perception of psychological characteristics of the present time, significant differences were found between patients who took isolated PPhT and patients who received complex treatment of PPhT+PE: after psychoeducational classes, patients note a more pronounced emotional coloring of time, it becomes large and filled with opportunities. At the same time, both of these subgroups do not differ in these parameters from patients who participated in SST. It can be assumed that due to the presence of a part in the SST that affects the emotional sphere, patients, among other things, may have justified and understandable feelings of sadness from the restrictions that the disease imposes on various spheres of life (Gurovich I.Ya. et al., 2004; Yudina I.I., 2013; Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., 2015; Hayes R.L. et al., 1995; Kinoshita Y. et al., 2013; Almerie M.Q. et al., 2015). In this regard, there is no enthusiasm, which is observed in patients who attended a psychoeducational program. In the perception of the past time, patients with isolated PPhT differ from patients received SST, who evaluate the past time as less active, structured and felt. At the same time, in these subgroups, no differences were found in these aspects of ACM with patients who attended PE. As can be seen from the results obtained, after SST, patients evaluate the past less optimistically, which may be due to sadness from realizing their disease (Kovaleva A.V., 2015, etc.), sadness after a psychotic episode (Smulevich A.B., 2003; Shmukler A.B., 2015) and more critical

(Yudina I.I., 2013, etc.), since SST involves not only cognitive, but also emotional and behavioral spheres.

When studying the differences in the subjective perceived of psychopathological symptoms in the studied subgroups of patients with paranoid schizophrenia, it was found that patients who participated in the PE noted less pronounced interpersonal sensitivity than patients who received isolated PPhT, while both these subgroups have no differences from the subgroup of patients who underwent SST. That is, after receiving information about mental disorders in patients with paranoid schizophrenia, the feeling of their own inadequacy and inferiority decreases, the tendency to self-condemnation and discomfort in interpersonal communication decreases. Probably, the principle of "forewarned means armed" works here, self-stigmatization decreases (Lutova N.B. et al., 2017), which undoubtedly has a beneficial effect on the work of the ACM. According to the depressiveness scale and the index of available symptomatic distress, patients who underwent PE have the lowest values, differing from patients who took isolated PPhT and from those who participated in SST, who, in turn, do not differ from each other in these parameters. This is explained by the fact that obtaining information about mental disorders contributes to the perception of painful symptoms as less severe and scary (Serazetdinova L.G., 2012; Hornung W.P. et al., 1996; Gaebel W., 1997), as there is less uncertainty.

CONCLUSIONS

1. The presence of a severe chronic disease causes tension and violations of the indicators of value-semantic psychological adaptation and compensatory mechanisms.

1.1. Patients with paranoid schizophrenia have significant deterioration in indicators of a wide range of ACM (general level of self-regulation of behavior, ability to regulate emotions, behavioral flexibility and evaluation of the results of their activities, perception of activity, emotional coloring, magnitude and structuring present time) in comparison with the health group.

1.2. patients with acquired myasthenia gravis show a deterioration in a number of ACM indicators (the general level of self-regulation and regulation of emotions, behavioral flexibility and the ability to evaluate the results of their activities, perception of activity, emotional coloring, magnitude and structuring of the present time) in comparison with the health group, but higher than in patients with schizophrenia, not reaching significant differences.

1.3. patients with acquired myasthenia gravis significantly differ from patients with paranoid schizophrenia by more pronounced satisfaction with their goals, from life as a continuous process, its results, and the balance of external and internal focus control. The association of ACM indicators with a number of socio-demographic characteristics in the studied groups was revealed:

2.1. for women suffering from paranoid schizophrenia, the indicator of the semantic time differential reflecting the activity of the past and present is significantly higher than that of men;

2.2. satisfactory social indicators (high level of education, satisfactory employment, family and children) in patients with SCD (paranoid schizophrenia and acquired myasthenia gravis) are associated with higher indicators of ACM: life satisfaction and high internality in various fields.

3. The duration of the disease, frequent exacerbations and a large number of hospitalizations reduce the adaptive and compensatory capabilities of patients, leading to high distress:

3.1. in patients with paranoid schizophrenia, the duration of the disease, a greater number of exacerbations and hospitalizations lead to a pessimistic perception of the present with idealizations of the past;

3.2. patients with myasthenia gravis with a high duration of the disease and frequent hospitalizations, identify multidirectional vectors of the ACM: with greater acceptance of responsibility for their contribution to health, self-regulation worsens, and time begins to be perceived as poorly structured and poorly predicted.

4. Both isolated PPhT and complex therapy, including PPhT and psychosocial rehabilitation effects (PE or SST), leads to a decrease in symptomatic distress and an increase in motivational potential, as well as an improvement in various indicators of ACM:

4.1. Inclusion of patients in psychoeducation leads to a more optimistic view of the present and past tense, awareness of their contribution in a state of health;

4.2. the passage of social skills training by patients with paranoid schizophrenia improved the general ability of patients to self-regulation, control of the emotional sphere and behavioral flexibility, increasing the feeling of satisfaction and manageability of life, the past acquired realism, which contributes to the extraction of useful experience;

4.3. comparison of different treatment models: isolated PPhT, PPhT+PE, PPhT+SST, revealed significant differences in the increase in the indicator of internality in the field of health in the group of patients receiving isolated PPhT compared with the groups of combined treatment. Patients receiving combined treatment (PPhT+SST) showed significantly higher rates of life satisfaction as a continuous process and its results. The present time becomes more emotionally colored and filled with possibilities for them, and the past acquires structure and perceptibility in comparison with patients from the groups of isolated PPhT and PPhT+PE.

5. Based on the detected deficits of ACM indicators, the common targets of influence on the value-oriented sphere and self-regulation of behavior in psycho-social

rehabilitation for people suffering from chronic neuropsychiatric disorders are: the development of emotional sphere management skills, evaluation of the results of their activities, the development of behavioral flexibility, the ability to adequately perceive the degree of manageability of life and the possibilities of positive changes, increasing motivational potential. In accordance with the nosological affiliation, it is advisable to take into account additional targets:

5.1. for patients with paranoid schizophrenia, it is important to learn how to set realistic goals, take rational responsibility for what is happening and increase satisfaction with current life results;

5.2. for patients with acquired myasthenia gravis, it is important to develop daily activity, form stable, positively colored ideas about the future and the degree of their influence on what is happening.

COROLLARY

In the course of the study of ACM in patients with neuropsychiatric disorders, the general hypothesis is confirmed that people suffering from SCD have common phenomena that do not depend on the nature of the pathology - mental or neurological: they are characterized by depressive manifestations, a decrease in life satisfaction, feelings of irreversibility and low controllability of what is happening, distortion of self-image, that reduces the adaptive and compensatory capabilities of the individual. It was also found that for those suffering from paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis, it is important to develop skills in managing the emotional sphere, evaluating the results of their activities, behavioral flexibility, the ability to adequately perceive the degree of manageability of life and the possibilities of positive changes, increasing motivational potential.

Private hypotheses that patients with paranoid schizophrenia have a weakened ability to self-regulate behavior and sense formation, low internality, distorted ideas about the future, which negatively affects their adaptive and compensatory psychological mechanisms, and patients with acquired myasthenia demonstrate reduced internality, while their ability to self-regulate and sense-forming function are sufficiently preserved, which provides a basis for for the adaptive-compensatory potential, they also find confirmation. It was revealed that for patients with paranoid schizophrenia, setting realistic goals, the ability to take rational responsibility for what is happening and increasing satisfaction with current results is relevant, and for patients with acquired myasthenia gravis, it is important to develop daily activity, form stable positively colored ideas about the future and the degree of their influence on what is happening.

The data obtained make it possible to develop practical recommendations for psychological assistance to persons suffering from SCD. In particular, the development of an adequate sense of manageability of life, self-regulation skills and ideas about the future as filled with opportunities, taking into account the limitations that the disease imposes on various spheres of life, should act as targets in psycho-social rehabilitation.

For patients with paranoid schizophrenia, a preliminary assessment of the work of the ACM allows you to choose the most appropriate group program – PE (for those who primarily need to increase their motivational potential and awareness of the fact of the disease) or SST (for those who primarily need to learn how to control impulses). Theoretical and practical prospects are opening up for combining tools of influence to improve social functioning from existing programs of psychosocial rehabilitation – PE and SST. The results of the dissertation research can be used in educational programs and routine practice for medical psychologists, psychotherapists, psychiatrists and neurologists.

Research prospects. The presented work opens the following directions for further development of the study.

Firstly, it is the development of differentiated rehabilitation programs based on the identified features of the ACM in patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis and their testing on wider samples of patients with both nosologies under study.

Secondly, there is a need for a catamnestic assessment of the work of the ACM in patients with paranoid schizophrenia who participated in psycho-social rehabilitation measures in addition to taking PPhT.

Limitations of the study. The dissertation work has limitations related to the design of the study. (1) A small sample, although sufficient to provide the capacity for mathematical and statistical verification of the general and particular hypotheses of the study, may be some difficulty in extrapolating the results obtained to significantly larger samples of patients with paranoid schizophrenia and patients with acquired myasthenia gravis. Accordingly, the identified targets of psycho-social rehabilitation effects for persons suffering from SCD need additional verification on a wider sample. ((2) Conducting psychosocial rehabilitation measures only with patients with paranoid schizophrenia allowed us to evaluate the beneficial effect of participation in a group program of psychological assistance only for this nosology. Accordingly, there is a need to evaluate the work of ACM in patients with acquired myasthenia gravis after participating in a group program of psychological assistance.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS

1. A preliminary assessment of the work of the ACM of patients with paranoid schizophrenia allows them to choose a more suitable rehabilitation program for them: for those who first of all need to improve their emotional sphere management skills and control impulses, participation in social skills training can be recommended, and for those who primarily need to increase their motivational potential and help in understanding their SCD – a psychoeducational program.

2. The addition of psycho-social rehabilitation measures (PE and SST) to the pharmacological treatment of patients with paranoid schizophrenia is shown to all patients, as it has a positive effect, increasing the overall level of internality, which improves the work of the ACM.The choice of a specific assistance program – PE or SST depends on the individual characteristics of the work of psychological ACM. For a wide coverage of the improvement of the work of the ACM, it is advisable to use both PE and SST.

3. In psychological assistance to persons suffering from SCD, the targets of psycho-social rehabilitation are such value-oriented components of the adaptive-compensatory system as ideas about the manageability of life, the level of self-regulation of behavior, subjective perception of the future as something promising and sustainable.

4. Expanded ideas about the features and disorders of the ACM in patients with SCD can be used in educational programs for medical psychologists, psychotherapists, psychiatrists and neurologists working with these nosologies.

5. The results that reinforce the knowledge about the beneficial effects of micrograms and SST for patients with paranoid schizophrenia and open up prospects for their synthesis and refinement in order to achieve the highest possible level of social functioning of patients can be used for further scientific research. In particular, solving the issue of integrating possible ways to solve the problems of managing the emotional sphere and realizing the fact of one's SCD in more advanced programs of psycho-social rehabilitation.

LIST OF ABBREVIATIONS AND SYMBOLS

ACM	Adaptive and compensatory mechanisms
AF	Activity factor
ANX	"Anxiety"
BDI	Beck Depression Inventory
DEP	"Depression"
EF	Emotional coloring factor
Er	Regulatory process of evaluation of results
F	F-Fisher criterion
Fl	Regulatory personal property of flexibility
F20.0	Paranoid schizophrenia, according to ICD-10 criteria
FAF	Future. Activity factor
FEF	Future. Emotional coloring factor
FPF	Future. Perceptibility factor
FSF	Future. Structure factor
FVF	Future. Value factor
G70.2	Congenital or acquired myasthenia gravis, according to ICD-10 criteria
GI	"General Internality"
GL	The general level of self-regulation of behavior
GS	General life satisfaction
GSI	"General Symptom Severity Index"
HOS	"Hostility"
IA	"Internality in the field of achievements"
IF	"Internalities in the field of failures"
IFr	"Internality in family relationships"
IH	"Internality in the field of health"
II	"Internality in the field of interpersonal relationships"

INT	"Interpersonal sensitivity"
IW	"Internality in the field of work relationships"
LC-Life	Locus-control Life
LC-Self	Locus-control Self
LMOT	Life-Meaning orientations test
M	Regulatory modeling process
M±m	Average and error of average
M±σ	Mean and standard deviation
Me(IQR)	Average spread
MRI	Magnetic resonance imaging
N	Absolute number, the absolute number of people in the sample
n	Absolute number, the absolute number of people in the subsample
OC	"Obsessive-compulsive (obsessions)"
p	p-value
PAF	Past. Activity factor
PAR	"Paranoia"
PDSI	"Symptomatic Distress Index"
PE	Psychoeducation
PEF	Past. Emotion colloring factor
PF	Perceptibility factor
PHOB	"Phobias (obsessive fears)"
PIL	Purpose-in-life, the "Purpose in Life" test by J. Crambo and L. Maholik
Pl	Regulatory planning process
PPF	Past. Perceptibility factor
PPhT	Psychopharmacotherapy
Pr	Regulatory programming process
PrAF	Present. Activity factor
PrEF	Present. Emotion colloring factor

PrPF	Present. Perceptibility factor
PrSF	Present. Structure factor
PrVF	Present. Value factor
PSF	Past. Structure factor
PSI	"Total noumber of positive answers"
PSY	"Psychoticism"
PVF	Past. Value factor
r	Pearson Correlation Coefficient
SCD	Severe chronic disease
SCL-90-R	Symptomatic questionnaire SCL-90-R
SF	Structure factor
SLC	Questionnaire "Level of subjective control"
SOM	"Somatization"
SSB	Questionnaire "Style of self-regulation of behavior"
SST	Social skills training
STD	Questionnaire "Semantic time differential"
t	t-test (Student's t-test)
VF	Value factor
Z	Wilcoxon signed-rank test (Wilcoxon signed-rank test)

REFERENCES

1. Abramova, M. V. Psikhologicheskoye soprovozhdeniye semey bol'nykh shizofreniyey yunosheskogo vozrasta / M. V. Abramova// Psikhologicheskiye issledovaniya: elektronnyy nauchnyy zhurnal. – 2010. – № 6(14). – URL : http://psystudy.ru (data obrashcheniya: 12.04.2021).
2. Abramova, N. T. Tselostnost' i upravleniye / N. T. Abramova; AN SSSR. In-t filosofii. – Moskva : Nauka, 1974. – 247 s.
3. Aleksandrovskiy, YU. A. Sostoyaniya psikhicheskoy dezadaptatsii i ikh kompensatsiya (Pogranichnyye nervno-psikhicheskiye rasstroystva) / YU. A. Aleksandrovskiy; AN SSSR, In-t psikhologii. – Moskva : Nauka, 1976. - 272 s.
4. Aliyeva, L. M. Sotsial'no-psikhologicheskiye faktory komplayentnosti bol'nykh shizofreniyey / L. M. Aliyeva, T. A. Solokhina // Psikhiatriya. – 2020. – T. 18, № 2. – S. 71–81.
5. Anan'yev, B. G. Chelovek kak predmet poznaniya / B. G. Anan'yev. – Moskva : Nauka, 2000. – 352 s.
6. Anokhin, P. K. Printsipial'nyye voprosy obshchey teorii funktsional'nykh sistem / P. K. Anokhin // Izbrannyye trudy. Filosofskiye aspekty teorii funktsional'noy sistemy. – Moskva : Nauka, 1978. – S. 49–106.
7. Autokhtonnyye nepsikhoticheskiye rasstroystva : kollektivnaya monografiya / G. E. Mazo [i dr.] ; pod red. A. P. Kotsyubinskogo. – SPb. : SpetsLit, 2015. – 495 s.
8. Bazhin, E.F. Questionnaire of the level of subjective control (USK) / E.F. Bazhin, E.A. Golynkina, A.M. Etkind. - Moscow: Meaning, 1993. - 16 p.
9. Belousov, YU. B. Mul'tifaktornyy klinikoekonomicheskiy analiz effektivnosti primeneniya sovremennykh atipichnykh antipsikhotikov u bol'nykh s shizofreniyey / YU. B. Belousov, S. K. Zyryanov, D. YU. Belousov // Kachestvennaya klinicheskaya praktika. – 2011. – № 1. – S. 51–57.
10. Bel'tseva, YU. A. Sub"yektivnaya otsenka semeynykh otnosheniy patsiyentami geriatricheskogo statsionara s sindromom gospitalizma / YU. A. Bel'tseva, N. M. Zalutskaya, E. B. Karpova, Ye. N. Petrova, N. G. Neznanov // Obozreniye

psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V. M. Bekhtereva. – 2016. – № 1. – S. 53–58.

11. Belyayev, I. A. Ogranicheniye i kompensatsiya sposobnostey i potrebnostey tselostnogo chelovecheskogo sushchestva / I. A. Belyayev // Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2009. – № 2 (96). – S. 24–30.
12. Berdnikov, D. V. Samoregulyatsiya vospriyatiya informatsii pri nekotorykh psikhicheskikh rasstroystvakh / D. V. Berdnikov // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya: setevoye izdaniye. – 2014. – № 1. – URL : https://science-education.ru/ru/article/view?id=11925 (data obrashcheniya: 15.04.2021).
13. Berezin, F. D. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka / F. D. Berezin. – Leningrad : Nauka. Leningradskoye otdeleniye, 1988. – 272 s.
14. Bityutskaya, Ye. V. Trudnaya zhiznennaya situatsiya: kriterii kognitivnogo otsenivaniya. / Ye. V. Bityutskaya // Psikhologicheskaya nauka i obrazovaniye. – 2007. – №4. – S. 87–93.
15. Bocharova, Ye. Ye. Osobennosti predstavleniy o svoyem budushchem u podrostkov, perezhivayushchikh zhiznennyy krizis / Ye. Ye. Bocharova // Eksperimental'naya psikhologiya. – 2012. – T. 5, № 3. – S. 58–70.
16. Broytigam V. Psikhosomaticheskaya meditsina: Kratkiy uchebnik / V. Broytigam, P. Kristian, M. Rad : per. s nem. – Moskva : GEOTAR Meditsina, 1999. – 376 c.
17. Bubnova, I. S. Samoregulyatsiya povedeniya i yeye rol' v protsesse sotsial'noy adaptatsii addiktivnoy lichnosti / I. S. Bubnova, A. G. Tereshchenko // Vestnik Omskogo universiteta. Seriya «Psikhologiya». – 2016. – № 1. – S. 4–9.
18. Bubnova, YU. S. K voprosu o mekhanizmakh razvitiya depressii pri shizofrenii / YU. S. Bubnova, V. V. Dorofeykov, G. E. Mazo, N. N. Petrova // Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurnal im. P. B. Gannushkina. – 2012. – T. 14, № 4. – S. 21–26.
19. Budza, V. G. Psikhiatriya na rubezhe vekov v trudakh orenburgskikh psikhiatrov. Khrestomatiya v 2-kh tt. / V. G. Budza, Ye. YU. Antokhin, P. O. Bomov. – Orenburg : OrGMA, 2014. – T. 2. – 376 s.

20. Burlachuk, L.F., Mikhaylova, N.B. K psikhologicheskoy teorii situatsii / L. F. Burlachuk, N. B. Mikhaylova // Psikhologicheskiy zhurnal. – 2002. – T. 23. – № 1. – S. 5–17.
21. Busygina, N. P. Fenomenologicheskiy i germenevticheskiy podkhody v kachestvennykh psikhologicheskikh issledovaniyakh / N. P. Busygina // Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya. – 2009. – T. 5, № 1. – S. 57–65.
22. B'yudzhental', Dzh. F. T. Iskusstvo psikhoterapevta / Dzheyms F. T. B'yudzhental'. – Moskva : Korvet, 2015. – 320 s.
23. Vid, V. D. Psikhoanaliticheskaya terapiya pri shizofrenii / V. D. Vid. – SPb. : Izd-vo NIPNI im. V. M. Bekhtereva, 1993. – 236 s.
24. Vid, V. D. Psikhoterapiya shizofrenii / V. D. Vid. – 2-ye izd. – SPb. : Piter, 2001. – 432 s.
25. Vid, V. D. Spetsificheskiye effekty terapii sredoy po G. Ammonu / V. D. Vid, N. B. Lutova // Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i kachestvo zhizni: sbornik nauchnykh trudov NIPNI im. V.M. Bekhtereva. – SPb., 2001. – T. 137. – S.116–120.
26. Vityutina, T. A. Tsennostno-smyslovaya sfera bol'nykh shizofreniyey / T. A. Vityutina // Vestnik RGGU. Seriya «Psikhologiya. Pedagogika. Obrazovaniye». – 2010. – № 17 (60). – S. 241–258.
27. Volkova, O. N. Vzaimosvyaz' gendernykh i kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik s kachestvom zhizni bol'nykh nevroticheskimi rasstroystvami: avtoref. diss. …kand. med. nauk / Volkova Ol'ga Nikolayevna; [Mesto zashchity: S.-Peterb. nauch.-issled. psikhonevrol. in-t im. V.M. Bekhtereva]. – SPb., 2009. – 26 s.
28. Volovik, V. M. Psikhofarmakologiya i psikhoterapiya / V. M. Volovik, V. D. Vid // Farmakoterapevticheskiye osnovy reabilitatsii psikhicheski bol'nykh. – Moskva : Meditsina, 1989. – S. 98–117.
29. Volozhin, A. I. Adaptatsiya i kompensatsiya – universal'nyy mekhanizm prisposobleniya / A. I. Volozhin, YU. K. Subbotin. – Moskva : Meditsina, 1987. – 176 s.

30. Vygotskiy, L. S. Problemy razvitiya psikhiki / L. S. Vygotskiy // Sobr. soch.: v 6-tt. – Moskva : Pedagogika, 1983. – T. 3. – 368 s.
31. Vyal'shina, A. A. Vliyaniye urovnya obrazovaniya na sostoyaniye zdorov'ya sel'skogo naseleniya / A. A. Vyal'shina // Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya: elektronnyy nauchnyy zhurnal. – 2020. – № 66(1):6. – URL : http://vestnik.mednet.ru/content/view/1133/30/lang,ru/ (data obrashcheniya: 14.04.2021)
32. Gasanova, P. G. Psikhologiya odinochestva: uchebno-metodicheskoye posobiye / P. G. Gasanova, M. K. Omarova. – Kiyev : OOO «Finansovaya Rada Ukrainy», 2017. – 76 s.
33. Gonchar, S. N. Osobennosti razvitiya smyslozhiznennykh oriyentatsiy sovremennykh studentov-pervokursnikov / S. N. Gonchar // Sovremennaya psikhologiya: mezhdunarodnaya zaochnaya nauchnaya konferentsiya (Perm', iyun' 2012 g.) : [materialy]. – Perm' : Merkuriy, 2012. – S. 17–19.
34. Grigor'yeva, V. N. Psikhologicheskaya pomoshch' v nevrologii / V. N. Grigor'yeva, A. SH. Tkhostov – N. Novgorod : Izd-vo Nizhegorodskoy gos. med. akademii, 2009. – 444 s.
35. Gurovich, I. YA. Problema stigmy i diskriminatsii bol'nykh shizofreniyey i ikh rodstvennikov, vozmozhnyye puti preodoleniya / I. YA. Gurovich, Ye. M. Kir'yanova, G. I. Vinidiktova, G. G. Marchenko // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2003. – T. 13, № 3. – S. 26–30.
36. Gurovich, I. YA. Psikhosotsial'noye lechebno-reabilitatsionnoye napravleniye v psikhiatrii / I. YA. Gurovich, YA. A. Storozhakova, A. B. Shmukler // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2004. – T. 14, № 1. – S.81–86.
37. Derkach, A. A. Akmeologiya / A. A. Derkach, V. G. Zazykina. – SPb. : Piter, 2003. – 256 s.
38. Dolgikh, V. T. Obshchaya patofiziologiya (lektsii dlya studentov i vrachey). – 2-ye izd., pererab. i dop. / V. T. Dolgikh. – N. Novgorod : Izd-vo NGMA, 1997 – 108 s.

39. Dubinskiy, A. A. Osobennosti vzaimosvyazi vnutrenney kartiny bolezni i avtobiograficheskoy pamyati u bol'nykh shizofreniyey, sovershivshikh obshchestvenno opasnyye deystviya / A. A. Dubinskiy, V. G. Bulygina // Psikhologicheskiye issledovaniya: elektronnyy nauchnyy zhurnal. – 2015. – T. 8, № 44. – URL : https://psystudy.ru (data obrashcheniya: 02.12.2017).
40. Dyupra-Kushtanina, V. A. Zhenskaya bezdetnost' i stsenarii zhiznennogo puti / V. A. Dyupra-Kushtanina, S. YU. Lutoshkina // Mir Rossii. – 2014. – T. 23, № 2. – S. 183–203.
41. Yerichev, A. N. Rol' psikhoobrazovatel'nykh programm v sisteme reabilitatsii bol'nykh shizofreniyey / A. N. Yerichev // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2007. – T. 17, № 3. – S. 43–47.
42. Zharikov, N. M. Psikhiatriya / N. M. Zharikov, YU. G. Tyul'pin. – Moskva : Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo, 2009. – 832 s.
43. Zhdan, A. N. Istoriya psikhologii ot antichnosti do nashikh dney : ucheb. dlya studentov psikhol. spets. vuzov / A. N. Zhdan ; MGU im. M.V. Lomonosova. – 5-ye izd., pererab. i dop. – Moskva : Akademicheskiy proyekt, 2004. – 572 s.
44. Zhmurov, V. A. Bol'shaya entsiklopediya po psikhiatrii / V. A. Zhmurov. – 2-ye izd. – Moskva : Dzhangar, 2012. – 864 s.
45. Zhmurov, V. A. Klinicheskaya psikhiatriya / V. A. Zhmurov. – Moskva : Dzhangar, 2010. – 1272 s.
46. Zhmurov, V. A. Psikhopatologiya / V. A. Zhmurov. – Irkutsk : Izd-vo IGU, 1994. – T.1. – 240 s.
47. Zaytseva, YU. S. Sravnitel'noye issledovaniye neyrokognitivnogo profilya bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey i shizoaffektivnym rasstroystvom s pervymi psikhoticheskimi epizodami / YU. S. Zaytseva, G. R. Sarkisyan, V. V. Sarkisyan, YA. A. Storozhakova // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2011. – T. 21, № 2. – S. 5–11.
48. Zalutskaya, N. M. Analiz osnovnykh psikhologicheskikh kharakteristik uspeshnosti sovladaniya s semeynym stressom u bol'nykh endogennymi

psikhozami / N. M. Zalutskaya // XIV S"yezd psikhiatrov Rossii, Moskva, 15-18 noyabrya 2005 g.: materialy s"yezda. – Moskva, 2005. – S. 400.

49. Zaslavskiy, L. G. Kachestvo zhizni i psikhoemotsional'nyye rasstroystva u bol'nykh miasteniyey / L. G. Zaslavskiy, A. B. Khurshilov, Ye. N. Skornyakova. // Klinitsist. – 2015. – T. 9, № 4. – S. 35–38.
50. Zeygarnik, B. V. Patopsikhologiya – 2-ye izd. / B. V. Zeygarnik. – Moskva : Izd-vo MGU, 1986. – 240 c.
51. Zenevich, G. V. Remissii pri shizofrenii / G. V. Zenevich. – Leningrad : Meditsina, 1964. – 216 s.
52. Zorin, V. I. «Yevraziyskaya mudrost' ot a do YA»: tolkovyy slovar' / V. I. Zorin. – Almaty : Izd-vo «Sozdik-Slovar'», 2002 . – 408 s.
53. Ivashev, S. P. Sistemno-informatsionnyye zakonomernosti samoregulyatsii tselenapravlennogo povedeniya u bol'nykh shizofreniyey / S. P. Ivashev // Yestestvennyye nauki. – 2010. – № 2 (31). – S. 126–135.
54. Isayeva Ye.R. Psikhologicheskiye adaptatsionnyye resursy lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni // Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. – 2015. – N 1(30). – S. 8 [Elektronnyy resurs]. – URL: http://mprj.ru (data obrashcheniya: 20.04.2020).
55. Kalashnikova, YU. O. Osobennosti osoznannoy samoregulyatsii deyatel'nosti uchashchikhsya starshikh klassov / YU. O. Kalashnikova // Molodoy uchenyy. – 2010. – № 9. – S. 251–254.
56. Kalin, V. K. Klassifikatsiya volevykh kachestv / V. K. Kalin // Emotsional'no-volevaya regulyatsiya povedeniya i deyatel'nosti: tezisy vsesoyuz. konf. molodykh uchenykh, Simferopol', 10-14 maya 1983 g. – Simferopol', 1983. – S. 37–41.
57. Kamaldinova, E. SH. Fatalizm i volyuntarizm kak kategorii sotsial'noy filosofii / E. SH. Kamaldinova // Entsiklopediya gumanitarnykh nauk. – 2012. – № 4. – S. 333–335.
58. Karavayeva, T. A. Kholisticheskaya diagnostika pogranichnykh psikhicheskikh rasstroystv / T. A. Karavayeva, A. P. Kotsyubinskiy. – SPb. : SpetsLit, 2018. – 286 s.

59. Katsero, A. A. Podkhody k traktovke samoregulyatsii v psikhologii / A. A. Katsero, A. V. Kobzar' // Psikhologicheskiye nauki: teoriya i praktika: materialy II mezhdunar. nauch. konf., Moskva, mart 2014 g. – Moskva : Buki-Vedi, 2014. – S. 10–12.
60. Kinkul'kina, M. A. Depressii pri shizofrenii i alkogolizme. Klinika i lecheniye / M. A. Kinkul'kina, N. N. Ivanets. – Moskva : ID «MEDPRAKTIKA-M», 2009. – 216 s.
61. Kinkul'kina, M. A. Depressii u bol'nykh shizofreniyey posle kupirovaniya ostrogo psikhoza / M. A. Kinkul'kina, N. N. Ivanets // Klinicheskaya meditsina. – 2008. – T. 86, № 11. – S. 53–59.
62. Kovaleva, A. V. Sotsializatsiya vyalotekushchey shizofrenii posredstvom treningovoy raboty / A. V. Kovaleva // Molodoy uchenyy. – 2015. – № 8 (88). – S. 101–106.
63. Kozlova, E. M. Vozmozhnosti ispol'zovaniya proyektivnykh metodov pri issledovanii iskazheniy lichnostnogo smysla u raznykh grupp psikhicheski bol'nykh / E. M. Kozlova, A. V. Suvorova // Vestnik Stavropol'skogo gosudarstvennogo universiteta. – 2009. – № 65. – S. 154–159.
64. Konopkin, O. A. Obshchaya sposobnost' k samoregulyatsii kak faktor sub"yektnogo razvitiya / O. A. Konopkin // Voprosy psikhologii. – 2004. – № 2. – S. 128–135.
65. Konopkin, O. A. Psikhologicheskiye mekhanizmy regulyatsii deyatel'nosti / O. A. Konopkin. – Moskva : Nauka, 1980. – 254 s. ; – 2-ye izd., ispr. i dop. – Moskva : URSS : Lenand, 2010. – 316 s. ; – 3-ye izd., ispr. i dop. – Moskva : URSS : Lenand, 2018. – 320 s.
66. Konopkin, O. A. Strukturno-funktsional'nyy i soderzhatel'no-psikhologicheskiy aspekty osoznannoy samoregulyatsii / O. A. Konopkin. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki. – 2005. – T. 2, № 1. – S. 27–42.
67. Kon'kova, D. YU. Affektivnyye narusheniya pri miastenii / D. YU. Kon'kova, D. N. Karnaukh // Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika. – 2016. – T. 8, № 4. – S. 21–24.

68. Kopytin, A. I. Primeneniye art-terapii v lechenii i reabilitatsii bol'nykh s psikhicheskimi rasstroystvami / A. I. Kopytin // Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal. – 2012. – № 2. – URL : http:// medpsy.ru (data obrashcheniya: 18.05.2020)
69. Kopytin, A. I. Rabota s psikhiatricheskimi patsiyentami na baze dnevnogo statsionara psikhonevrologicheskogo dispansera / A. I. Kopytin // Praktikum po art-terapii / pod red. A. I. Kopytina. – SPb. : Piter, 2001. – S. 265–297.
70. Kotsyubinskiy, A. P. Znacheniye adaptatsionno-kompensatornykh mekhanizmov v sindromogeneze shizofrenii / A. P. Kotsyubinskiy, A. I. Skorik, N. A. Penchul // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. 2007. – T. 17, № 2. – S. 103–107.
71. Kotsyubinskiy, A. P. Mnogomernaya (kholisticheskaya) diagnostika v psikhiatrii (biologicheskiy, psikhologicheskiy, sotsial'nyy i funktsional'nyy diagnozy) / A. P. Kotsyubinskiy. – Sankt-Peterburg : SpetsLit, 2017. – 285 s.
72. Kotsyubinskiy, A. P. Ob adaptatsii psikhicheski bol'nykh (utochneniye osnovnykh ponyatiy) / A. P. Kotsyubinskiy, N. S. Sheynina // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 1996. – № 1–2. – S. 203–212.
73. Kritskaya, V. P. Patologiya psikhicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshcheniye, poznaniye / V. P. Kritskaya, T. K. Meleshko, YU. F. Polyakov. – Moskva : Izd-vo MGU. 1991. – 256 s.
74. Kritskaya, V. P. Psikhologicheskiye osobennosti bol'nykh shizofreniyey s blagopriyatnym iskhodom / V. P. Kritskaya, T. K. Meleshko // Aktual'nyye voprosy psikhiatrii: materialy 2-y nauchnoy otchetnoy sessii SF VNTSPZ AMN SSSR. – Tomsk : Izd-vo Tomskogo un-ta, 1985. – Vyp. II. – S. 157–158.
75. Krys'ko, V. G. Slovar'-spravochnik po sotsial'noy psikhologii / V. G. Krys'ko. – M.; SPb. : Piter, 2003. – 416 s.
76. Kudryashova, V. YU. Koping-strategii i samoregulyatsiya povedeniya u bol'nykh shizofreniyey i affektivnymi rasstroystvami / V. YU. Kudryashova, D. M. Saraykin, M. V. Ivanov // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2017. – № 2. – S. 33–39.

77. Kudryashova, V.YU. Koping-stratenii i samoregulyatsiya povedeniya u bol'nykh shizofreniyey i affektivnymi rasstroystvami / V.YU. Kudryashova, D.M. Saraykin, M.V. Ivanov. // Antologiya Rossiyskoy psikhoterapii i psikhologii : meterialy mezhdunarodnogo kongressa «Psikhoterapiya, psikhofarmakoterapiya, psikhologicheskoye konsul'tirovaniye: grani issleduyemogo», Sankt-Peterburg, 17-18 marta 2017g. – Sankt-Peterburg, 2017. – S.149.
78. Kudryashova, V.YU. Koping-stratenii i samoregulyatsiya povedeniya u bol'nykh shizofreniyey i affektivnymi rasstroystvami / V.YU. Kudryashova, D.M. Saraykin, M.V. Ivanov. // Antologiya Rossiyskoy psikhoterapii i psikhologii : meterialy mezhdunarodnogo kongressa «Psikhoterapiya, psikhofarmakoterapiya, psikhologicheskoye konsul'tirovaniye: grani issleduyemogo», Sankt-Peterburg, 17-18 marta 2017g. – Sankt-Peterburg, 2017. – S.84–91.
79. Kudryashova, V. YU. Osobennosti adaptatsionno-kompensatornykh psikhologicheskikh mekhanizmov u bol'nykh miasteniyey / V. YU. Kudryashova, N. B. Lutova, D. I. Rudenko i dr. // Rossiyskiy nevrologicheskiy zhurnal. – 2020. – T. 25, № 4. – S. 14–21.
80. Kudryashova, V. YU. Osobennosti psikhologicheskikh adaptatsionno-kompensatornykh mekhanizmov u bol'nykh s tyazhelymi khronicheskimi zabolevaniyami / V. YU. Kudryashova, N. B. Lutova, D. I. Rudenko i dr. // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2020. – № 4. – S. 33–41.
81. Kudryashova, V.YU. Samoregulyatsiya povedeniya i mekhanizmy sovladaniya vo vzaimosvyazi s psikhopatologicheskoy simptomatikoy u bol'nykh shizofreniyey i depressivnymi rasstroystvami / V.YU. Kudryashova // Depressiya – vyzov XXI veka: materialy 4-y Kostromskoy shkoly molodykh uchenykh i spetsialistov v oblasti psikhicheskogo zdorov'ya s mezhdunarodnym uchastiyem, Kostroma, 17-19 aprelya 2018g. – Moskva, 2018. – S. 25–30.
82. Kudryashova, V. YU. Rol' samoregulyatsii povedeniya kak aspekta adaptatsionno-kompensatornykh mekhanizmov u bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey / V. YU.

Kudryashova, N. B. Lutova // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2019. – № 1. – S. 26–33.

83. Kudryashova, V. YU. Samoregulyatsiya povedeniya kak odin iz adaptatsionno-kompensatornykh mekhanizmov psikhiki u bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey. Soobshcheniye 2 / V. YU. Kudryashova, N. B. Lutova // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2019. – № 4-2. – S. 60–67.
84. Kudryashova, V.YU. Samoregulyatsiya povedeniya kak odin iz adaptatsionno-kompensatornykh mekhanizmov u bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey / V.YU. Kudryashova, N.B. Lutova // Meditsinskiy Alfavit. – 2018. – T.3, №27(364). – S. 46–50.
85. Kudryashova, V.YU. Sravneniye effektov TSN, PO programmy i izolirovannoy PFT na rabotu psikhologicheskikh adaptatsionno-kompensatornykh mekhanizmov u bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey / V.YU. Kudryashova, N.B. Lutova, A.YA. Vuks, M.YU. Sorokin // Al'yans psikhologii, psikhoterapii i farmakoterapii. Nauka i real'nyy mir v lechenii psikhicheskikh rasstroystv: tezisy konferentsii, posvyashchennoy 90-letiyu so dnya rozhdeniya B.D. Karvasarskogo, Sankt-Peterburg, 29 oktyabrya 2021 g. – Sankt-Peterburg, 2021. – S. 136–138
86. Kudryashova, V.YU. Effekty treninga sotsial'nykh navykov otnositel'no ryada adaptatsionno-kompensatornykh parametrov u bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey / V.YU. Kudryashova, N.B. Lutova, A.YA. Vuks // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2022. – T. 56, № 3. – S. 57–65.
87. Kuzin, M. I. Miasteniya / M. I. Kuzin, B. M. Gekht. – Moskva : Meditsina, 1996. – 224 s.
88. Kulikov, S. A. Osobennosti struktury smyslozhiznennykh oriyentatsiy bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey / S. A. Kulikov // Materialy Mezhdunarodnoy zaochnoy nauch.-prakt. konf. "Lichnost', sem'ya, obshchestvo: voprosy sovremennoy psikhologii" / Novosibirskiy gos. ped. un-t, Kaf. psikhologii lichnosti i spetsial'noy psikhologii, Sibirskaya assots. konsul'tantov. – Novosibirsk : ENSKE, 2011. – S. 170–176.

89. Laysek, R. P. Miasteniya / R. P. Laysek, R. L. Barchi : per. s angl. – Moskva : Meditsina, 1984. – 272 c.
90. Lebedeva, G. G. Kompleksnoye psikhologicheskoye issledovaniye patsiyentov s rasstroystvami shizofrenicheskogo spektra / G. G. Lebedeva, A. V. Stepanova, A. P. Kotsyubinskiy // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2017. – № 3. – S. 66–73.
91. Lebedeva, N. M. Puteshestviye v Geshtal't. Teoriya i praktika / N. M. Lebedeva, Ye. A. Ivanova. – SPb. : Rech', 2013. – 560 s.
92. Leont'yev, D. A. Ot sotsial'nykh tsennostey k lichnostnym: sotsiogenez i fenomenologiya tsennostnoy regulyatsii deyatel'nosti (stat'ya pervaya) // Vestnik Moskovskogo universitetata. Seriya 14. Psikhologiya. – 1996. – № 4. – S. 35–44.
93. Leont'yev, D.A. Tsennostnyye predstavleniya v individual'nom i gruppovom soznanii: vidy, determinanty i izmeneniya vo vremeni / D.A. Leont'yev // Psikhologicheskoye obozreniye. – 1998. – №1. – S. 13–25.
94. Leont'yev, D. A. Labirint identichnostey: ne chelovek dlya identichnosti, a identichnost' dlya cheloveka / D. A. Leont'yev // Filosofskiye nauki. – 2009. – № 10. – S. 5–10.
95. Leont'yev, D. A. Test smyslozhiznennykh oriyentatsiy (SZHO) / D. A. Leont'yev. – 2-ye izd. – Moskva : Smysl, 2000. – 18 s.
96. Lichko, A. Ye. Shizofreniya u podrostkov / A. Ye. Lichko. – Leningrad : Meditsina, 1989. – 216 s.
97. Luriya, R. A. Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennyye zabolevaniya / R. A. Luriya. – 4-ye izd. – Moskva : Meditsina, 1977. – 112 s.
98. Lutova, N. B. Komplayens i psikhodinamicheskiye parametry bol'nykh psikhozami / N. B. Lutova // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2013. – № 1. – S. 49–55.
99. Lutova, N. B. Psikhiatricheskaya stigma – yeyo proyavleniya i posledstviya / N. B. Lutova, M. YU. Sorokin, V. D. Vid // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2017. – № 3. – S. 41–45.

100. Mak-Uil'yams, N. Psikhoanaliticheskaya diagnostika: ponimaniye struktury lichnosti v klinicheskom protsesse / N. Mak-Uil'yams : per. s angl. – Moskva : Nezavisimaya firma «Klass», 2001. – 480 s.

101. Malevannaya, O. V. Reabilitatsiya i sotsial'noye funktsionirovaniye bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey / O. V. Malevannaya, N. N. Petrova // Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal. – 2012. – № 3. – S. 10–11.

102. Mal'tseva, Ye. A. Osobennosti kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik patsiyentov molodogo vozrasta s paranoidnoy shizofreniyey / Ye. A. Mal'tseva, M. V. Zlokazova, A. G. Solov'yev // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2014. – T. 24, № 1. – S. 14–20.

103. Melokhin, A. I. Kachestvo zhizni v pozhilom i starcheskom vozraste: problemnyye voprosy / A. I. Melokhin // Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya : elektronnyy nauchnyy zhurnal. – 2016. T. 5, № 1. – S. 53–63. – URL : https://psyjournals.ru/ (data obrashcheniya: 16.04.2021) doi: 10.17759/jmfp.2016050107

104. Mislavskiy, YU. A. Samoregulyatsiya i aktivnost' lichnosti v yunosheskom vozraste / YU. A. Mislavskiy. – Moskva : Pedagogika, 1991. – 152 s.

105. Mikhaylov, B. V. Psikhoterapiya v obshchesomaticheskoy meditsine. Klinicheskoye rukovodstvo / B. V. Mikhaylov, A. I. Serdyuk, V. A. Fedoseyev. – Khar'kov : Prapor, 2002. – 128 s.

106. Monakhov, M. V. Vliyaniye kachestva zhizni semey na sostoyaniye zdorov'ya detey / M. V. Monakhov, I. S. Tsybul'skaya // Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya. – 2009. – № 4(12). – S. 1–16.

107. Morosanova, V. I. Individual'nyy stil' samoregulyatsii: fenomen, struktura i funktsii v proizvol'noy aktivnosti cheloveka / V. I. Morosanova. – Moskva : Nauka, 1998. – 191 s.

108. Mustafayeva, F. A. Issledovaniye roli sem'i v zhizni pozhilogo cheloveka / F. A. Mustafayeva, Z. L. Sizonenko, O. N. Yuldasheva // Zdorov'ye i obrazovaniye v XXI veke. – 2016. – T. 18, № 10. – S. 143–146.

109. Nadzharov, R. A. Klinicheskiye proyavleniya shizofrenii. Formy techeniya / R. A. Nadzharov, A. B. Smulevich // Rukovodstvo po psikhiatrii / pod red. A. V. Snezhnevskogo. – Moskva : Meditsina, 1983. – T. 1. – S. 304–355.

110. Nayenko, N.I. Psikhicheskaya napryazhennost' : monografiya / N.I. Nayenko. – Moskva : Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1976. – 112 s.

111. Nal'kin, S. A. Osobennosti kognitivnykh funktsiy u bol'nykh miasteniyey / S. A. Nal'kin, S. V. Lobzin, M. G. Sokolova // Meditsinskiy akademicheskiy zhurnal. – 2018. – T. 18, № 3. – S. 41–45. doi:0.17816/MAJ18341-45

112. Neznanov, N.G. Biopsikhosotsial'naya model' v psikhiatrii kak optimal'naya paradigma dlya sovremennykh biomeditsinskikh issledovaniy / N.G. Neznanov, V.G. Rukavishnikov, Ye.D. Kas'yanov i dr. // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva. – 2020. – №2. – S. 3–15.

113. Neznanov, N. G. Negativnyye i kognitivnyye rasstroystva pri endogennykh psikhozakh: diagnostika, klinika, terapiya / N. G. Neznanov, M. V. Ivanov. – Moskva : MEDpress-inform, 2021. – 320 s.

114. Nikolayeva V. V. Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku / V. V. Nikolayeva. – Moskva : Izd-vo MGU, 1987. – 168 s.

115. Obukhov, S. G. Psikhiatriya / S. G. Obukhov / pod red. YU. A. Aleksandrovskogo. – Moskva : GEOTAR-Media, 2007. – 352 s.

116. Ovchinnikov, B. V. Psikhicheskaya predpatologiya. Preventivnaya diagnostika i korrektsiya / B. V. Ovchinnikov, I. F. D'yakonov, L. V. Bogdanova. – SPb. : ELBI-SPb, 2010. – 368 s.

117. Oleychik, I. V. Osobennosti psikhopatologii i lecheniya yunosheskikh depressiy nepsikhoticheskogo urovnya pri shizotipicheskom rasstroystve / I. V. Oleychik // Vzaimodeystviye spetsialistov v okazanii pomoshchi pri psikhicheskikh rasstroystvakh : materialy obshcheros. konf., Moskva, 27–30 oktyabrya 2009 g. / Plenum Pravleniya Ros. obshchestva psikhiatrov s uchastiyem gl. psikhiatrov i narkologov, rukovoditeley psikhiatr. i narkol. uchrezhdeniy sub"yektov RF. – M., 2009. – S. 40–41.

118. Osnitskiy, A. K. Samoregulyatsiya deyatel'nosti shkol'nika i formirovaniye aktivnosti lichnosti / A. K. Osnitskiy. – Moskva : Znaniye, 1986. – 80 s.

119. Osokina, O. I. Issledovaniye zhiznennykh smyslov i tsennostnykh oriyentatsiy u bol'nykh, perenesshikh manifestnyy pristup shizofrenii / O. I. Osokina, V. A. Abramov, G. G. Putyatin i dr. // Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal. – 2014. – № 3(84). – S. 77–80.

120. 110. Papsuyev, O. O. Kompleksnyy podkhod k sotsial'no-kognitivnym vmeshatel'stvam pri rabote s bol'nymi shizofreniyey / O. O. Papsuyev, L. G. Movina, N. D. Semenova i dr. // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2015. – T. 25, № 1. – S. 36–44.

121. Pashkovskiy, V. E. Sravnitel'nyy analiz pokazateley sotsial'noy adaptatsii bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey s razlichnoy chastotoy gospitalizatsiy / V. E. Pashkovskiy, A. G. Sofronov, I. D. Fedorovskiy, A. Ye. Dobrovol'skaya // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2017. – T. 27, № 3. – S. 19–25.

122. Petrova, N. N. Affektivnyye rasstroystva i kachestvo zhizni u bol'nykh miasteniyey / N. N. Petrova, M. L.

Chukhlovin, A. A. Chukhlovina // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2005. – № 4 (1). – S. 79–80.

123. Petrova, N. N. Kseplion v reshenii aktual'nykh problem lecheniya bol'nykh shizofreniyey / N. N. Petrova, L. G. Serazetdinova, S. N. Baranov i dr. // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2013. – T. 23, № 1. – S. 73–78.

124. Petrova, N. N. Kharakteristika suitsidal'nogo povedeniya bol'nykh s depressiyey v remissii shizofrenii / N. N. Petrova, O. A. Vishnevskaya // Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal. – 2015. – T.15, № 3. – S. 12–13.

125. Prakticheskiy intellekt / R. Dzh. Sternberg, Dzh. B. Forsayt, Dzh. Khedland i dr. : per. s angl. – SPb. : Piter, 2002. – 272 s.

126. Psikhologicheskiye osobennosti tret'yego vozrasta: khrestomatiya dlya studentov / sost. T. A. Akhryamkina, V. V. Vel'sh. – Samara : SF GAOU VO MGPU, 2019. – 196 s.

127. Psikhoobrazovatel'nyye programmy v sisteme reabilitatsii bol'nykh endogennymi psikhozami: posobiye dlya vrachey / NIPNI im. V.M. Bekhtereva; avtory: A. P. Kotsyubinskiy, A. N. Yerichev, N. V. Zuykova. – SPb., 2006. – 26 s.

128. Psikhosotsial'naya i kognitivnaya terapiya i reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh: prakticheskoye rukovodstvo [L. A. Arbuzova i dr.] ; pod red. I. YA. Gurovicha, A. B. Shmuklera. – Moskva : Medpraktika-M, 2015. – 418 s.

129. Pugacheva, A. V. Znacheniye sem'i v sovremennom obshchestve / A. V. Pugacheva // Nauka i obrazovaniye segodnya. – 2017. – № 8(19). – S. 65–66.

130. Rakova, V. A. Osobennosti vospriyatiya vremennoy perspektivy bol'nymi paranoidnoy shizofreniyey / V. A.

Rakova, O. YU. Shchelkova // Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya. – 2011, – № 5. – S. 89–94.

131. Rasskazova, Ye. I. Ponyatiye samoregulyatsii v psikhologii zdorov'ya: novyy podkhod ili oblast' primeneniya? / Ye. I. Rasskazova // Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya. – 2014. – T. 7, № 1. – S. 43–56.

132. Rasskazova, Ye. I. Biopsikhosotsial'nyy podkhod k ponimaniyu zdorov'ya i bolezni / Ye.I. Rasskazova, A.SH. Tkhostov // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva. – 2015. – № 2. – S. 17–21.

133. Rakhimov, K. D. Dokazatel'naya farmakoterapiya shizofrenii (kliniko-ekonomicheskiye aspekty) / K. D. Rakhimov, A. M. Akimbayeva, K. A. Zordinova, G. M. Gulamova // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya : setevoye izdaniye. – 2010. – № 4. – S. 137–154. URL : http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=4518 (data obrashcheniya: 30.04.2021).

134. Rean, A. A. Psikhologiya lichnosti / A. A. Rean. – SPb. : Piter, 2016. – 510 s.

135. Rid, Dzh. Izobreteniye «shizofrenii» / Dzh. Rid // Modeli bezumiya: Psikhologicheskiye, sotsial'nyye i biologicheskiye podkhody k ponimaniyu shizofrenii / pod red. Dzh. Rida, L. R. Moshera, R. P. Bentalla : per. s angl.. – Stavropol' : ANO «ProPsi» ; Izd-vo «Vozrozhdeniye», 2008. – S. 49–53.

136. Romanova, T. V. Issledovaniye psikhologicheskikh osobennostey bol'nykh miasteniyey / T. V. Romanova // Doktor. RU. – 2013. – №5 (83). – S. 34–37.

137. Romashov, O. V. Sotsiologiya truda : uchebnoye posobiye dlya studentov VUZov / O. V. Romashov. – Moskva : Gardariki, 2001. – 316 s.

138. Rostovskaya, T. K. Sotsial'nyye roli muzhchiny v sovremennom obshchestve / T. K. Rostovskaya, YA. V. Shimanovskaya // Voprosy upravleniya. – 2018. – № 2(51). – S. 135–140. doi 10.22394/2304-3369-2018-2-135-140

139. Rukovodstvo po psikhiatrii / pod red. A. V. Snezhnevskogo ; v 2-kh t. – Moskva : Meditsina, 1983, – T. 1. – 480 s.

140. Rychkova, O. V. Sravneniye sposobnosti k empatii u bol'nykh shizofreniyey i shizoaffektivnym psikhozom / O. V. Rychkova, M. A. Moskacheva, A. B. Kholmogorova // Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal. – 2015. – № 6(35). – URL : https://mprj.ru (data obrashcheniya: 02.12.2017).

141. Sanadze, A. G. Miasteniya i miastenicheskiye sindromy / A. G. Sanadze. – Moskva : Litterra, 2012. – 255 s.

142. Seina, S. A. Problema mnogourovnevogo obespecheniya regulyatsii povedeniya / S. A. Seina // Uchonyye zapiski Kurskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya : Gumanitarnyye nauki. – 2009. – № 3. – S. 122–128.

143. Selivanov, V. I. Volevaya regulyatsiya aktivnosti lichnosti / V. I. Selivanov // Psikhologicheskiy zhurnal. – 1982. – T. 3, № 4. – S. 23–35.

144. Semanticheskiy differentsial vremeni kak metod diagnostiki lichnosti pri depressivnykh rasstroystvakh: posobiye dlya psikhologov i vrachey / NIPNI im. V.M. Bekhtereva; avtory-sostaviteli: L. I. Vasserman, O. N. Kuznetsov, V. A. Tashlykov i dr. – SPb., 2005. – 23 s.

145. Semenov, S. F. Protsessy kompensatsii i adaptatsii pri narusheniyakh nervno-psikhicheskoy deyatel'nosti / S. F. Semenov, N. P. Mogilina, R. D. Kogan i dr. // Klinicheskiye, sotsial'nyye i biologicheskiye aspekty kompensatsii i adaptatsii pri nervno-psikhicheskikh

zabolevaniyakh: Trudy Moskovskogo NII psikhiatrii. – Moskva, 1979. – T. 85. – S. 10–20.

146. Semenova, N. D. Problema obrazovaniya psikhicheski bol'nykh / N. D. Semenova, L. I. Sal'nikova // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 1998. – № 4. – S. 30–39.

147. Semke, A. V. Klinicheskiye, epidemiologicheskiye i biologicheskiye predposylki adaptatsii bol'nykh shizofreniyey kak osnova personifitsirovannogo podkhoda k antipsikhoticheskoy terapii / A. V. Semke, O. YU. Fedorenko, O. A. Lobacheva i dr. // Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii. – 2015. – № 3(88). – C. 19–25.

148. Serazetdinova, L. G. Opyt psikhoobrazovaniya bol'nykh shizofreniyey v ambulatornoy praktike / L. G. Serazetdinova, N. N. Petrova, O. V. Malevannaya // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2012. – № 1. – S. 37–42.

149. Serikov, N. G. Vliyaniye obrazovaniya na razvitiye cheloveka / N. G. Serikov // Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Obrazovaniye. Pedagogicheskiye nauki. – 2014. – T. 6., № 2. – S. 11–17.

150. Sinel'nikov A. B. Sem'ya i brak: krizis ili modernizatsiya? / A. B. Sinel'nikov // Sotsiologicheskiy zhurnal. – 2018. – T. 24, № 1. – S. 95–113.

151. Slovar' prakticheskogo psikhologa / sost. : S. YU. Golovin. – Minsk : Kharvest, 1998. – 800 s.

152. Smulevich, A. B. Depressii v obshchey meditsine. Rukovodstvo dlya vrachey / A. B. Smulevich. – Moskva : Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo. 2001. – 782 s.

153. Smulevich, A. B. Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh / A. B. Smulevich. – Moskva : Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo, 2003. – 432 s.

154. Snezhnevskiy A. V. Mesto kliniki v issledovanii prirody shizofrenii / A. V. Snezhnevskiy // Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. – 1975. – T. 75, № 9. – S. 1340–1345.

155. Sovremennyye predstavleniya o psikhicheskoy norme i patologii: psikhologicheskiy, klinicheskiy i sotsial'nyy aspekty / Moskovskiy in-t psikhoanaliza ; otv. red. N. L. Belopol'skaya. – Moskva : Kogito-Tsentr, 2015. – 291 s.

156. Sofronov, A. G. Optimizatsiya dolgosrochnykh rezul'tatov lecheniya shizofrenii pri dlitel'noy kompleksnoy terapii preparatami paliperidona pal'mitatom v sochetanii s psikhosotsial'nymi vmeshatel'stvami v ambulatornykh usloviyakh / A. G. Sofronov, T. M. Gritsevskaya, A. P. Savel'yev, T. A. Korman // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2017. – T. 27, № 1. – S. 39–47.

157. Stepanova, A. V. Vzaimosvyaz' mekhanizmov psikhologicheskoy adaptatsii s kognitivnymi narusheniyami u bol'nykh shizotipicheskim rasstroystvom / A. V. Stepanova, Ye. R. Isayeva, A. P. Kotsyubinskiy // Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2017. – № 4. – S. 51–58.

158. Tarabrina, N. V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa / N. V. Tarabrina. – SPb. : Piter, 2001. – 272 s.

159. Tyurina, N. V. Ponyatiye adaptatsii v sovremennoy psikhologii / N. V. Tyurina // Vestnik Astrakhanskogo gos. tekh. un-ta. – 2007. – № 5(40). – S. 152–157.

160. Filosofskiy entsiklopedicheskiy slovar' / gl. red. L. F. Il'ichov [i dr.]. – Moskva : Sovetskaya entsiklopediya, 1983. – 840 s.

161. Firsova, L. D. Reaktsiya na tyazhelyy stress i narusheniya adaptatsii v praktike gastroenterologa / L. D. Firsova

// Effektivnaya farmakoterapiya. – 2020. – T. 16, № 15. – S. 86–91. doi: 10.33978/2307-3586-2020-16-15-86-91

162. Khan'ko, A. V. Psikhologicheskaya adaptatsiya k bolezni patsiyentov s pervymi pristupami shizofrenii : avtoref. dis ... kand. psikhol. nauk : 19.00.04 / Khan'ko Aleksandr Valer'yevich; [Mesto zashchity: Vseros. tsentr ekstren. i radiats. meditsiny im. A.M. Nikiforova MCHS Rossii]. – Sankt-Peterburg, 2014. – 22 s.

163. KH'yell, L. Teoriya lichnosti / L. KH'yell, D. Zigler : per. s angl. ; 3-ye izd. – SPb. : Piter, 2014. – 607 s.

164. Tsirkin, S. YU. Analiticheskaya psikhopatologiya / S. YU. Tsirkin. – Moskva : Binom, 2012. – 288 s.

165. Chereneva, Ye. A. Teoreticheskiye osnovy problemy samoregulyatsii predmetnoy deyatel'nosti i povedeniya / Ye. A. Chereneva // Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2010. – № 5. – S. 7–11.

166. Chudnovskiy, V. E. K probleme adekvatnosti smysla zhizni / V. E. Chudnovskiy // Mir psikhologii. – 1999. – № 2. – S. 74–80.

167. Chuprikova, N. I. Umstvennoye razvitiye: Printsip differentsiatsii / N. I. Chuprikova. – SPb. : Piter, 2007. – 448 s.

168. Shaposhnikov, N. N. Dinamika i korrelyatsii invalidnosti vzroslogo naseleniya vsledstviye shizofrenii s osnovnymi pokazatelyami deyatel'nosti psikhiatricheskoy sluzhby / N. N. Shaposhnikov, P. V. Sitchikhin // Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik. – 2016. – № 6 (161). – S. 140–145.

169. Shizofreniya: uyazvimost' – diatez – stress – zabolevaniye : kollektivnaya monografiya / A.P. Kotsyubinskiy [i dr.] – SPb.: Gippokrat+, 2004. – 336 s.

170. Shinina, T. V. Problemy lichnosti invalidov: sotsial'no-psikhologicheskiye aspekty / T. V. Shinina // Vestnik

Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskiye nauki. – 2011. – № 1. – S. 145–150.

171. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoy reabilitatsii: rukovodstvo dlya vrachey i nauchnykh rabotnikov / [A. N. Belova, T. V. Buylova, I. D. Bulyubash i dr.]; pod red. A. N. Belovoy. – Moskva : Antidor, 2002. – 440 s.

172. Shmukler, A. B. Depressivnaya simptomatika i yeye lecheniye u bol'nykh shizofreniyey / A. B. Shmukler // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. – 2015. – T. 25, № 2. – S. 101–105.

173. Shustov, D. I. Psikhologicheskoye issledovaniye biografiy i zhiznennogo puti / D. I. Shustov // Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'ye, adaptatsiya, razvitiye : elektronnyy nauchnyy zhurnal Ryazanskogo gos. med. un-ta im. akad. I. P. Pavlova. – 2014. – T. 2, № 5. – URL : https://humjournal.rzgmu.ru/art&id=76 (data obrashcheniya: 20.04.2021).

174. Eydemiller, E. G. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i / E. G. Eydemiller, V. Yustitskis. – SPb. : Piter, 1999. – 656 s.

175. Eydemiller, E. G. Semeynyy diagnoz i semeynaya psikhoterapiya : ucheb. posobiye dlya vrachey i psikhologov / E. G. Eydemiller, I. V. Dobryakov, I. M. Nikol'skaya. – SPb. : Rech', 2003. – 332 s.

176. Yudina, I. I. Opyt primeneniya art-terapii kak metoda psikhoterapevticheskoy korrektsii v rabote s patsiyentami, stradayushchimi shizofreniyey / I. I. Yudina // Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii. – 2013. – № 1. – S. 12–18.

177. Yurchenko, O. N. Kliniko-psikhologicheskaya i psikhodiagnosticheskaya kharakteristika bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey i yeye diagnosticheskoye znacheniye / O. N. Yurchenko // Mir Meditsiny i Biologii. – 2016. – № 4(58). – S. 87–92.

178. Yakovleva, N. V. Obzor psikhologicheskikh issledovaniy invalidnosti / N. V. Yakovleva, N. N. Ulanova, I. M. Shishkova // Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'ye, adaptatsiya, razvitiye : elektronnyy nauchnyy zhurnal Ryazanskogo gos. med. un-ta im. akad. I. P. Pavlova. – 2016. – № 2(13). – URL : https://humjournal.rzgmu.ru/art&id=204 (data obrashcheniya: 21.04.2021).

179. Yalom, I. Ekzistentsial'naya psikhoterapiya / Irvin Yalom ; per. s angl. – Moskva : Nezavisimaya firma «Klass», 2014. – 574 s.

180. Yanushko, M. G. Vzaimosvyaz' kognitivnykh narusheniy i pobochnykh effektov antipsikhoticheskoy terapii u bol'nykh shizofreniyey / M. G. Yanushko // Rossiyskiy psikhiatricheskiy zhurnal. – 2010. – № 6. – S. 64–69.

181. Aldao, A. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review / A. Aldao, S. Nolen-Hoeksema, S. Schweizer // Clinical Psychology Review. – 2010. – Vol. 30(2). – P. 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004

182. Alerman, A. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis / A. Alerman, R. S. Kahn, J. P. Seiten // Archives of General Psychiatry. – 2003. – Vol. 60(6). – P. 565-571. doi: 10.1001/archpsyc.60.6.565.

183. Almerie, M. Q. Social skills programmes for schizophrenia / M. Q. Almerie, A. L. Okba, M. Marhi et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. – Issue 6. – Art. No.: CD009006. – URL : https://doi.org/10.1002/14651858. CD009006.pub2. (датаобращения: 29.03.2020)

184. Amador, X. F. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia / X. F. Amador, J. M. Gorman // Psychiatric Clinics of North America. – 1998. – Vol. 21(1). – P. 27–42. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70359-2.

185. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition / [A. F. Lehman et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 161(2). – P. 1–56.

186. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for Treatment of Schizophrenia / [A. F. Lehman et al.]. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 2010. – 184 p.

187. Aşık, E. An evaluation of a psychoeducation programme for emotion identification and expression in individuals diagnosed with schizophrenia / E. Aşık, G. Ünsal // International Journal of Mental Health Nursing. – 2020. – Vol. 29(4). – P. 693–702. doi: 10.1111/inm.12703

188. Barch, D. M. The relationships among cognition, motivation, and emotion in schizophrenia: how much and how little we know / D. M. Barch // Schizophrenia Bulletin. – 2005. – Vol. 31(4). – P. 875–881. doi:10.1093/schbul/sbi040

189. Barker, V. An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis / V. Barker, A. Gumley, M. Schwannauer, S. M. Lawrie // British Journal of Psychiatry. – 2015. – Vol. 206(3). – P. 177–180. doi: 10.1192/bjp.bp.113.143578

190. Baumeister, R. F. Self-regulation failure: an overview / R. F. Baumeister, T. F. Heatherton // Psychological Inquiry. – 1996. – Vol. 7(1). – P.1–15.

191. Beck, A. T. An inventory for measuring depression / A. T. Beck, Ch. Ward, M. Mendelson et al. // Archives of General Psychiatry. – 1961. – Vol. 4(6). – P. 561–571.

192. Beck, A. T. Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy / A. T. Beck, N. A. Rector, N. Stolar, P. Grant. – New York : The Guilford Press, 2009. – 418 p.

193. Beck, A. T. The core problem in depression: the cognitive triad / A. T. Beck // Depression: Theories and Therapies / ed. by J. H. Masserman. – New York : Grune and Stratton, 1970. – P. 47–55.

194. Binswanger, L. Analyse existentielle et psychanalyse freudienne / L. Binswanger. – Paris : Gallimard, 1970. – 336 p.

195. Binswanger, L. Le cas Suzanne Urban. Etudes sur la schizophrenie / L. Binswanger. – Bordeaux, France : Gerard Monfort, 1988. – 144 p.

196. Buss, D. M. Adaptations, exaptations, and spandrels / D. M. Buss, M. G. Haselton, T. K. Shackelford et al. // American Psychologist. – 1998. – Vol. 53(5). – P. 533–548. doi: 10.1037//0003-066x.53.5.533

197. Cacioppo, S. Loneliness: Clinical Import and Interventions / S. Cacioppo, A. J. Grippo, S. London et al. // Perspectives on Psychological Science. – 2015 – Vol. 10(2). – P. 238–249. doi: 10.1177/1745691615570616

198. Casey, B. J. Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later / B. J. Casey, L. H. Somerville, I. H. Gotlib et al. // Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. – 2011. – Vol. 108(36). – P. 14998–15003. doi: 10.1073/pnas.1108561108.

199. Chadwick, P. Mindfulness groups for people with psychosis / P. Chadwick, K. N. Taylor, N. Abba // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2005. – Vol. 33(3). – P. 351–359. doi:10.1017/S1352465805002158

200. Chien, W. T. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care / W. T. Chien, S. F. Leung, F. K. Yeung, W. K. Wong // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2013. – Vol. 9. – P. 1463–1481. doi: 10.2147/NDT.S49263

201. Cianciolo, A. T. Practical intelligence and tacit knowledge: An ecological view of expertise / A. T. Cianciolo, R. J. Sternberg // Cambridge Handbook on Expertise and Expert Performance, 2rd. ed. / ed. by K. A. Ericsson et al. – New York : Cambridge University Press, 2018. – P. 770–792.

202. Cole, P. M. Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology / P. M. Cole, S. E. Hall, N. Hajal // Child and Adolescent Psychopathology – 3rd. ed. by T. P. Beauchaine, S. P. Hinshaw. – Hoboken, New Jersey, USA : Wiley & Sons Inc., 2017. – Chapter: 11. – P. 341–373.

203. Conerty, J. The Examination of Anomalous World Experience in schizophrenia and other disorders: a report on reliability / J. Conerty, B. Skodlar, E. Pienkos et al. // Psychopathology. – 2017. – Vol. 50(1). – P. 55–59. doi: 10.1159/000454865.

204. Conley, R. R. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia / R. R. Conley, H. Ascher-Svanum, B. Zhu et al. // Schizophrenia Research. – 2007. – Vol. 90(1–3). – P. 186–197. doi: 10.1016/j.schres.2006.09.027

205. Corin, E. Positive withdrawal and the quest for meaning: The reconstruction of experience among schizophrenics / E. Corin, G. Lauzon // Psychiatry. – 1992. – Vol. 55(3). – P. 266–278. doi:10.1080/00332747.1992.11024600

206. Cramer, P. Coping and defense mechanisms: What's the difference? / P. Cramer // Journal of Personality. – 1998. – Vol. 66(6). – P. 919–946. doi:10.1111/1467-6494.00037

207. Cramer, P. Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation / P. Cramer // American Psychologist. – 2000. – Vol. 55(6). – P. 637–646. doi:10.1037/0003-066x.55.6.637

208. Cutler, D. Understanding differences in health behaviors by education / D. Cutler, A. Lleras-Muney // Journal of Health Economics. – 2010. – Vol. 29(1). – P. 1–28. doi: 10.1016/j.jhealeco.2009.10.003

209. Dawkins, R. The Selfish Gene, 4rd. ed. / R. Dawkins. – New York, USA : Oxford University Press, 2016. – 544 p.

210. Ditman, T. A source-monitoring account of auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia / T. Ditman, G. R. Kuperberg // Harvard Review of Psychiatry. – 2005. – Vol. 13(5). – P. 280–299. doi: 10.1080/10673220500326391

211. Dixon, L. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities / L. Dixon, W. R. McFarlane, H. Lefley et al. // Psychiatric Services. 2001. – Vol. 52(7). – P. 903–910. doi: 10.1176/appi.ps.52.7.903

212. Dixon, L. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program / L. Dixon, B. Stewart, J. Burland et al. // Psychiatric Services. – 2001. – Vol. 52(7). – P. 965–967. doi: 10.1176/appi.ps.52.7.965

213. Dixon, M. L. Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: Reappraisal and Acceptance of Negative Self-Beliefs / M. L. Dixon, C. A. Moodie, P. R. Goldin et al. // Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. – 2020. – Vol. 5(1). – P. 119–129. doi:10.1016/j.bpsc.2019.07.000

214. Dondé, C. Well-informed but not aware: The P.A.C.T. ® psychoeducation program for schizophrenia improves knowledge about, but not insight into, the illness / C. Dondé, M. Senn, J. Eche et al. // Asian Journal of Psychiatry. – 2019. – Vol. 46. – P. 15–18. doi:10.1016/j.ajp.2019.09.034

215. Duckworth, A. L. Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents / A. L. Duckworth, M. E. P. Seligman // Psychological Science. – 2005. – Vol. 16(12). – P. 939–944. doi:10.1111/j.1467-9280.2005.01641.x

216. Flower, D. Social Recovery Therapy in improving activity and social outcomes in early psychosis: Current evidence and longer term outcomes / D. Flower, J. Hodgekins, P. French // Schizophrenia Research. – 2019. – Vol. 203. – P. 99–104. doi:10.1016/j.schres.2017.10.006

217. Frederick, D. E. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support / D. E. Frederick, T. J. VanderWeele // PLoS One. – 2019. – Vol. 14(2): e0212208. Published online 2019 Feb 20. – URL :https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208 (датаобращения: 22.04.2021).

218. Gaebel, W. Towards the improvement of compliance: the significance of psychoeducation and new antipsychotic drugs / W. Gaebel // International Clinical Psychopharmacology. – 1997. – Vol. 12, suppl. 1. – P. S37–S42.

219. Gardner, W. L. Social exclusion and selective memory: how the need to belong influences memory for social events / W. L. Gardner, C. L. Pickett, M. B. Brewer // Personality and Social Psychology Bulletin. – 2000. – Vol. 26(4). – P. 486–496. doi: 10.1177/0146167200266007

220. Geary, D. C. Male, female: The evolution of human sex differences / D. C. Geary. – Washington, DC : American Psychological Association, 2009. – 555 p.

221. Gittleman, J. L. Adaptation: Biology and physiology / J. L. Gittleman // Encyclopedia Britannica. – Available online: URL : https: //www.britannica.com/science/adaptation-biology-and-physiology (датаобращения 26.04. 2018).

222. Gottfredson, L. S. Mainstream science on intelligence: An editorial with 52 signatories, history, and bibliography / L. S. Gottfredson // Intelligence. – 1997. – Vol. 24(1). – P. 13–23. doi: 10.1016/S0160-2896(97)90011-8

223. Granholm, E. Therapeutic factors contributing to change in cognitive behavour group therapy for older persons with schizophrenia / E. Granholm, L. Auslander, J. Gottlieb et al. // Journal of Contemporary Psychotherapy. – 2006. – Vol. 36(1). – P. 31–41. doi: 10.1007/s10879-005-9004-7

224. Grant, P. M. Cognitive therapy in patients with schizophrenia-reply / P. M. Grant, A. T. Beck // JAMA Psychiatry. – 2013. – Vol. 70(5). – P. 544. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.285.

225. Greben, S. Psychotherapy today. Further consideration of the essence of psychotherapy / S. Greben // British Journal of Psychiatry. – 1987. – Vol. 151(3). – P. 283–287. doi: 10.1192/bjp.151.3.283

226. Gross, G. BSABS – Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms: Manual, Commentary, References, Index, Documentation Sheet [1st Complete English Edition] / G. Gross, G. Huber, J. Klosterkötter, M. Linz. – Aachen, Germany : Shaker Verlag GmbH, 2008. – 164 p.

227. Gross, J. J. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology / J. J. Gross // Journal of

Personality and Social Psychology. – 1998. – Vol. 74(1). – P. 224–237. doi: 10.1037//0022-3514.74.1.224

228. Guglietti, C. L. Meditation-related increases in GABAB modulated cortical inhibition / C. L. Guglietti, Z. J. Daskalakis, N. Radhu et al. // Brain Stimulation. – 2013. – Vol. 6(3). – P. 397–402. doi:10.1016/j.brs.2012.08.005.

229. Hagger, M. S. Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis / M. S. Hagger, C. Wood, C. Stiff, N. L. Chatzisarantis // Psychological Bulletin. – 2010. – Vol. 136(4). – P. 495–525. doi: 10.1037/a0019486

230. Hamilton, W. D. The genetical evolution of social behavior. I. / W. D. Hamilton // Journal of Theoretical Biology. – 1964. – Vol. 7(1). – P. 1–16. doi: 10.1016/0022-5193(64)90038-4

231. Hawkley, L. C. How can I connect with thee? Let me count the ways / L. C. Hawkley, M. W. Browne, J. T. Cacioppo // Psychological Science. – 2005. – Vol. 16(10). – P. 798–804. doi: 10.1111/j.1467-9280.2005.01617.x

232. Hayes, R. L. Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning / R. L. Hayes, W. K. Halford, F. T. Varghese // Behavior Therapy. – 1995. – Vol. 26(3). – P. 433–449. doi:10.1016/s0005-7894(05)80092-9

233. Heatherton T. F. Neuroscience of Self and Self-Regulation / T. F. Heatherton // Annual Review of Psychology. – 2011b. – Vol. 62(1). – P. 363–390. doi:10.1146/annurev.psych.121208.131616

234. Heatherton, T. F. Cognitive neuroscience of self-regulation failure / T. F. Heatherton, D. D. Wagner // Trends in Cognitive Sciences. – 2011a. – Vol. 15(3). – P. 132–139. doi: 10.1016/j.tics.2010.12.005

235. Heilbrun, A. Defensive projection. An investigation of its role in paranoid conditions / A. Heilbrun, N. Blum, N. Goldrever // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1985. – Vol. 173(1). – P. 17–25. doi:10.1097/00005053-198501000-00003

236. Hennessy, E. A. Self-regulation mechanisms in health behavior change: a systematic meta-review of meta-analyses, 2006–2017 / E. A. Hennessy, B. T.

Johnson, R. L. Acabchuk, K. McCloskey, J. Stewart-James // Health Psychology Review. – 2020**.** – Vol. 14(1). – P. 6–42. doi: 10.1080/17437199.2019.1679654.

237. Herrman, H. What is Resilience? / H. Herrman, D. E. Stewart, N. Diaz-Granados et al. // Canadian Journal of Psychiatry. – 2011. – Vol. 56(5). – P. 258–265. doi:10.1177/070674371105600504

238. Higgins, E. T. Review Beyond pleasure and pain / E. T. Higgins // American Psychologist. – 1997. – Vol. 52(12). – P. 1280–1300. doi: 10.1037//0003-066x.52.12.1280

239. Hill, K. Cooperative breeding in South American hunter-gatherers / K. Hill, A. M. Hurtado // Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences. – 2009. – Vol. 276(1674). – P. 3863–3870. doi: 10.1098/rspb.2009.1061

240. Hofmann, W. Everyday temptations: an experience sampling study of desire, conflict, and self-control / W. Hofmann, R. F. Baumeister, G. Förster, K. D. Vohs // Journal of Personality and Social Psychology. – 2012. – Vol. 102(6). – P.1318–1335. doi: 10.1037/a0026545

241. Hornung, W. P. Psychoeducational training for schizophrenic patients: background, procedure and empirical findings / W. P. Hornung, A. Kieserg, R. Feldmann, G. Buchkremer // Patient Education and Counseling. – 1996. – Vol. 29(3). – P. 257–268. doi: 10.1016/s0738-3991(96)00918-4

242. Husserl E. The Phenomenology of Internal Time Consciousness / E. Husserl. – Bloomington : Indiana University Press, 1964. – 188 p.

243. Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders / ed. by X. F. Amador & A. S. David. – London : Oxford University Press, 2004. – 402 p.

244. Inzlicht, M. Why self-control seems (but may not be) limited / M. Inzlicht, B. J. Schmeichel, C. N. Macrae // Trends in Cognitive Sciences. – 2014. – Vol. 18(3). – P. 127–133. doi: 10.1016/j.tics.2013.12.009

245. James, W. Principles of Psychology, in two volumes / W. James. – New York : Henry Holt & Co., Publ., 1890. – Vol. I. – 712 p.

246. Jerath, R. Self-Regulation of breathing as a primary treatment for anxiety / R. Jerath, M. W. Crawford, V. A. Barnes, K. Harden // Applied Psychophysiology and Biofeedback. – 2015. – Vol. 40(2). – P. 107–115. doi:10.1007/s10484-015-9279-8

247. Jones, C. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia / C. Jones, D. Hacker, A. Meaden et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2012.– Issue 4. – Art. No.: CD008712. – URL : https://doi.org/ 10.1002/14651858.CD008712.pub2 (датаобращения: 27.06.18).

248. Kahn, R. S. Schizophrenia / R. S. Kahn, I. E. Sommer, R. M. Murray et al. // Nature Reviews Disease Primers. – 2015. – Vol. 1(1). – P. 15067. doi:10.1038/nrdp.2015.67

249. Kayo, M. A randomized controlled trial of social skills training for patients with treatment-resistant schizophrenia with predominantly negative symptoms / M. Kayo, S. Scemes, M. G. Savoia et al. // Psychiatry Research. – 2020. – Vol. 287. – P. 112914. doi:10.1016/j.psychres.2020.112914

250. Kelley, W. M. In Search of a Human Self-Regulation System / W. M. Kelley, D. D. Wagner, T. F. Heatherton // Annual Review of Neuroscience. – 2015. – Vol. 38(1). – P. 389–411. doi: 10.1146/annurev-neuro-071013-014243

251. Killgore, W. D. Affect modulates appetite-related brain activity to images of food / W. D. Killgore, D. A. Yurgelun-Todd // International Journal of Eating Disorders. – 2006. – Vol. 39(5). – P. 357–363. doi: 10.1002/eat.20240

252. Kinoshita, Y. Supported employment for adults with severe mental illness / Y. Kinoshita, T. A. Furukawa, K. Kinoshita, et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – Issue 9. – Art. No. : CD008297. – URL : https://doi.org/ 10.1002/14651858. CD008297.pub2. (датаобращения: 31.03.2020)

253. Klingsieck, K. B. Procrastination: When good things don’t come to those who wait / K. B. Klingsieck // European Psychologist. – 2013. – Vol. 18. – P. 24–34. doi:10.1027/1016-9040/a000138

254. Knieling, J. [Psychosocial causal attributions by myasthenia gravis patients. A longitudinal study of the significance of subjective illness theories after diagnosis and in follow-up] / J. Knieling, H. Weiss, H. Faller, H. Lang // Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. – 1995. – Vol. 45(11). – P. 373–380.

255. Knieling, J. Krankheitsverlauf bei Myasthenia gravis Ergebnisse einer Längsschnittstudie zur Bedeutung psychosozialer Prädiktoren / J. Knieling, H. Weiss, H. Faller und an. // Der Nervenarzt. – 1998. – Bd. 69(2). – S. 137–144. doi:10.1007/s001150050250

256. Kolb, L. Modern Clinical Psychiatry / L. Kolb. – Philadelphia-London-Toronto : Saunders, 1973. – 696 p.

257. Kulaksizoglu, I. B. Mood and anxiety disorders in patients with myasthenia gravis: aetiology, diagnosis and treatment / I. B. Kulaksizoglu // CNS Drugs. – 2007. – Vol. 21(6). – P. 473–481. doi: 10.2165/00023210-200721060-00004

258. Lam, A. H. Y. The effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation programme for emotional regulation in individuals with schizophrenia spectrum disorders: A pilot randomised controlled trial / A. H. Y. Lam, S. F. Leung, J. J. Lin, W. T. Chien // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2020. – Vol. 16. – 729–747. doi: 10.2147/NDT.S231877

259. Lam, K. C. Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: a randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders / K. C. Lam, C. P. Ho, J. C. Wa et al. // Behaviour Research and Therapy. – 2015. – Vol. 64. – P. 38–42. doi: 10.1016/j.brat.2014.11.008

260. Langner, R. Towards a human self-regulation system: Common and distinct neural signatures of emotional and behavioural control / R. Langner, S. Leiberg, F. Hoffstaedter, S. B. Eickhoff // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2018. – Vol. 90. – P. 400–410. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.04.022

261. Larabi, D. I. Insight and emotion regulation in schizophrenia: A brain activation and functional connectivity study / D. I. Larabi, L. Meer, G. H. M.

Pijnenborg et al. // NeuroImage: Clinical. – 2018. – Vol. 20. – P. 762–771. doi: 10.1016/j.nicl.2018.09.009

262. Lazarus, R. S. Psychological stress and the coping process / Richard S. Lazarus. New York : McGraw-Hill, 1966. – 466 p.

263. Leff, J. Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion / J. Leff // International Journal of Social Psychiatry. – 1989. – Vol. 35(2). – P. 133–145. doi: 10.1177/002076408903500 20

264. Low, B. S. The evolution of human life histories / B. S. Low // Handbook of evolutionary psychology: Ideas, issues, and applications / ed. by C. Crawford & D. L. Krebs. – Mahwah, NJ, USA : L. Erlbaum Publ., 1998. – P. 131–161.

265. Lucas, R. E. Unemployment alters the set point for life satisfaction / R. E. Lucas, A. E. Clark, Y. Georgellis, E. Diener // Psychological Science. – 2004. – Vol. 15(1). – P. 8–13. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.01501002.x

266. Lysaker, P. H. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments / P. H. Lysaker, G. Dimaggio // Schizophrenia Bulletin. – 2014. – Vol. 40(3). – P. 487–491. doi: 10.1093/schbul/sbu038

267. Macdonald, G. Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain / G. Macdonald, M. R. Leary // Psychological Bulletin. – 2005. – Vol. 131(2). – P. 202–223. doi: 10.1037/0033-2909.131.2.202

268. Mann, F. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems / F. Mann, J. K. Bone, B. Lloyd-Evans et al. // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2017. – Vol. 52(6). – P. 627–638. doi: 10.1007/s00127-017-1392-y

269. McGrath, J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality / J. McGrath, S. Saha, D. Chant, J. Welham // *Epidemiologic Reviews. – 2008. – Vol. 30(1). – P. 67-76. doi: org/10.1093/epirev/mxn001*

270. McKee-Ryan, F. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study / F. McKee-Ryan, Z. Song, C. R. Wanberg,

A. J. Kinicki // Journal of Applied Psychology. – 2005. – Vol. 90(1). – P. 53–76. doi: 10.1037/0021-9010.90.1.53

271. Mead, G. H. Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist / George H. Mead; ed., with introduct. C. W. Morris. – Chicago : University of Chicago Press, 1997 [1934]. – xxxviii + 401 p. [Part 19: The background of the genesis of the self, pp. 144–164.].

272. Menon, M. Psychosocial approaches in the treatment of psychosis: Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) and Metacognitive Training (MCT) / M. Menon, R. P. Balzan, K. Harper et al. // Clinical Schizophrenia & Related Psychoses. – 2017. – Vol. 11(3). – P. 156–163. doi: 10.3371/CSRP.MEBA.022015

273. Merleau-Ponty, M. Phenomenology of Perception / M. Merleau-Ponty. – London and New York : Routledge, 2012. – 610 p.

274. Metcalfe, J. A hot/cool-system analysis of delay of gratification: dynamics of willpower / J. Metcalfe, W. Mischel // Psychological Review. – 1999. – Vol. 106(1). – P. 3–19. doi: 10.1037/0033-295x.106.1.3

275. Mischel, W. Delay of gratification in children / W. Mischel, Y. Shoda, M. I. Rodriguez // Science. – 1989. – Vol. 244(4907). – P. 933–938.

276. Mitchell, J. P. Mentalizing and Marr: an information processing approach to the study of social cognition / J. P. Mitchell // Brain Research. – 2006. – Vol. 1079(1). – P. 66–75. doi:10.1016/j.brainres.2005.12.113

277. Moran, J. M. Neuroanatomical evidence for distinct cognitive and affective components of self / J. M. Moran, C. N. Macrae, T .F. Heatherton et al. // Cognitive Neuroscience. – 2006. – Vol. 18(9). – P. 1586–1594. doi:10.1162/jocn.2006.18.9.158

278. Moritz, S. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia / S. Moritz, A. Kerstan, R. Veckenstedt et al. // Behaviour Research and Therapy. – 2011. – Vol. 49(3). – P. 151–157. doi: 10.1016/j.brat.2010.11.010

279. Moritz, S. Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia / S. Moritz, C. Andreou, B. C. Schneider et al. // Clinical

Psychology Review. – 2014. – Vol. 34(4). – P. 358–366. doi: 10.1016/j.cpr.2014.04.004

280. Morrison, A. P. Case Formulation and Cognitive Schemas in Cognitive Therapy for Psychosis / A. P. Morrison // Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-Practitioner Guide / ed. by L. P. Riso, [ets]. – Washington, DC : American Psychological Association, 2007. – P. 177–197.

281. Murphy-Lawless, J. Understanding how sexually active women think about fertility, sex, and motherhood / J. Murphy-Lawless, L. Oaks, C. Brady // Crisis Pregnancy Agency Report [2004, No. 6]. – Dublin : Crisis Pregnancy Agency, 2004. – 78 p.

282. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). NICE CG178 Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management – an evidence-based guideline? // British Journal of Psychiatry. – 2015. – Vol. 206(5). – P. 357–359. Published online by Cambridge University Press: 02 January 2018. – URL : https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.155945 (датаобращения: 31.03.2020)

283. Nigg, J. T. Annual Research Review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology / J. T. Nigg // Journal of Child Psychology and Psychiatry/ – 2016. – Vol. 58(4). – P. 361–383. doi:10.1111/jcpp.12675

284. Oaten, M. The effects of ostracism on self-regulation in the socially anxious / M. Oaten, K. D. Williams, A. Jones, L. Zadro // Journal of Social and Clinical Psychology. – 2008. – Vol. 27(5). – P. 471–504. doi:10.1521/jscp.2008.27.5.471

285. Parikh, S. V. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. Psychological treatments / S. V. Parikh, L. C. Quilty, P. Ravitz et al. // Canadian Journal of Psychiatry. – 2016. – Vol. 61(9). – P. 524–539. doi:10.1177/0706743716659418

286. Parnas, J. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience / J. Parnas, P. Møller, T. Kircher et al. // Psychopathology. – 2005. – Vol. 38(5). – P. 236–258. doi: 10.1159/000088441

287. Pekkala, E. Psychoeducation for schizophrenia / E. Pekkala, L. Merinder // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2002. – Issue 2. – Art. No CD002831. – URL : https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831. (датаобращения: 01.04.2020)

288. Pescosolido, B. A. The Theory of Industrial Society and Cultural Schemata: Does the “Cultural Myth of Stigma” Underlie the WHO Schizophrenia Paradox? / B. A. Pescosolido, J. K. Martin, S. Olafsdottir et al. // American Journal of Sociology. – 2015. – Vol. 121(3). – P. 783–825.doi: 10.1086/683225

289. Pharoah, F. Family intervention for schizophrenia / F. Pharoah, J. Mari, J. Rathbone, W. Wong // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2006. – Issue 4. – Art. No.: CD000088. – URL : https://doi.org/ 10.1002/14651858.CD000088.pub2. (датаобращения: 29.03.2020)

290. Pinto, A. Mindfulness and psychosis / A. Pinto // Clinical Handbook of Mindfulness / ed. by F. Didonna. – New York : Springer, 2009. – P. 339–368.

291. Practical Intelligence in Everyday Life / Robert J. Sternberg [ets]. – New York : Cambridge University Press, 2000. – 306 p.

292. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen" / herausg. von J. Bäuml, G. Pitschel-Walz. – Stuttgart, Germany : Schattauer, 2003. – 390 s.

293. Puolakka, K. Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review / K. Puolakka, A. Pitkänen // Archives of Psychiatric Nursing. – 2019. – Vol. 33(5). – 73– 82. doi: 10.1016/j.apnu.2019.07.001

294. Rebetez, M. M. L. Procrastination as a Self-Regulation Failure: The Role of Impulsivity and Intrusive Thoughts / M. M. L. Rebetez, L. Rochat, C. Barsics, M. Van der Linden // Psychological Reports. – 2017. – Vol. 121(1). – P. 26–41. doi:10.1177/0033294117720695

295. Rohr, W. [Situational anxiety in myasthenia gravis] / W. Rohr // Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. – 1993. – Vol. 43(3–4). – P. 93–99.

296. Roy, C. Research Based on the Roy Adaptation Model / C. Roy // Nursing Science Quarterly. – 2011. – Vol. 24(4). – P. 312–320. doi:10.1177/0894318411419218

297. Ruddy, R. Psychosocial interventions for conversion disorder / R. Ruddy, A. House // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2005. – Issue 4. – Art. No CD005331. – URL : https://doi.org/ 10.1002/14651858.CD005331.pub2. (дата обращения: 31.03.2020)

298. Rutter, M. Implications of resilience concepts for scientific understanding / M. Rutter // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2006. – Vol. 1094. – P. 1–12. doi: 10.1196/annals.1376.002

299. Sandhu, A. The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: a qualitative study using photo-elicitation / A. Sandhu, J. Ives, M. Birchwood, R. Upthegrove // Journal of Affective Disorders. – 2013. – Vol. 149(1–3). – P. 166–174. doi:10.1016/j.jad.2013.01.018

300. Sass, L. EAWE: Examination of Anomalous World Experience / L. Sass, E. Pienkos, B. Skodlar et al. // Psychopathology. – 2017b. – Vol. 50(1). – P. 10–54. doi:10.1159/000454928

301. Sass, L. Other worlds: introduction to the special issue on the EAWE: Examination of Anomalous World Experience / L. Sass, E. Pienkos, T. Fuchs // Psychopathology. – 2017a. – Vol. 50(1). – P. 5–9. doi: 10.1159/ 000456215.

302. Sass, L. Schizophrenia, consciousness, and the self / L. Sass, J. Parnas // Schizophrenia Bulletin. – 2003. – Vol. 29(3). – P. 427–444. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017

303. Schmitt, D. P. Evaluating Evidence of Psychological Adaptation: How Do We Know One When We See One? / D. P. Schmitt, J. J. Pilcher // Psychological Science. – 2004. – Vol. 15(10). – P. 643–649. doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00734.

304. Shah, J. Y. The automatic pursuit and management of goals / J. Y. Shah // Current Directions in Psychological Science. – 2005. – Vol. 14(1). – P. 10–13. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00325.x

305. Shinozaki, A. Effects of a psychoeducation program for people with schizophrenia aimed at increasing subjective well-being and the factors influencing those effects: a preliminary study / A. Shinozaki, T. Hayashi, H. Okamura // Psychiatric Quarterly. – 2020**.** – Vol. 91(1). – P. 45–52. doi:10.1007/s11126-019-09679-4

306. Skouras, S. The effects of psychiatric history and age on self-regulation of the default mode network / S. Skouras, F. Scharnowski // NeuroImage. – 2019. – Vol. 198. – P. 150–159. doi:10.1016/j.neuroimage.2019.05.008

307. Smith, B. L. Adaptation as a dynamic construct for studying stress resilience and susceptibility / B. L. Smith // Brain, Behavior, and Immunity. – 2019. – Vol. 81. – P. 18–19. doi:10.1016/j.bbi.2019.07.029

308. Social exclusion impairs self-regulation. Baumeister RF, DeWall CN, Ciarocco NJ, Twenge JM, J PersSoc Psychol. 2005 Apr; 88(4):589-604. Baumeister, R. F. Social exclusion impairs self-regulation / R. F. Baumeister, C. N. DeWall, N. J. Ciarocco, J. M. Twenge // Journal of Personality and Social Psychology. – 2005. – Vol. 88(4). – 589–604. doi: 10.1037/0022-3514.88.4.589

309. Social Support and Psychiatric Disorder: Research Findings and Guidelines for Clinical Practice / ed. by T. S. Brugha. – Cambridge : University Press, 1995. – 364 p.

310. Solomon, P. Interventions for families of individuals with schizophrenia / P. Solomon // Disease Management and Health Outcomes. – 2000. – Vol. 8(4). – P. 211–221. doi:10.2165/00115677-200008040-00004

311. Sternberg, R. J. A Theory of Adaptive Intelligence and Its Relation to General Intelligence / R. J. Sternberg // Journal of Intelligence. – 2019. – Vol. 7(4). – P. 23–39. doi:10.3390/jintelligence7040023

312. Sternberg, R. J. Sketch of a componential subtheory of human intelligence / R. J. Sternberg // Behavioral and Brain Sciences. – 1980. – Vol. 3(4). – P. 573–584. doi: https://doi.org/10.1017/S0140525X00006932

313. Tellenbach, H. La melancolie / Hubertus Tellenbach, Yves Pélicier.– Paris : Presses Universitaires de France, 1979. – 336 p.

314. Tennakoon, L. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis / L. Tennakoon, D. Fannon, V. Doku et al. // British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 177(6). – P. 529–533. doi: 10.1192/bjp.177.6.529

315. Thompson, R. A. Emotion dysregulation: A theme in search of definition / R. A. Thompson // Development and Psychopathology. – 2019. – Vol. 31(3). – P. 805–815. doi:10.1017/s0954579419000282

316. Tillich, The external now / P. Tillich //The Meaning of Death / ed. by H. Feifel. – New York : Blakiston Division, McGraw-Hill Book Co., 1959. – P. 30–38.

317. Trivers, R. The Evolution of Reciprocal Altruism / R. Trivers // Quarterly Review of Biology – 1971. – Vol. 46(1). – P. 35–57. doi: 10.1086/406755

318. Upthegrove, R. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence or Trans-diagnostic Issue? / R. Upthegrove, S. Marwaha, M. Birchwood // Schizophrenia Bulletin. – 2016. – Vol. 43(2). – P. 240–244. doi:10.1093/schbul/sbw097

319. Upthegrove, R. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis / R. Upthegrove, M. Birchwood, K. Ross et al. // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2010. – Vol. 122(3). – P. 211–218. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01506.

320. Van Genugten, L. Effective self-regulation change techniques to promote mental wellbeing among adolescents: A meta-analysis / L. van Genugten, E. Dusseldorp, E. K. Massey, P. van Empelen // Health Psychology Review. – 2017. – Vol. 11. – P. 53–71. doi:10.1080/17437199.2016.1252934

321. Visser, K. F. An ecological momentary assessment evaluation of emotion regulation abnormalities in schizophrenia / K. F. Visser, F. Z. Esfahlani, H. Sayama, G. P. Strauss // Psychological Medicine. – 2018. – Vol. 48(14). – P. 2337–2345. doi: 10.1017/S0033291717003865

322. Wagner, D. D. Inducing negative affect increases the reward value of appetizing foods in dieters / D. D. Wagner, R. G. Boswell, W. M. Kelley, T. F. Heatherton // Journal of Clinical Neuroscience. – 2012, – Vol. 24(7). – P. 1625–1633. doi: 10.1162/jocn_a_00238

323. Wehmeier, P. M. Quality of life and subjective well-being during treatment with antipsychotics in out-patients with schizophrenia / P. M. Wehmeier, M. Kluge, E. Schneider et al. // Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry. – 2007. – Vol. 31(3). – P. 703–712. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.01.004 PMID: 17289237

324. Weidner, G. The role of self-regulation in health and illness / G. Weidner, M. Sieverding, M. A. Chesney // Psychology, Health & Medicine. – 2015. – Vol. 21(2). – P. 135–137. doi:10.1080/13548506.2015.1115528

325. White, C. Chronic schizophrenic disorder. I. Psychophysiological responses, laterality and social stress / C. White, J. Farley, P. Charles // British Journal of Psychiatry. – 1987. – Vol. 150. – P. 365–373. doi: 10.1192/bjp.150.3.365

326. White, C. Chronic schizophrenic disorder. II. Reaction time, social performance and arousal / C. White, J. Farley, P. Charles // British Journal of Psychiatry. – 1987. – Vol.150. – P. 374–379. doi: 10.1192/bjp.150.3.374

327. Wu, L. J. Calmodulin kinase II is required for fight or flight sinoatrial node physiology / L. J. Wu, Z. Gao, B. Chen et al. // Proceedings of the National Academy of Sciences United States of America. – 2009. – Vol. 106(14). – P. 5972–5977. doi:10.1073/pnas.0806422106.

328. Xia, J. Psychoeducation for schizophrenia / J. Xia, L. B. Merinder, M. R. Belgamwar // Cochrane Database Systematic Revue. – 2011. – Issue 6. – Art. No CD002831. – URL : https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2 (дата обращения: 04.04.2020)

329. Yildiz, M. The Effect of psychosocial skills training and metacognitive training on social and cognitive functioning in schizophrenia / M. Yildiz, Z. Özaslan, A. İncedere et al. // Nöro Psikiyatri Arşivi [Archives of Neuropsychiatry]. – 2019. – Vol. 56(2). – P. 139–143. doi: 10.29399/npa.23095

330. Zhang, J. Effects of mental tasks on the cardiorespiratory synchronization / J. Zhang, X. Yu, D. Xie // Respiratory Physiology and Neurobiology. – 2010. – Vol. 170(1). – P. 91–95. doi:10.1016/j.resp.2009.11.003.

331. Zhang, M. Randomized-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu / M. Zhang, M. Wang, J. Li, M. R. Phillips // British Journal of Psychiatry. –1994. – Vol. 165, suppl. 24: Psychiatric Rehabilitation in China. – P. 96–102. doi: 10.1192/S000712500029304