

# Динамические показатели навыков проблемно-решающего поведения у больных шизофренией, совершивших ООД и состоящих на активном диспансерном наблюдении

*С.А. Воронова, студентка 5-го курса факультета психологии и социальной работы  
Тверского государственного университета, специальность клиническая психология  
(svetlanka\_voronova@rambler.ru)*

*Т.М. Васильева канд. психол. наук, доцент кафедры клинической психологии  
факультета психологии и социальной работы Тверского государственного  
университета (tvasilieva\_tver2010@mail.ru)*

---

В статье представлены результаты динамического исследования нарушений проблемно-решающего поведения у больных шизофренией, совершивших общественно опасное деяние (ООД) и состоящих на активном диспансерном наблюдении (АДН). Обосновывается цель исследования – разработка и апробация программы психологической коррекции нарушений проблемно-решающего поведения у лиц, страдающих шизофренией, состоящих на АДН. Описаны результаты первичного и повторного тестирования испытуемых – 22 мужчин, страдающих шизофренией, совершивших ООД. В экспериментальную группу, в отношении которой проводилась психокоррекция, вошли 14 человек; контрольная (не участвовавшие в коррекционной программе лица) состояла из 8 человек. Получены значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) по исследуемым параметрам проблемно-решающего поведения до и после психологической коррекции.

**Ключевые слова:** копинг-механизмы, коммуникативная толерантность, социальная фрустрированность, агрессивность, конфликтность, проблемно-решающее поведение, социально-когнитивные функции, восприятие эмоций, социальное восприятие.

---

Преступность и психические заболевания издавна рассматривались как взаимосвязанные явления. Преобладающей у многих авторов, исследовавших эти проблемы, была точка зрения о значительной опасности психически больных. Одной из центральных задач судебно-психиатрической практики является определение степени общественной опасности психически больных и, в частности, больных шизофренией. Интерес к данной нозологии обусловлен тем, что не менее половины среди лиц, признанных СПЭ невменяемыми, составляют именно больные шизофренией [6].

Не подлежащим сомнению является понимание роли личностных переменных, тесно взаимодействующих с факторами социальной среды, в генезе общественно опасного поведения больных с тяжелыми психическими расстройствами [1]. Более того, большинство криминальных деликтов совершаются больными шизофренией не по продуктивно-психотическим механизмам, а в связи с неадекватной оценкой и поведением в проблемных ситуациях. Поэтому снижения общественной опасности таких больных можно добиться только сочетанием медикаментозной терапии с длительными реабилитационными и коррекционно-воспитательными мероприятиями [2].

Активное диспансерное наблюдение – это одна из форм профилактических мероприятий, осуществляемых в отношении психически больных лиц. И его важными задачами является наиболее полное возвращение психически больных в общество, первичная профилактика и предупреждение повторных опасных действий. Критериями успешности лечения такой категории больных является не только улучшение их клинического состояния, но и его ресоциализация, профессиональная и семейная адаптация.

Для больных шизофренией характерны нарушения различных сфер социального функционирования, проявляющиеся в семейных взаимоотношениях, конфликтах с коллегами по работе, что зачастую приводит к социальной изоляции [3]. У больных снижается способность к распознаванию эмоций другого человека, адекватному выражению собственных эмоций, к точной передаче полученной ими вербальной информации, вербальному выражению собственных чувств и мыслей. Больные шизофренией проявляют повышенную тревогу по отношению к социальным эмоционально значимым стимулам, их деятельность легко дезорганизуется под влиянием эмоциональных нагрузок [5].

При описании дефицита социально-когнитивных функций у больных шизофренией упоминают следующие феномены: 1) дефицит восприятия эмоций<sup>1</sup>; 2) неадекватный атрибутивный стиль; 3) дефицит социального восприятия [3]. Кратко поясним их.

1. Под восприятием эмоций понимается способность человека к распознаванию, пониманию эмоций и управлению как собственными эмоциями, так и эмоциями других людей. Лица, страдающие шизофренией, хуже «читают между строк» (определение того, что данный человек думает или чувствует), но

<sup>1</sup> «Theory of Mind» (термин «Theory of Mind» обычно переводят как «теория разума», но суть его выражает формула «внутренняя модель сознания другого – ВМСД»)

достаточно хорошо определяют более конкретные социальные действия (во что человек одет, что делает) [там же].

2. «Theory of Mind» (Внутренняя модель сознания другого – ВМСД) рассматривает способность человека понимать состояние сознания другого человека и/или делать выводы о его намерениях. ВМСД включает понимание ложных убеждений, намеков, намерений, обмана, метафор, иронии и ошибок.

3. Атрибутивный стиль больных шизофренией (на который оказывает влияние дефицит «внутренней модели сознания другого») характеризуется так называемой «персонализационной атрибуцией» (тенденцией относить к себе лично нейтральные события).

4. Социальное восприятие описывает способность человека управлять социальным поведением, включая понимание контекстной информации и совершение коммуникативных действий, в том числе, понимание ролей, правил и целей, которые типично характеризуют социальные ситуации и управляют социальными взаимодействиями. Социальное восприятие включает распознавание таких характеристик ситуаций, возникающих во время межличностных взаимодействий, как близость, статус, настроение, честность, а также использование знаний о том, что типично для тех или иных социальных ситуаций. У пациентов, страдающих шизофренией, обнаруживается дефицит социального восприятия [там же].

Дефицит социально-когнитивных функций, серьезные нарушения социальных навыков, в том числе навыков проблемно-решающего поведения, обуславливают дезадаптацию больных шизофренией, что, в свою очередь, является универсальным криминогенным фактором. Исходя из вышесказанного, для больных шизофренией предпочтительным является использование психообразовательного подхода в сочетании с тренингом социальных навыков, включая навыки проблемно-решающего поведения [2].

Тренинги социальных навыков показаны в случаях нарушения социального функционирования пациентов, способствуют формированию инструментальных навыков (взаимодействие с различными государственными учреждениями, распределение домашнего бюджета, ведение домашнего хозяйства, покупки, проведение свободного времени и т. п.) и построению межличностных взаимоотношений (навыки беседы, дружеских отношений) [там же]. При этом нарушение социального взаимодействия рассматривается как недостаточность так называемых социальных навыков, не только навыков межличностных коммуникаций, но и эмоциональных, когнитивных и двигательных составляющих функционирования [4].

Распространенной, особенно в зарубежной практике, является модель проблемно-решающего поведения, которая базируется на точке зрения, что когнитивный процесс играет ключевую роль в социальном взаимодействии индивидуумов. Предполагается, что проблемно-решающее поведение включает в себя навыки расшифровки информации (перцепция и интерпретация входящих стимулов), навыки принятия решения (оценка альтернатив, риска, выбора наиболее

адекватного ответа) и навыки кодирования (то есть моторные навыки: содержание речи, невербальный ответ) [2].

Несмотря на широкие исследования в области проблем психосоциальной реабилитации, в настоящее время в научной литературе не приводится конкретной программы психологической коррекции нарушений проблемно-решающего поведения, адаптированной для лиц, страдающих тяжелым психическим расстройством (шизофренией) и совершивших общественно опасное деяние.

**Целью** нашего исследования являлось выявление нарушений проблемно-решающего поведения у лиц, страдающих шизофренией, состоящих на АДН, и оценка их динамики в результате направленной программы психологической коррекции.

В качестве **объекта** исследования выступили пациенты Тверского ГУЗ ОКПНД, страдающие шизофренией, состоящие на АДН. Мужчины в возрасте от 25 до 39 лет, общее число респондентов – 22 человека. В целях проведения последующей психологической коррекции было выделено две группы. Из них экспериментальная группа мужчин (проходивших психологическую коррекцию) составила 14 человек, и контрольная группа мужчин – 8 человек, которые были сопоставимы по возрасту, давности и тяжести заболевания, получаемому лечению. Продуктивная симптоматика на момент обследования отсутствовала у всех испытуемых.

### **Гипотезы исследования**

1. Лица, страдающие шизофренией, совершившие общественно опасное деяние, имеют нарушения проблемно-решающего поведения (неадаптивные копинг-механизмы и неконструктивные типы поведения в конфликтных ситуациях) и индивидуально-психологические, снижающие его эффективность (повышенный уровень агрессивности, враждебности и конфликтности, пониженный уровень коммуникативной толерантности и повышенный уровень социальной фрустрированности).

2. В процессе направленной психологической коррекции у указанных лиц улучшаются навыки проблемно-решающего поведения.

3. В процессе коррекционных воздействий изменяются индивидуально-психологические особенности, являющиеся базой для формирования проблемно-решающего поведения: понижается уровень агрессивности, враждебности и конфликтности, повышается коммуникативная толерантность, понижается уровень социальной фрустрированности.

В качестве **методов исследования** были использованы: методика для психологической диагностики копинг-механизмов (тест Хейма), опросник уровня агрессивности (Баса-Дарки), тест для диагностики коммуникативной толерантности (В. В. Бойко), методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана (модификация В. В. Бойко), методика «Личностная агрессивность и конфликтность» (Е. П. Ильин, П. А. Ковалев), «Типы поведения в конфликтных ситуациях» К. Томаса.

Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных пакетов программ (Microsoft Excel – 2003, SPSS 12.0 for Windows) с применением следующих методов математической статистики: описательная статистика; *U*-критерий Манна-Уитни.

При анализе результатов первого тестирования в контрольной и экспериментальной группе было выявлено следующее.

1. Средние значения показателей когнитивных копинг-стратегий как в контрольной группе (1.95 балла), так и в экспериментальной (1.93 балла) относительно адаптивные. Большим свойственны формы поведения, направленные на оценку трудностей, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами.

Средние показатели эмоциональных копинг-стратегий в контрольной группе (2.38 балла) – неадаптивные. Этой группе больше свойственно поведение, характеризующееся подавленным эмоциональным состоянием, чувствами безнадежности, покорности, недопущение других чувств, а также переживание злости и возложение вины на себя и других. В экспериментальной группе эмоциональные копинг-стратегии (1.98) были относительно адаптивными. Этим большим было свойственно поведение, которое направлено либо на снятие напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным отреагированием, либо на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам.

Средние значения показателей поведенческих копинг-стратегий как в контрольной группе (2.39 балла), так и в экспериментальной (2.02 балла) были неадаптивными. То есть большим свойственно поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

2. Величина индекса агрессивности в контрольной группе в среднем была равна 21.88 бала (при норме  $21 \pm 4$ ), а в экспериментальной группе - 21.43 балла. Величина индекса враждебности в контрольной группе в среднем равна 9.75 балла (при норме  $6.5-7 \pm 3$ ), в экспериментальной – 9.00 балла.

3. Средние значения коммуникативной толерантности в контрольной группе были равны 51.00 балла, а в экспериментальной – 49.20 балла, что свидетельствует о немного заниженном уровне коммуникативной толерантности.

4. Среднее значение уровня социальной фрустрированности в контрольной группе равно 3.088 балла, а в экспериментальной – 3.007 балла. Это свидетельствует о повышенном уровне социальной фрустрированности. То есть психическое напряжение обусловлено неудовлетворенностью достижениями и положением личности в социально заданных иерархиях.

5. Позитивная агрессивность в среднем в контрольной группе равна 6.25 балла, а в экспериментальной – 7.07 балла. Негативная агрессивность в среднем в контрольной группе 12.63 балла (при максимальных значениях 20 баллов) а в экспериментальной 11.29 балла. Конфликтность в среднем в контрольной группе

19.87 балла, а в экспериментальной 18.86 (при максимальных значениях 40 баллов), т. е. больные в некоторой степени склонны к конфликтности и агрессивности как личностным характеристикам.

6. Как в контрольной, так и в экспериментальной группе преобладает такой способ регулирования конфликта, как избегание, что можно интерферировать как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей. Больным свойственен и такой способ урегулирования конфликта, как приспособление, принесение в жертву собственных интересов ради другого.

Таким образом, при первичном обследовании в контрольной и экспериментальной группах были выявлены нарушения проблемно-решающего поведения:

1) неадаптивные варианты поведенческих копинг-стратегий («активное избегание», «отступление» – поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем);

2) неконструктивные способы поведения в конфликтных ситуациях (избегание и приспособление); 3) особенности личности, снижающие эффективность копинг-стратегий (повышенный уровень агрессивности и конфликтности, пониженный уровень коммуникативной толерантности и повышенный уровень социальной фрустрированности). При сопоставлении показателей у контрольной и экспериментальной групп не выявлено достоверных различий (при  $p \leq 0.05$ ).

На основе проведенного экспериментально-психологического исследования и с учетом имеющихся данных в литературе нами была разработана специальная программа психологической коррекции в группе для больных шизофренией.

**Цель программы** – коррекция нарушений проблемно-решающего поведения у лиц, страдающих шизофренией, состоящих под активным диспансерным наблюдением, вследствие совершения общественно опасного деяния.

**Методологической основой** нашей программы является модель проблемно-решающего поведения. Согласно этой модели, проблемно-решающее поведение включает в себя:

1. навыки расшифровки информации (перцепция и интерпретация входящих стимулов),
2. навыки принятия решения (оценка альтернатив, риска, выбора наиболее адекватного ответа,
3. навыки кодирования (т. е. моторные навыки: содержание речи, невербальный ответ).

В программе применяется поэтапная (мультишаговая) стратегия решения задач по Р. С. Kendall, В. L. Braswell (1985) [7]. Данная методика была адаптирована и переработана с учетом интеллекта и личностных особенностей наших пациентов. Для решения любой проблемы нужно использовать подход с пятью шагами:

1. распределение и определение ключевых аспектов каждой проблемной ситуации.
2. разработка множественных возможных решений или тактик для решения каждой проблемной ситуации.
3. оценка множественных решений, предвосхищение (прогноз) возможных последствий каждого решения.
4. выбор наиболее адекватного хода действия.
5. использование самоподкрепления для решения задач с несколькими шагами.

Задача пациента – научиться во время занятий анализировать то, что предшествует проблемному поведению, как и когда оно проявляется, каковы будут его последствия. Использование такой «поведенческой цепочки» на любом этапе деятельности может привести к положительным изменениям.

Общая структура групповых занятий была следующей. Каждая сессия начиналась с опроса о самочувствии и настроении пациентов, а также о событиях, произошедших между сессиями группы, и повторения содержания предыдущего занятия. Далее следовало «рабочее время», посвященное выработке конструктивных форм поведения. Заканчивалась сессия подведением итогов и выдачей домашнего задания, целью которого – закрепление пройденного материала.

На занятиях обсуждались темы: «Я в конфликтной ситуации», «Сущность конфликта и пути его разрешения», «Проблемы в общении с противоположным полом и с родственниками», «Конфликтные взаимоотношения с близкими людьми (родственниками, друзьями и т. д.)», «Избегание неудачи, как оно проявляется и в чем его причины», «Анализ своего жизненного пути», «Постановка жизненных целей», «Самопознание», «Невербальное общение».

Занятия проводились раз в неделю, длительность один–полтора часа. Общее количество занятий, включенных в программу, – 26. Некоторые занятия делились на лекционную часть, во время которой давалась информация, каким образом нужно поступать в конкретной ситуации, и практическая часть, где участники самостоятельно выполняли то или иное задание.

После психологической коррекции нарушений проблемно-решающего поведения было проведено повторное тестирование контрольной и экспериментальной групп. Было обнаружено следующее.

1. Средние значения показателей когнитивных копинг-стратегий как в контрольной группе (1.88 балла) так и в экспериментальной (1.51 балла) остались относительно адаптивными.

Эмоциональные копинг-стратегии в контрольной группе (2.19 балла) стали относительно адаптивными, в экспериментальной (1.09 балла) остались относительно адаптивными.

Поведенческие копинг-стратегии в контрольной группе (2.25 балла) остались неадаптивными, в экспериментальной группе (1.00 балла) стали адаптивными. То есть больные после работы с ними по коррекционной программе стали придерживаться такого поведения, при котором вступают в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищут поддержки в ближайшем социальном окружении или сами предлагают ее близким в преодолении трудностей.

2. Величина индекса агрессивности в контрольной группе в среднем 21.63 бала (при норме  $21 \pm 4$ ), а в экспериментальной в среднем 15.79 балла. Величина индекса враждебности в контрольной группе в среднем 9.63 балла (при норме  $6.5-7 \pm 3$ ), а в экспериментальной группе 6.36 балла. То есть у больных экспериментальной группы произошло снижение показателей агрессивности и враждебности.

3. Коммуникативная толерантность в контрольной группе в среднем стала равна 50.75 балла, а в экспериментальной – 35.00 балла, что свидетельствует о повышении уровня коммуникативной толерантности в экспериментальной группе.

4. Уровень социальной фрустрированности в контрольной группе в среднем стал 3.038 балла, что свидетельствует о повышенном уровне социальной фрустрированности, а в экспериментальной группе 2.479 балла, что свидетельствует о среднем уровне социальной фрустрированности.

5. Средние значения показателей позитивной агрессивности в контрольной группе стали 6.50 балла, а в экспериментальной группе 7.71 балла. Это свидетельствует о небольшом повышении показателей по позитивной агрессивности в экспериментальной группе.

Негативная агрессивность в среднем в контрольной группе стала равна 12.25 (при максимальных показателях в 20 баллов), а в экспериментальной группе 7.86 балла. То есть у больных произошло снижение негативной агрессивности.

Конфликтность в контрольной группе стала 19.50 балла, а в экспериментальной группе 12.57 (при максимальных значениях в 40 баллов). Это свидетельствует о снижении конфликтности в экспериментальной группе.

6. В среднем в контрольной группе остался преобладать такой тип поведения в конфликтной ситуации, как избегание, а в экспериментальной группе стал преобладать тип поведения в конфликтной ситуации «компромисс». Второе место по количеству набранных баллов в экспериментальной группе «занял» такой тип поведения в конфликтной ситуации, как «сотрудничество».

Таким образом, у экспериментальной группы отмечаются значимые позитивные изменения по измеряемым показателям ( $p \leq 0.05$ ). Поведенческие копинг-стратегии стали адаптивными, преобладающими стали такие формы поведения в конфликтных ситуациях, как компромисс и сотрудничество, снизилась величина индекса агрессивности и конфликтности, повысился показатель позитивной агрессии, повысился уровень коммуникативной толерантности, снизился уровень социальной фрустрированности.

Результаты нашего исследования позволяют сделать следующие выводы.

1) Для больных шизофренией характерны такие нарушения проблемно-решающего поведения, как неадаптивные варианты поведенческих копинг-стратегий и неконструктивные типы поведения в конфликтных ситуациях – избегание и приспособление, а также индивидуально-психологические особенности, снижающие эффективность копингов – повышенный уровень агрессивности и конфликтности, пониженный уровень коммуникативной толерантности и повышенный уровень социальной фрустрированности;

2) Направленная психологическая коррекция нарушений проблемно-решающего поведения улучшает поведенческие копинг-стратегии, преобладающими становятся такие типы поведения в конфликтных ситуациях, как компромисс и сотрудничество; снижается уровень агрессивности и конфликтности, повышается показатель позитивной агрессии, уровень коммуникативной толерантности, а также снижается уровень социальной фрустрированности.

## Литература

1. Белов В.П., Докучаева О.Н., Демонова Д.П. Клинико-нозологическая характеристика синдромов расстроенного сознания в судебно-психиатрической практике // Кратковременные психотические расстройства в судебно-психиатрической практике: Сб. научн. трудов / под ред. Г.В. Морозова. – М., 1983.
2. Булыгина В.Г., Мирошниченко Е.А., Абдраязкова А.М. Психодиагностические средства и методы психокоррекции больных с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших ООД. – М., 2006.
3. Лоскутова В.А. Социально-когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – № 4.
4. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / под ред. В. Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. – М., 2006.
5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Далныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17–№4.

6. *Шостакович Б.В.* К вопросу криминогенности психических больных. – М., 2004.
7. *Kendall P.C., Braswell L.* Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. – N.Y.; 1985.

# Dynamic Indicators of Problem-Solving Behavioral Skills in Schizophrenic Patients, Who Have Committed SDAs and Are under Active Dispensary Observation

*S. A. Voronova, 5th year Student, Clinical Psychology major, Faculty of Psychology and Social Work, Tver State University (svetlanka\_voronova@rambler.ru)*

*T. M. Vasilieva, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Social Work, Tver State University (tvasilieva\_tver2010@mail.ru)*

---

The article presents results of dynamic studies on behavioral problem-solving disorders in schizophrenic patients who have committed socially dangerous acts (SDAs) and are undergoing active dispensary observation (ADO). The research objective was the development and approbation of the program for psychological correction of the problem-solving behavior among individuals with schizophrenia, involved in the ADO. Twenty-two subjects - men with schizophrenia who committed SDAs, have participated in the pre- and post-testing. Experimental group comprised of 14 men who underwent the psychocorrection, and control group consisted of 8 men, who were not involved in the intervention program. The investigated parameters of the problem-solving behavior showed significant differences ( $p \leq 0,05$ ) in the group before and after the psychological treatment.

**Keywords:** coping mechanisms, communication tolerance, social frustration, aggression, conflict, problem-solving behavior, social cognition, emotion perception, social perception.

---

## References

1. *Belov V.P., Dokuchaeva O.N., Demonova D.P.* Kliniko-nozologicheskaja harakteristika sindromov rasstroennogo soznaniya v sudebno-psihiatricheskoj praktike // *Kratkovremennye psihoticheskie rasstrojstva v sudebno-psihiatricheskoj praktike: Sb. nauchn. trudov / pod red. G.V. Morozova.* – M., 1983.
2. *Bulygina V.G., Miroshnichenko E.A., Abdrazjakova A.M.* Psihodiagnosticheskie sredstva i metody psihokorrekcii bol'nyh s tjazhelymi psihicheskimi rasstrojstvami, sovershivshih OOD. – M., 2006.
3. *Loskutova V.A.* Social'no-kognitivnye funkcii pri shizofrenii i sposoby terapevticheskogo vozdejstvija // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* – 2009. – T. 19. – № 4.
4. Standarty okazaniya pomowi bol'nym shizofreniej / pod red. V. N. Krasnova, I.Ja. Gurovicha, S.N. Mosolova, A.B. Shmuklera. – M., 2006.
5. *Holmogorova A.B., Garanjan N.G., Dalnykova A.A., Shmukler A.B.* Programma treninga kognitivnyh i social'nyh navykov (TKSN) u bol'nyh shizofreniej // *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* – 2007. – T. 17. – № 4.
6. *Shostakovich B.V.* K voprosu kriminogenosti psihicheskikh bol'nyh. – M., 2004.
7. *Kendall P.C., Braswell L.* Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. – N.Y.; 1985.