

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В.ЛОМОНОСОВА

На правах рукописи

Леонтьева Елена Михайловна

**ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата психологических наук

Москва – 2018

Работа выполнена на кафедре нейро- и патопсихологии факультета психологии
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Московский государственный университет
имени М.В.Ломоносова»

Научный руководитель: **Тхостов Александр Шамилевич** –
доктор психологических наук, профессор.

Официальные оппоненты: **Соловьева Светлана Леонидовна** –
доктор психологических наук, профессор;
заведующий кафедрой психологии и педагогики
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени
И.И. Мечникова» Минздрава России;

Сафуанов Фарит Суфиянович –
доктор психологических наук, профессор;
руководитель лаборатории психологии ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени
В.П.Сербского» Минздрава России;

Бузина Татьяна Сергеевна –
доктор психологических наук, доцент;
заведующий кафедрой общей психологии
факультета клинической психологии ФГБОУ ВО
«Московский государственный медико-
стоматологический университет имени
А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Защита диссертации состоится 07 декабря 2018 г. в 15.00 на заседании
диссертационного совета МГУ.19.01 в ФГБОУ ВО «Московский
государственный университет имени М.В.Ломоносова» по адресу: 125009, г.
Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория 102.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени
М.В.Ломоносова (г.Москва, Ломоносовский проспект, д. 27); на сайте ИАС
«ИСТИНА» (<https://istina.msu.ru/dissertations/143903822/>); на сайте Научно-
консультативного совета РАО и РПО (<http://psy-science-council.ru/dissertaions/index.php?section=426>).

Автореферат разослан «30» октября 2018 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета МГУ.19.01,
кандидат психологических наук

А.А. Кисельников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Шизофрения – психическое расстройство, на изучение и лечение которого направлены усилия многих исследователей, в том числе клинических психологов. В современных условиях развития медицины эти традиционные направления дополняются реабилитацией и третичной профилактикой, которые становятся целью всего лечебного процесса. Однако, эта задача не имеет простого решения, поскольку выводит на первый план новые исследовательские задачи оценки сохранных звеньев, необходимых для адекватной реабилитации (Зинченко, 2017), в первую очередь – сложных мотивационных структур, таких как ценностные ориентации.

Существуют три предположительных механизма возможных изменений ценностных ориентаций больных шизофренией: когнитивный, связывающий изменение ценностных ориентаций со снижением когнитивных функций (Зейгарник, 1986; Рубинштейн, 2004); мотивационный, при котором изменение ценностных ориентаций является следствием нарушения мотивационного компонента деятельности (Соколова, 1976; Николаева, Коченов, 1978; Рубинштейн, 1998); и третий, специфический для шизофрении вариант, связанный с тем, что страдающие этим заболеванием могут иметь особые типы ценностных ориентаций (Тхостов, 1987; Яницкий, 2000; Stanghellini, Ballerini, 2009).

Как свидетельствует врачебная практика, ценностные ориентации пациентов, страдающих шизофренией, меняются в связи с развитием болезни и адаптации к ней, неоднократно проходя через периоды оценки и переоценки сложившейся ситуации болезни. Часто они определяются объективными условиями снижения возможностей социального функционирования (Семенова, Гурович, 2014; Maj, 2014), вызванными действием целого ряда неблагоприятных факторов (Zubin, Spring, 1977; Ciompi, 1986): социальной ангедонией (Kwapil, 1998; Холмогорова, Минакова, 2014); патогенным стилем поведения в семье (Schefflen, 1981); отчуждением от социальной сферы (Parnas, 2012); нарушением социальной перцепции (Рычкова, Холмогорова, 2014). В реальности, снижение социальной направленности может быть как следствием всех перечисленных

факторов (действующих автономно либо системно), так и относительно осознанным ценностным выбором, отраженным в ценностных ориентациях пациентов, поскольку сложившиеся личностные установки и побуждения, определяющие поведение, функционируют относительно автономно от психопатологических феноменов (Зейгарник, Холмогорова, 1985; Scully et al., 2004).

Ценности представляют собой метаконструкт, влияющий на целенаправленность конкретной деятельности в условиях долгосрочных жизненных задач человека (Рубинштейн, 1998; Маслоу, 2002; Асмолов, 2007). Для полноценного понимания процессов, приводящих к снижению социальной направленности поведения, и раскрытия резервов компенсации для каждого конкретного пациента, минимизации стигматизации и самостигматизации (Stuart, 2008; Gerlinger et al., 2013) необходимо учитывать ценностные ориентации больных шизофренией.

Помимо значительного объема данных об особенностях мышления при шизофреническом процессе (Зейгарник, 1962; Холмогорова, 1983; Поляков, 1991; Критская, Мелешко, 2015), методология патопсихологического исследования (Николаева, Соколова, Спиваковская, 1979; Соколова, 1995; Бурлакова, 2014) всегда ориентировалась на оценку мотивационного компонента психической деятельности, давая возможность расширить наши представления о том, насколько эти особенности влияют на ценностные ориентации пациентов, их переоценку, представление о ценностях современного общества и другие аспекты.

Такое расширение предмета исследования позволяет разработать и модифицировать методы оценки роли личностных факторов в развитии шизофренического процесса. Создание мотивации лечения и формирование адекватного критичного отношения к болезни базируются на тех ценностях, которые важны для пациента (являются не просто известными, а реально действующими), поскольку способны стать опорой в сложном лечебном процессе. Особую роль ценностные ориентации играют и в процессе становления устойчивых ремиссий – продолжительных периодов жизни

пациента, во время которых он ставит перед собой определенные жизненные цели и задачи, обусловленные ценностными ориентациями (Гурович, Шмуклер, 2014). Эти задачи и цели часто формируются после прохождения кризисных моментов, связанных с обострениями, лечением, госпитализацией, фармакологической нагрузкой и периодом первичной реабилитации. Таким образом, результаты исследования могут иметь **практическое значение** для реабилитационной помощи страдающим шизофренией.

Все вышеперечисленное делает изучение ценностей и ценностных ориентаций больных шизофренией чрезвычайно **актуальным** для современной медицинской психологии.

Цель исследования – изучение ценностных ориентаций больных шизофренией.

Объект исследования – ценностно-мотивационные компоненты деятельности.

Предмет исследования – особенности структуры ценностных ориентаций при шизофрении.

Гипотеза исследования:

Система ценностных ориентаций больных шизофренией имеет качественные и количественные, структурные и содержательно значимые отличия от системы ценностных ориентаций группы сравнения (пациентов с личностными расстройствами) и контрольной группы, опосредовано проявляющиеся в особенностях рефлексии о ценностных категориях, предпочтении определенных ценностей и представлениях о ценностях современного общества.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ современных представлений о ценностных ориентациях в междисциплинарной проекции.

2. Создать и апробировать информативный и удобный для применения в клинической практике методический комплекс для изучения ценностных ориентаций, который решит задачу исследования как личностного, так и когнитивного компонента ценностных ориентаций в норме и у больных

шизофренией.

3. Выявить характерные особенности ценностных ориентаций больных шизофренией.

4. Провести сравнительный анализ ценностных ориентаций в экспериментальной группе (пациенты с диагнозом шизофрения: F20.0, F20.4, F20.5, F20.6 по МКБ-10) и групп сравнения (пациенты с расстройством зрелой личности и аффективными расстройствами невротического уровня с различными клиническими симптомами) (F32.0, F41.0, F41.2, F60.3, F60.4 по МКБ-10) и контрольной группы.

5. Сравнить особенности ценностных ориентаций больных шизофренией с нарушениями мышления, выявленными при патопсихологическом исследовании.

Теоретико-методологической основой исследования являются: культурно-историческая концепция Л.С. Выготского; отечественная концепция соотношения нормы и патологии, сформулированная в работах Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Полякова, М.М. Коченова, А.Ш. Тхостова, В.В. Николаевой, Е.Т. Соколовой, Ф.С. Сафуанова, Г.А. Ариной, А.Б. Холмогоровой, В.П. Критской, Т.К. Мелешко, Ю.П. Зинченко, М.С. Ковязиной; а также принципы системного и деятельностного подходов к изучению психики человека в норме и патологии, разработанные А.Н. Леонтьевым, С.Л. Рубинштейном, Б.В. Зейгарник, А.В. Петровским, М.Г. Ярошевским; биопсихосоциальная модель психических расстройств, представленная в трудах В.Н. Мясищева, J. Zubin, B. Spring, V.L. Engel, L. Ciompi и др.; ценностный подход к анализу личности в гуманистической парадигме Дж. Бьюдженталя, А. Маслоу, К. Роджерса; идеи когнитивного подхода о возможности изучения ценностных ориентаций как когнитивных образований, включающих в себя основные мыслительные операции (Rotter, 1966; Rokeach, 1979; Шварц, 2012); положения социальной психологии и аксиологии, постулирующие изменение ценностных ориентаций как части глобального культурного процесса (Мид, 1983 и др.; Инглархт, 2011) и представления современной аксиологии о необходимости исследования

ценностных ориентаций конкретного человека (Шохин, 2006).

Методы исследования.

Для решения поставленных задач и проверки гипотез использованы теоретические и эмпирические методы исследования: анализ литературы с целью выявления методологических проблем и подходов к исследованию ценностных ориентаций; клинико-психологический метод; наблюдение, сбор анамнестических данных; формализованное клиническое интервью с включением параметра «ценностной диалог»; стандартное патопсихологическое исследование; модифицированная методика «Классификация ценностей» (Леонтьева, 2013), разработанная на основе теоретических и практических достижений отечественной школы патопсихологии, методик классификации и сортировки, методики «Попарные сравнения» и предварительного пилотажного исследования.

Математико-статистическая обработка результатов включает в себя описательную статистику, частотный, кластерный анализ по методу Уорда, корреляционный анализ, критерий хи-квадрат и U-критерий Манна-Уитни.

Характеристика выборки.

Основную выборку составили 111 пациентов с диагнозом «шизофрения» (коды F20.0, F20.4, F20.5, F20.6 по МКБ-10) средней и тяжелой степени расстройства без выраженного эмоционального и когнитивного дефекта (данные патопсихологического заключения и истории болезни). В клинической картине первично и повторно госпитализированных пациентов на момент госпитализации на первый план выступали расстройства восприятия и бредовые идеи. В выборку вошли 48 мужчин и 63 женщины в возрастном диапазоне от 20 до 50 лет (34 ± 8.7) с длительностью заболевания 5.4 ± 4.5 года. Все пациенты находились на заключительных этапах лечения в стационаре или посещали дневной стационар, были доступны для контакта и участия в исследовании (далее в таблицах группа обозначена Sch).

Вторую группу составили 60 больных, страдающих расстройством зрелой личности и аффективными расстройствами невротического уровня с различными клиническими симптомами (коды F32, F41, F60.3, F60.4, F60.6 по

МКБ-10), 51 женщина и 9 мужчин в возрастном диапазоне от 20 до 50 лет (34 ± 6.5) со стажем заболевания 4.5 ± 5.1 лет, проходящие лечение в психиатрическом стационаре. У большинства участников исследования выявлены акцентуации по истерическому типу (данные патопсихологического заключения и истории болезни): отмечались жалобы на эмоциональную лабильность, преувеличенное выражение эмоций, демонстративность в поведении, эгоцентризм и т.д. (далее в таблицах группа обозначена как L).

Контрольную группу составили 102 условно здоровых человека, 49 мужчин и 53 женщины в возрастном диапазоне от 20 до 50 лет (32.9 ± 8.6), набранные из добровольцев, служащих и работников государственных и частных предприятий (далее в таблицах группа обозначена как N).

Критерии включения: доступность для контакта и заинтересованность в исследовании, возрастные рамки от 20 до 50 лет, когнитивная сохранность, высшее или незаконченное высшее образование (для всех групп), редукция психотической симптоматики. Для снижения влияния инвалидизации и дефекта на результаты исследования из исследования исключались пациенты с выраженным эмоциональным дефектом.

Критерии исключения: алкоголизм и токсикомания, органические нарушения ЦНС, грубые когнитивные расстройства, членство в каких-либо специфических организациях.

Исследование проводилось на базе Психиатрической клинической больницы № 1 им Н.А. Алексеева (психиатрические отделения № 5, 9, 16, 20, а также дневной стационар и медико-реабилитационное отделение) и Научного Центра Психического здоровья РАМН (Отдел по изучению пограничной психической патологии, отделение № 2; Отдел по изучению эндогенных психических расстройств, отделение № 5). Анамнестические данные и клинические диагнозы получены из историй болезни пациентов, проходящих лечение в этих учреждениях. Патопсихологические заключения предоставлены медицинскими психологами отделений (Жукова Н.С., Завалей Д.И.).

Научная новизна полученных результатов.

1. Впервые для изучения ценностных ориентаций больных шизофренией использовался классический патопсихологический метод исследования мышления. Теоретический анализ научных представлений о ценностных ориентациях в междисциплинарной проекции позволил обоснованно выделить мышление о ценностях как вид познавательной активности, включающий в себя рефлексию собственных ценностей, их выбор и классификацию, ориентировку в ценностно-культурном пространстве. Впервые показано, что актуализация и развертывание процесса мышления о ценностях позволяет исследовать их в диалоговом пространстве патопсихологического исследования, в котором моделируются специальные условия для деятельности осознания и выбора испытуемым своих ценностных ориентаций и сообщения о них исследователю-патопсихологу.

2. Обнаружены новые аспекты когнитивных изменений при шизофрении: утрата в сознании пациента абстрактного значения некоторых ценностей, значимые различия в предпочтении ценностей *веры, успеха, ума*, по сравнению с контрольной группой; более тесная связь ценностей *реальности, безопасности и свободы* с ценностями телесности; выраженная конфликтность ценностей *семьи и удовольствия*.

3. Разработанный и апробированный методический комплекс позволяет оценить представленность в сознании комплексов сложных абстрактных понятий-ценностей, обнаружить базовые элементы комплексов-объединений, а также выявить различия в использовании того или иного способа мышления у больных шизофренией.

Теоретическая значимость работы. Выделенная новая единица анализа познавательной активности – мышление о ценностях позволяет продолжить разработку идей Л.С. Выготского (1983) об уровнях психологического диагноза как поиске не только нарушенных и измененных звеньев психического механизма, но и возможности опоры на сохранные звенья мышления и личности больного, поиска резервов компенсации. Информация об особенностях ценностных ориентаций при психических расстройствах составляет

необходимую базу для успешной реабилитации. Рассмотрение больных шизофренией пациентов в качестве носителей определенных ценностных ориентаций позволяет включить клиническую психологию в более широкий социальный контекст. Изучение мышления о ценностях дает возможность рассмотреть качество и степень однородности психической структуры при психических расстройствах, углубляя понимание процессов распада одних звеньев психики и сохранности других. Кроме того, исследование ценностных ориентаций классическими патопсихологическими методами существенно расширяет понимание механизмов абстрактного мышления в норме и патологии, что может иметь теоретическое значение для клинической психологии.

Практическая значимость полученных результатов.

Результаты, полученные в ходе исследования, могут быть использованы для решения психолого-диагностических и экспертных задач в практике психологической работы с больными шизофренией в ходе построения индивидуальных программ реабилитации с последующей оценкой их эффективности. Включение исследования ценностных ориентаций в стандартное патопсихологическое исследование предоставляет возможность качественного комплаенса, учитывая обнаруженную высокую мотивацию респондентов в процессе исследования ценностных ориентаций и заинтересованность в ценностном диалоге.

Достоверность и надежность результатов исследования и сделанных на их основе выводов обеспечиваются детальной теоретической проработкой проблемы ценностных ориентаций в норме и патологии; согласованностью научных позиций с данными других источников; организацией опытно-экспериментальной работы в соответствии с целями, задачами исследования; использованием разнообразных и взаимодополняемых методов и клинико-психологических процедур, соответствующих предмету исследования; применением количественного и качественного анализа результатов; использованием математического аппарата, адекватного целям исследования и специфике данных; достаточным объемом и репрезентативностью выборки, наличием контрольной группы и группы сравнения.

Положения, выносимые на защиту.

1. Структурные и содержательно значимые особенности системы ценностных ориентаций больных шизофренией могут быть изучены опосредовано через анализ рефлексии ценностных ориентаций как абстрактных понятий.

2. В мышлении о ценностных категориях как абстрактных понятиях обнаруживаются типичные особенности нарушения мышления больных шизофренией, выявляемые при качественном анализе: снижение целенаправленности, резонерство, искажение мышления по типу актуализации латентных свойств, а также заметно влияние субъективизма и личностной пристрастности на процессы мышления о ценностях. Кроме того, мышление о ценностях при шизофрении отличается от нормы способами категоризации: повышенной частотой использования цепного комплекса и ценности «успех» при ядерном способе классификации. При этом такие параметры процесса мышления, как количество групп, выделяемых при классификации, стабильность объединяемых кластеров (ценности межличностного общения, ценности социальности) и количество ценностей, не вошедших в общую классификацию, не отличаются от нормы.

3. Фактор болезни не влияет на выбор наиболее предпочитаемых ценностей. Они одинаковы для всех участников исследования (*семья, любовь, здоровье*), что позволяет выстраивать реабилитационную работу на общих аксиологических основаниях. Особые ценностные предпочтения больных шизофренией проявляются в том, что ценности *вера и ум* оцениваются значительно выше, чем в группе нормы, а ценности *богатство, признание и удовольствие* значительно ниже.

4. В ценностных ориентациях больных шизофренией обнаруживаются различия между мужчинами и женщинами. Мужчины, по сравнению с женщинами, предпочитают абстрактные ценности и ценности самореализации – *правда, справедливость, развитие*; в то время как женщины предпочитают ценности межличностного общения – *семья, дружба*.

5. Разработанный методический комплекс для изучения ценностных ориентаций позволяет решать задачи исследования как личностного, так и когнитивного компонента ценностных ориентаций в норме и у больных шизофренией; актуализирует рефлексию ценностных ориентаций и процесс их переоценки в связи с болезнью; мотивирует больных шизофренией к развернутому диалогу о ценностях, восстанавливая форму социального сотрудничества и формируя основу для реабилитационного процесса.

Настоящее исследование проводилось с соблюдением **этических стандартов**, правовых норм и конфиденциальности. От всех пациентов получено согласие на участие в исследовании и последующие публикации его результатов. Декларировался конфиденциальный характер исследования, протоколы с результатами не включали полные имена и фамилии пациентов.

Апробация результатов исследования.

Материалы исследования представлены на международных и всероссийских научных конференциях: XV международной научно-практической конференции «Система ценностей современного общества» (Новосибирск, 2010); I Всероссийской молодежной научной конференции (Томск, 2011); Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» (Москва, 2011); I Международной научно-практической конференции «Психология отношений в постнеклассической парадигме» (Велико-Тырново, 2013); Всероссийской юбилейной научно-практической конференции к 100-летию С.Я. Рубинштейн (Москва, 2011); Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова)» (Москва, 2013); X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Будущее клинической психологии – 2016», посвященной 160-летию со дня рождения Зигмунда Фрейда (Пермь, 2016); Всероссийской междисциплинарной конференции «Безумие: По следам Фуко» (Москва, 2016); Всероссийской междисциплинарной конференции «Безумие: опыт иного» (Москва, 2017); 26th European Congress of Psychiatry (EPA 2018, Nice).

Результаты исследования обсуждались на заседаниях кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. Результаты работы используются при подготовке студентов по специализации «Клиническая психология» в рамках учебного курса «Методология исследований в клинической психологии».

Структура и объем диссертации. Работа состоит из введения, 3 глав, заключения и выводов, списка литературы и 15 приложений. Объем основного текста диссертации составляет 236 страниц; включает 18 рисунков, 11 таблиц. Список литературы насчитывает 358 наименований, из них 63 на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обосновывается актуальность исследования, степень разработанности, научная новизна; определяются цели, предмет и объект, задачи и гипотезы; раскрывается теоретическая и практическая значимость; описаны основные методологические основания, этапы исследования; отмечается соблюдение этических стандартов при проведении исследования; представлены положения, выносимые на защиту.

Глава 1 «МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ» посвящена актуальности рассмотрения ценностных ориентаций в междисциплинарной проекции, что предполагает использование **синтетической методологии исследования** с помощью анализа философского, социологического и психологического подходов к проблематике ценностных ориентаций (Леонтьева, 2016).

В **разделе 1.1 «Теории ценностей в философии и социологии»** представлена история развития теории ценностей в философии и социологии. В **параграфе 1.1.1. «Философские предпосылки теории (проблемы) ценностей в клинической психологии»** рассмотрение проблемы ценностей начинается с трудов Платона и Аристотеля, Эпикура и стоиков, постепенно смещаясь к Новому времени, воззрениям Д. Юма и других авторов (Локк, 1985; Гоббс, 1989; Юм, 1998), получая развитие в начале XX века в связи с формулированием принципа феноменологической редукции и появлением феноменологической

психиатрии (Ясперс, 2000; Власова, 2010), когда ценности стали рассматриваться как трансцендентный феномен вне привязок к конкретным поведенческим проявлениям. В настоящее время получает развитие персоналистический подход к ценностным ориентациям (Шохин, 2006), который ставит задачу исследования «ценностей как значимостей—для кого-то, а не самих по себе», что в совокупности порождает необходимость изучать ценностные ориентации как субъективно близкие категории и, одновременно, как абстрактные категории.

В параграфе 1.1.2. «Социологический подход к пониманию ценностных ориентаций» обсуждаются современные кросс-культурные исследования ценностных ориентаций (Инглхарт, Вельцель, 2011); типологии ценностных ориентаций; культурно-исторический фон, на котором исследуются ценностные ориентации больных шизофренией (Баева, 2004; Nauser, 2006; Мельников, 2008; Магун и др., 2015; Панях, 2016), формулирующие требование изучать соотношенность ценности индивида с ценностями того общества, в котором он живет.

В разделе 1.2 «Исследование ценностных ориентаций в рамках психологических традиций» анализируются методологические проблемы, связанные с разнообразием понятий в исследовании ценностных ориентаций, а также активная рефлексия ценностных исследовательских установок, связанная с необходимостью интеграции психологического знания (Барабанщиков, 2004; Шилков, 2005; Мазилев, 2007; Розин, 2013), статистических выводов (Наследов, 2005; Сивуха, Козьяк, 2009), проблем изучения мышления (Спиридонов, 2013). Ставится проблема перформативности современных теорий личности (Кричевец, 2010), которая проблематизирует клиническую психологию, в частности, ставя под сомнение наличие работающих ценностных ориентаций больных шизофренией, определяя их как набор симптомов «измененной» личности.

В параграфе 1.2.1. «Гуманистическая традиция исследований ценностных ориентаций» рассматриваются взгляды основных представителей этого подхода (Рождерс, 1994; Бьюдженталь, 1998; Maslow, 1999); концепции логотерапии

(Франкл, 1990), их связь с идеями глубинной психологии, бытия и сознания, (Леонтьев, 1977; Выготский, 1983; Рубинштейн, 1998); влияние и критика концепта подлинных и ложных ценностей (Feuer, 1955); предпосылки диалогической модели исследований ценностных ориентаций (Бубер, 1995; Левинас, 2006; Ялом, 2007). В **параграфе 1.2.2.** «Когнитивный подход к исследованию ценностных ориентаций» представлена наиболее известная в России методика изучения ценностных ориентаций, использованная в нашем пилотажном исследовании ценностных ориентаций больных шизофренией и показавшая свои достоинства и ограничения (Rokeach, 1973; Мотков и др. 2008; Шварц и др., 2012); а также сформулировано требование к изучению ценностей в клиническом исследовании: ценности могут исследоваться в качестве когниций, оперирование которыми включает в себя основные операции мышления (сравнение, категоризация, оценка и так далее) (Rotter, 1966).

В **параграфе 1.2.3.** «Исследование ценностных ориентаций через другие психологические понятия (направленность личности, смыслы, мотивы, потребности)» анализируются подходы, исследующие ценности через другие психологические понятия (Murray et al., 1938; Allport, 1961; Шибутани, 1969; Братусь, 1981; Мейли, 1998; Леонтьев, 1999; Асмолов, 2007); а также обсуждается возможность и необходимость исследования феномена ценности в качестве «конечного психологического основания» (Алишев, 2003).

В **параграфе 1.2.4.** «Клинические исследования ценностных ориентаций» анализируются результаты исследований, в которых указывается на аксиологическую сторону шизофрении (Stanghellini, Ballerini, 2009). Также рассматриваются общие закономерности изменения внутренней картины болезни и личности пациентов, страдающих серьезным или смертельным заболеванием (Тхостов, Степанович, 1987); ценностная структура страдающих алкоголизмом (Грязнов, 2002); особенности ценностно-смысловой иерархии больных депрессивными расстройствами (Немцев, 2010); ценностные образования больных эпилепсией (Вассерман, Трифонова, 2011); ценностные ориентации больных шизофренией в сравнении с невротическими расстройствами (Голенищенко и др. 2009); обсуждается возможность

рассматривать особенности смысловой и ценностной сферы для расширения психологических ресурсов адаптации больных шизофренией (Кочеткова и др., 2014).

В параграфе 1.2.5. «Соотношение ценностей и рефлексии – мышление о ценностях» анализируется возможность изучения ценностных ориентаций больных шизофренией опосредованно – через исследование деятельности мышления о ценностях. Рассматривается возможность использования классической методологии патопсихологического исследования мышления с целью поиска сохранных звеньев ценностных ориентаций, которые могут обладать антистигматизирующим влиянием на пациентов и специалистов, а также быть фундаментом реабилитационного процесса (Выготский, 1956; Лэйнг, 1995; Финзен, 2001; Link et al., 2001; Hert et al., 2007; Mellor et al., 2013; Lawrence et al., 2014; Критская, Мелешко, 2015).

Делается вывод о том, что изучение ценностного аспекта в структуре психологических изменений при шизофреническом процессе, ценностных ориентаций пациентов и опосредованного мышления о ценностях продиктовано актуальными задачами реабилитации больных шизофренией, поскольку ценностные ориентации могут играть центральную роль психологических факторов эффективной реабилитации, мотивируя пациентов и создавая качественный комплаенс.

Теоретический обзор позволяет нам сформулировать основные требования к исследованию **и рабочие понятия:**

Ценность представляет собой психологический метаконструкт, отражающий сложность человеческой природы и являющийся конечным основанием при определении человеком значений (или смыслов) фактов и событий в ситуации формирования у него мотивов действий и деятельности.

Ценностные ориентации – динамическая система ценностей конкретного индивида.

Ценностный диалог – диалогическая модель исследования, в которой моделируются такие отношения между участником исследования и исследователем, которые позволяют разворачиваться рефлексии ценностных

ориентаций респондента. Инструментом такой деятельности служит мышление о ценностях, а целью – сообщение другому человеку о своих ценностных ориентациях.

Мышление о ценностях – мышление о ценностях как абстрактных категориях, включающее в себя рефлексию собственных ценностных ориентаций, их выбор и классификацию, а также ориентирование в ценностном пространстве современной культурной ситуации.

В главе 2 «**ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ И ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ**» излагаются общие основания исследования, методы и материалы, результаты пилотажного исследования, организационные аспекты и особенности групп участников исследования.

В разделе 2.1 «**Общие основания исследования**» ставится проблема изменения ценностных ориентаций больных шизофренией, последствия рассогласования их ценностных ориентаций с культурными стандартами (Карпинский, 2010); проблема негласного убеждения некоторых специалистов и исследователей о неизбежном снижении морально-этических стандартов и ценностных ориентаций у этих пациентов; влияние позитивизма на академическую психологию (Gergen, 1994; Яницкий, 2000; Link, Phelan, 2001; Микешина, 2007; Юревич, 2011). Обосновывается необходимость связи центрального для патопсихологии понятия «социальная направленность» (Поляков, 1991) с ценностными ориентациями; рассматривается проблема использования ценностных ориентаций при реабилитации больных шизофренией (Семенова, Гурович, 2014; Осокина, 2014). Делается вывод о необходимости выделения ценностного фактора в патопсихологическом синдроме, а также изучения ценностной позиции субъекта, страдающего расстройствами шизофренического круга; формулируется гипотеза исследования.

Раздел 2.2 «**Методы и материалы исследования**» включает в себя следующие параграфы:

Параграф 2.2.1 «Предварительное исследование» содержит результаты пилотажного исследования ценностных ориентаций больных шизофренией и

ограничения примененного модифицированного теста Ш. Шварца и У. Билски; рассмотрение достоинств и недостатков разных методов исследования ценностной сферы: стандартизированных методик, полуструктурированных интервью, интервью и их модификаций (Лурье, 2010; Кричевец, 2010; Эрштейн, 2011; Гегер, 2015); поиск альтернативных способов изучения ценностных ориентаций, которые дадут возможность минимизировать инструментальные эффекты, активизировать и развернуть рефлексию о ценностях на более глубоком уровне, повысить мотивацию пациентов, сконцентрировать внимание непосредственно на изучении направленности мышления на ценностную составляющую образа мира в сознании субъекта. Для этих целей использована модифицированная нами (Леонтьева, 2013) методика «Классификация предметов» (Рубинштейн, 2010).

Параграф 2.2.2 «Основное исследование: патопсихологическое исследование, модифицированная методика «Классификация ценностей», формализованное клиническое интервью и методика попарных сравнений» содержит описание процедуры исследования и набора применяемых методик.

Большинство участников проходило **патопсихологическое исследование** с использованием методик: «Классификация предметов», «Выделение существенных признаков», «Исключение понятий», «Пиктограмма», «Попарные сравнения». Оценивались следующие параметры: число этапов, затраченных на классификацию; способы обобщения, конкретность и ситуационность мышления, опора на латентные признаки, целенаправленность мышления, склонность к резонерству, разноплановость, субъективизм и личностная пристрастность.

Первым этапом исследовательской процедуры стала организация **ценностного диалога в рамках формализованного клинического интервью** с использованием диалогической модели патопсихологических исследований, детально разработанной в отечественной патопсихологии (Николаева, Соколова, Спиваковская, 1979; Соколова, 1995; Бурлакова, 1996; Соколова, Бурлакова, 1997; Зейгарник, 1998). В соответствии с существующими методическими проблемами, обсуждаемыми в научной литературе (Морогин, 2006), в

настоящем исследовании ставилась задача совместить структурированность интервью (определенный порядок вопросов и заданий, их закрытый перечень) с моделированием такой исследовательской ситуации, в которой у участника исследования появлялась мотивация сообщить исследователю о своих ценностных ориентациях.

Далее применялась модифицированная методика «Классификация ценностей» (Леонтьева, 2011; Леонтьева, Корнеев, 2014), в которой используется набор из 22 ценностей (*безопасность, богатство, вера, власть, доверие, дружба, здоровье, истина, красота, любовь, правда, признание, развитие, реальность, свобода, семья, справедливость, творчество, удовольствие, ум, уникальность, успех*). Выбор ценностей осуществлялся с учетом результатов пилотажного исследования, критики социологической традиции исследования ценностных ориентаций и с учетом результатов современных социологических и психологических исследований (Гегер, 2010; Сурженко, 2011). Каждое понятие написано на отдельной карточке. Экспериментатор раскладывает все имеющиеся карточки перед пациентом в неструктурированном виде и дает инструкцию: «Перед вами на карточках представлены понятия, которые люди часто называют ценностями. Ваша задача – разложить их по группам, объединяя те, что подходят друг к другу». После завершения группирования ценностей, исследователь просит дать такое название каждой из полученных групп, которое отражало бы обобщающий и объединяющий принцип. Содержание групп, их названия и особенности выполнения задания подробно фиксируются в протоколе.

В структуру формализованного клинического интервью включались дополнительные вопросы, направленные на поддержку диалога с участниками исследования и получение данных о полноте предложенного для классификации списка ценностей, выборе близких и неблизких ценностей, представлениях о ценностях современного общества, ценности психических расстройств и феномене переоценки ценностей после болезни. Также участники исследования выполняли **методику «Попарные сравнения»**, процедура выполнения и способ обработки результатов которой подробно изложены в данном параграфе.

Параграфы 2.2.3 и 2.2.4 «Организационные аспекты исследования» и «Особенности групп участников исследования» содержат клинические характеристики групп, социально-демографические характеристики, критерии включения и исключения участников исследования в выборку.

В **ГЛАВЕ 3 «Результаты сравнительного клинико-психологического исследования больных шизофренией»** представлены полученные в исследовании эмпирические данные.

В **разделе 3.1 «Сравнение результатов исследования ценностных ориентаций с данными патопсихологического исследования»** показано, что в рефлексии о ценностях проявляются типичные особенности нарушения мышления больных шизофренией (снижение целенаправленности, неустойчивость процессов обобщения, резонерство, искажение мышления по типу актуализации латентных свойств) (Леонтьева, 2017). При нарушении целенаправленности мышления, рефлексия о ценностях также начинает носить более вязкий, подробный характер; при классификации ценностей выбирается цепной или ядерный комплекс. Актуализация латентных признаков и нарушение личностного компонента в случае мышления о ценностях выражается в назывании образованных групп нетипичными названиями, иногда носящими вычурный или сверхабстрактный характер. В названиях групп, отражающих личное негативное или позитивное отношение пациента, а также в необычных типах структурирования ценностей. Приводятся конкретные примеры.

В **разделе 3.2 «Способы категоризации ценностей»** описаны способы категоризации ценностей и основные результаты их применения.

В **параграфе 3.2.1 «Типы категоризаций»** изложены обнаруженные способы категоризации: **выделение обобщающего понятия, ядерные комплексы, цепные комплексы**, которые согласуются с теорией Л.С. Выготского о стадиях развития понятий (Выготский, 1999). Пациенты с диагнозом «шизофрения» выделяют обобщающие понятия в 51,3% случаев; в 31,5% выделяется ведущая ценность (ядерный комплекс); и гораздо чаще, чем в норме, обнаруживается использование цепных комплексов (8,7%) и смешанный способ (8,7%).

В параграфе 3.2.2 «Особенности ядерного комплекса» показан результат содержательного анализа ядерных комплексов, для чего проанализирован процент встречаемости каждой ценности в качестве ядра в группе участников исследования, которые применяли данный способ категоризации. Статистически значимые различия обнаружены между частотой использования таких ценностей, как *справедливость* (критерий хи-квадрат Пирсона: ($\chi^2=4,076$ (1), $p<0,01$), которая чаще используется в норме по сравнению с больными шизофренией, и *успех* (критерий хи-квадрат Пирсона: ($\chi^2=5,697$ (1), $p<0,05$), который чаще используется больными шизофренией.

В параграфе 3.2.3 «Общее количество групп ценностей и ценности, не включенные в классификацию (фрагменты)» указано количество групп, выделяемых при свободной классификации ценностей: подавляющее большинство участников исследования (вне зависимости от психического статуса) выделяет от 3 до 5 групп (в группе больных шизофренией они составляют 73,0% участников исследования; в норме – 75,8%; а в группе пациентов с расстройствами личности – 74,6%). 71,8% в группе пациентов с диагнозом «шизофрения» и 67,0% в группе условной нормы формируют группы из всех предложенных ценностей; и только 52,5% в группе пациентов с личностными расстройствами. Приведен содержательный анализ отделившихся фрагментов: ценности *свобода* ($\chi^2=6,829$ (1), $p<0,05$) и *реальность* ($\chi^2=3,363$ (1), $p<0,01$) больными шизофренией исключаются чаще, чем условно здоровыми людьми.

В разделе 3.3 «Результаты кластерного анализа» описана процедура обработки данных: каждая из матриц расстояний подвергалась иерархическому кластерному анализу по методу Уорда (Рубцова, Ленков, 2005) в каждой из трех экспериментальных выборок (Табл.1), а также по каждой возрастной группе (9 дендрограмм). Обнаружились стабильные множества ценностей, которые стандартно объединяются большинством участников исследования. Выделены следующие кластеры: **межличностного общения (семья); абстрактные ценности; ценности социальности; ценности, связанные с телесностью; ценности самореализации.**

В разных возрастах к стабильным множествам ценностей добавляются отдельные ценности. Группы среднего возраста 30-40 лет показывают наибольшую стабильность кластеров; в группе 40-50 лет во всех группах кластеры приходят в движение. Ценности кластера телесности отражают межгрупповую специфику ценностных ориентаций. В норме постепенно происходит выделение отдельного кластера телесности из кластера самореализации; в группе больных шизофренией абстрактные ценности *безопасность* и *удовольствие* соединяются с кластером телесных ценностей, отражая реальный опыт этих пациентов. В группе пациентов с расстройствами личности кластер телесности соединяется с абстрактными ценностями и ценностями семьи.

Таблица 1.

Состав выделенных кластеров в трех группах (курсивом отмечены различия)

Название кластера	Группа нормы	Группа шизофрении	Группа личностных расстройств
Ценности межличностного общения (семья)	любовь, семья, доверие, дружба	любовь, семья, доверие, дружба	любовь, семья, доверие, дружба, <i>вера</i>
Абстрактные ценности	истина, правда, справедливость, реальность, вера, свобода, безопасность	1. реальность, безопасность 2. истина, правда, справедливость, вера, свобода	истина, правда, справедливость, свобода, реальность
Ценности социальности	богатство, успех, признание, власть	богатство, успех, признание, власть	богатство, успех, признание, власть
Ценности, связанные телесностью	здоровье, красота	здоровье, красота, <i>удовольствие</i>	здоровье, красота, <i>удовольствие, безопасность</i>
Ценности самореализации	развитие, творчество, ум, уникальность, <i>удовольствие</i>	развитие, творчество, ум, уникальность	развитие, творчество, уникальность, ум

В разделе 3.4 «Предпочитаемые ценностные ориентации» описаны результаты исследования субъективно близких и субъективно неблизких ценностей, а также сопоставление этих структур с представлениями о ценностях современного общества. В параграфе 3.4.1 «Исследование близких ценностей прямым называнием» указаны результаты, полученные прямым называнием близких ценностей: *любовь, здоровье, семью* предпочитают во всех трех

группах. *Ум* и *вера* чаще оказываются близкими больным шизофренией ($\chi^2=6,152$ (1), $p<0,01$ и $\chi^2=5,142$ (1), $p<0,05$ соответственно); а развитие – ближе здоровым участникам ($\chi^2=7,310$ (1), $p<0,01$).

Среди значимых отличий между мужчинами и женщинами, больных шизофренией, также важно отметить большую ценность для мужчин категории *правда* ($\chi^2=5,038$ (1), $p <0,05$), *справедливость* ($\chi^2=4,645$ (1), $p <0,05$), а для женщин ценности *дружба* ($\chi^2=7,507$ (1), $p <0,01$).

Также обсуждаются результаты, полученные **методом попарных сравнений**: сопоставление частот в группе больных шизофренией и в норме показало, что пациентам более свойственно предпочитать ценности *вера* ($\chi^2=4,146$ (1), $p<0,05$) и *реальность* ($\chi^2=5,351$ (1), $p<0,05$), но реже ценность *семья* ($\chi^2=22,133$ (1), $p<0,05$).

Подтверждается половая специфичность, полученная ранее: женщины, больные шизофренией, делают акцент на ценностях межличностного общения; а мужчины – на ценностях самореализации и абстрактных ценностях, предпочитая *развитие* ($\chi^2=5,677$ (1), $p <0,05$), и существенно ниже по сравнению с женщинами оценивая кластер *семья* ($\chi^2=5,647$ (1), $p <0,05$).

Женщины с расстройствами личности истерического спектра по сравнению с пациентками, страдающими шизофренией, чаще выбирают *семью* (как и в норме, $\chi^2=7,448$ (1), $p<0,01$); но гораздо реже предпочитают ценности *реальность* ($\chi^2=3,894$ (1), $p<0,05$) и *свобода* ($\chi^2=3,929$ (1), $p<0,05$).

Параграф 3.4.2 «Исследование неблизких ценностей» содержит результаты исследования неблизких ценностей прямым называнием и через метод попарных сравнений: больные шизофренией выделяют существенно больше неблизких ценностей по сравнению с группой нормы и контрольной группой – более половины участников, что говорит о большом количестве конфликтного материала в ценностных ориентациях. Ценность *власть* единодушно отвергается всеми группами. Пациенты с диагнозом «шизофрения» чаще отвергают ценности *признание* ($\chi^2=5,403$ (1), $p<0,05$) и *удовольствие* ($\chi^2=9,061$ (1), $p<0,05$) по сравнению с нормой.

Раздел 3.5 «Исследование представлений о ценностях современного общества» содержит результаты сравнения этих представлений во всех группах (Табл.2).

Таблица 2.

Представления о ценностях современного общества (жирным шрифтом выделены ведущие ценности)

Ценности	N	Sch	L	Ценности	N	Sch	L
<i>Безопасность</i>	33,3	23,3	20,3	<i>Признание</i>	27,8	15,5	18,6
Богатство	75,6	58,3	52,5	<i>Развитие</i>	13,3	20,4	10,2
<i>Вера</i>	14,4	12,6	13,6	<i>Реальность</i>	10,0	10,7	5,1
Власть	66,7	36,9	42,4	<i>Свобода</i>	24,4	17,5	15,3
<i>Доверие</i>	3,3	5,8	6,8	<i>Семья</i>	21,1	31,1	18,6
<i>Дружба</i>	11,1	12,6	15,3	<i>Справедливость</i>	10,0	10,7	11,9
<i>Здоровье</i>	25,6	35,0	25,4	<i>Творчество</i>	10,0	1,9	1,7
<i>Истина</i>	3,3	3,9	6,8	<i>Удовольствие</i>	46,7	25,2	25,4
<i>Красота</i>	25,6	21,4	13,6	<i>Ум</i>	17,8	15,5	11,9
<i>Любовь</i>	8,9	25,2	23,7	<i>Уникальность</i>	16,7	6,8	5,1
<i>Правда</i>	3,3	4,9	6,8	<i>Успех</i>	58,9	32,0	42,4

Ценности *богатство* и *власть* доминируют во всех группах, и все же больные шизофренией намного реже, чем участники контрольной группы, приписывают эти ценности современному обществу (это подтверждается статистически: $\chi^2=17,035$ (1), $p<0,01$ для *власти* и $\chi^2=6,438$ (1), $p<0,05$ для *богатства*). Такое соотношение сохраняется и для ценностей *успех* и *удовольствие*, причем различия обнаруживаются на высоком уровне статистической значимости ($\chi^2=14,017$ (1), $p<0,01$ и $\chi^2=9,661$ (1), $p<0,01$).

В норме обнаруживается серьезное расхождение в представлениях мужчин и женщин относительно важности ценности *успех* в современном обществе. Женщины полагают, что эта ценность более свойственна текущей ситуации, чем мужчины (70,8% и 45,2% соответственно, $\chi^2=6,061$ (1), $p<0,05$). Именно у женщин ценность *успех*, наряду с ценностями *богатство* и *власть*, наиболее часто характеризуют современное общество.

Была предпринята попытка выделить и сопоставить фокус индивидуального с фокусом социального внутри системы ценностных ориентаций, для чего проводилось сравнение выбора близких ценностей и представлений о ценностях современного общества. При данном сравнении выявилось, что набор этих

ценностей *практически не совпадает во всех группах*, но в группе нормы они расходятся полностью (Рис. 1,2,3). То есть всем группам свойственно противопоставлять свои ценности и ценности общества, в котором они живут, однако в разной степени выраженности.

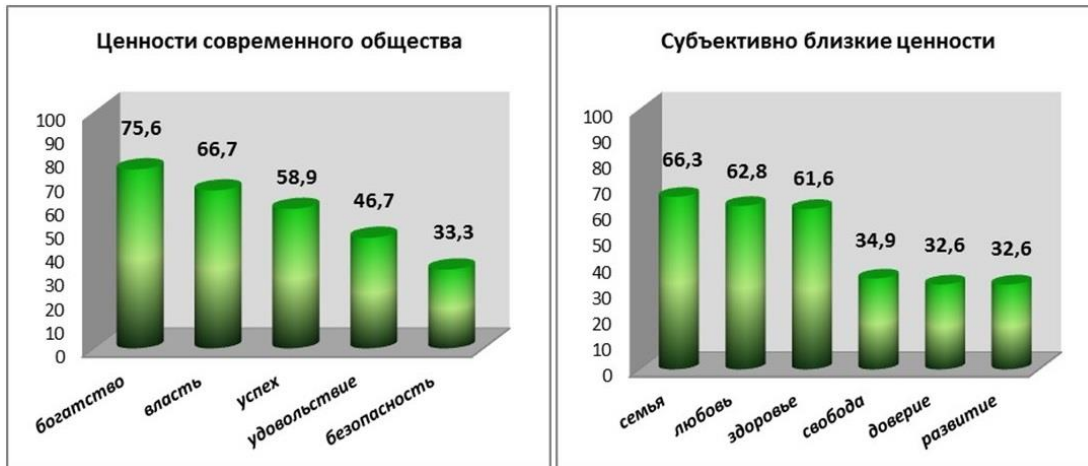


Рисунок 1. Ценности современного общества (контрольная группа), в % (слева). Субъективно близкие ценности (контрольная группа), в % (справа).

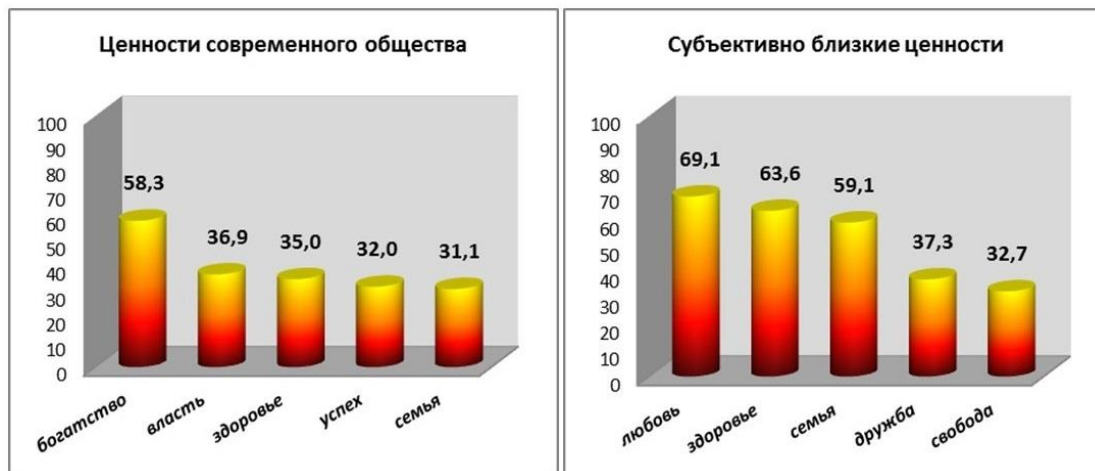


Рисунок 2. Ценности современного общества (пациенты с диагнозом шизофрения), в % (слева). Субъективно близкие ценности (пациенты с диагнозом шизофрения), в % (справа).

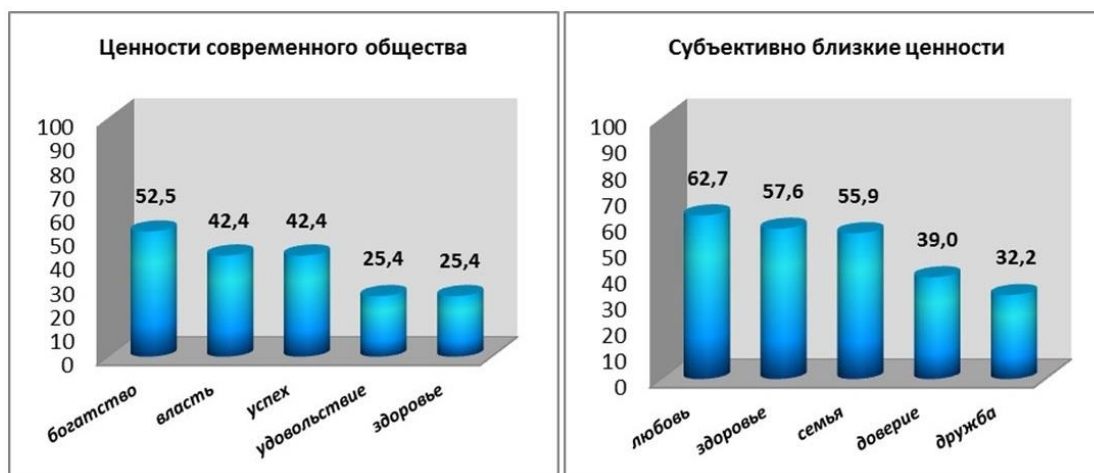


Рисунок 3. Ценности современного общества (пациенты с расстройствами личности), в % (слева). Субъективно близкие ценности (пациенты с расстройствами личности), в % (справа).

В разделе 3.6 «Дополнительные результаты формализованного - клинического интервью: переоценка ценностей и представления о ценности психических расстройств» подробно рассмотрены результаты сообщений больных шизофренией о том, что переоценка ценностей действительно произошла (91,7%); при этом 93,2% указывают на масштабность и позитивный вектор этих изменений. 35% указывают, что ценность *семья* подверглась переоценке (15% из всех мужчин и 43% от всех женщин); 26% отмечают *здоровье*, *реальность* – 16%, *дружбу* – 12%, *свободу* – 9,3%, *безопасность* – 7%. Больные шизофренией переоценивают значимость ценностей социального успеха. Например, участник А.Б.К., 28 лет, (простой тип шизофрении) сообщает: *«Раньше думал про власть, успех, богатство, чтобы жить. А сейчас важны вера, истина, правда, любовь. С детства хотел знать, что такое Бог, кто это придумал»*. Происходит осознанное изменение социальной направленности, которое является не только следствием болезненного процесса как такового, но и следствием опыта перенесенного психотического состояния, психологического кризиса, госпитализации и лечения. В представлениях о ценности психических расстройств обнаружилась существенная разница между группами респондентов. Для группы нормы свойственно романтизировать психическое расстройство (Емельянова, Кузнецова, 2009), связывать его с

гениальностью и свободой. Больные шизофренией видят ценность в том, что происходит переоценка ценностей, переосмысление всей жизни, обретается вера в Бога. Также многие пациенты честно указывают на выгоды болезни: *«Способ не делать что-то, что не хочешь делать», «к больным приспособливаются, иногда выполняют их желания. Хочу, чтобы все было, как я хочу».*

Раздел 3.7 «Краткое обобщение результатов исследования». В разделе приводятся основные результаты проведенного исследования ценностных ориентаций.

Раздел 3.8 «Обсуждение результатов» включает в себя обсуждение, критическое осмысление, сравнение полученных результатов. **В параграфе 3.8.1 «Ценностные ориентации и нарушения мышления, феномен переоценки ценностей»** обсуждаются особенности процесса мышления о ценностях у больных шизофренией. Для больных шизофренией процесс мышления о ценностях носит более развернутый, медленный характер. Если в норме респонденты, выполняя задание по классификации ценностей, опирались на известные им категории объединения ценностей (личные, духовные, материальные и т.д., то есть на некоторые известные им из прошлого опыта категории), то больные шизофренией склонны к разворачиванию мышления о ценностях с другой стороны, двигаясь от конкретных ценностей к общим категориям. Однако эта познавательная активность стимулирует восстановление контакта больного с самим собой, поскольку лежит в основе нормального функционирования личности и функционирования, в свою очередь, понятийного мышления (Выготский, 1956). Внутренний диалог с помощью исследователя-психолога становится внешним и актуализирует процесс связывания расщепленных частей сознания и самосознания (Соколова, Бурлакова, 1997). Естественно предположить, что этот процесс протекает иначе, чем в норме, а именно – в обратную сторону. Высокая мотивация, включенность в исследование, диалогичность этой деятельности обнаруживается и в стремлении пациентов дополнить список ценностей своими, не включенными в стандартный список категориями, донести до исследователя свою систему ценностных ориентаций, наполнить ее индивидуальным содержанием.

Как было показано, между женщинами и мужчинами существует существенная разница в изменении ценностной направленности. Женщины сохраняют ориентацию на ценности межличностного общения в большей степени, чем мужчины. У мужчин больных шизофренией такой направленности нет или она сильно редуцирована, что заставляет искать специальные ресурсы адаптации для этих пациентов (Леонтьева, Тхостов, Рупчев, 2018).

В разделе 3.8.2 Особенности мышления о ценностях и ценностные предпочтения обсуждаются нормативные процессы категоризации и образования кластеров ценностей. Пациентам с диагнозом «шизофрения» свойственно объединять абстрактные ценности *безопасность* и *свобода* с ценностями телесности (группы 20-30 и 30-40 лет). Такое отличие можно объяснить симптомами неустойчивости процесса обобщения, но подобное объяснение не раскрывает логику мыслительного процесса. Скорее важен реальный опыт пациентов и влияние этого опыта на их мышление о ценностях. Если для группы нормы все эти ценности остаются отдаленной абстракцией, то для больных шизофренией они утрачивают абстрактное значение. Для них, действительно, существует прямая взаимосвязь между *безопасностью*, *свободой* и *реальностью* (группа 30-40 лет), поскольку они периодически эту реальность утрачивают, что сопровождается переживаниями фундаментальной небезопасности мира, потерей свободы и т.д. Можно предположить, что снижение уровня обобщения, утрата абстрактности являются не только следствием болезненного или дефицитарного процесса, но и нормальным механизмом, отражающим связь жизненного опыта человека и его ценностных ориентаций. Специфичность определенных ценностей подтверждается данными по их переоценке: *реальность*, *безопасность*, *свобода* оказались в списке тех ценностей, которым пациенты стали отдавать приоритет после болезни. Также эта триада оказалась в лидерах отделившихся фрагментов – тех ценностей, которые участники исследования исключали из процесса категоризации.

Особого рассмотрения заслуживает динамика ценности *удовольствие* для больных шизофренией, которая носит явно конфликтный характер: *удовольствие* оказывается лидером отвергаемых ценностей и получает низкий

процент приписываемых современному обществу ценностей, по сравнению с нормой. В группе нормы ценность *удовольствие* перестает связываться с кластером телесных ценностей и в 40-50 лет переходит в кластер ценностей самореализации. В возрастном периоде 40-50 лет пациенты с диагнозом «шизофрения» объединяют ценность *удовольствие* с социальными ценностями (*богатством, властью, успехом, признанием и свободой*); а пациенты с расстройствами личности не совершают этот переход, *удовольствие* не переходит для них из телесной сферы в социальную. Эти данные позволяют уточнить ценностное содержание понятия *социальной направленности* как направленности личности на получение удовольствия через реализацию ценностей, принятых в современной культуре (Ковалев, 2009; Константинов, Холомеев, 2015).

Сравнительный анализ показывает глубокую противоречивость ценности *семья* для больных шизофренией. В исследовании обнаруживаются разнонаправленные тенденции в виде снижения значимости этой ценности с возрастом (метод попарных сравнений) и противоположными данными формализованного клинического интервью (переоценка ценностей). Снижение значимости *семьи* свидетельствует о том, что многие пациенты с шизофренией не видят для себя перспективы семейной жизни. Это происходит как в силу болезненных причин, так и на фоне социально-медицинского и культурного давления на этих пациентов. Шизофрению в настоящий момент принято считать неизлечимым и передающимся по наследству заболеванием. Стандартной практикой является транслировать сроки лечения как очень длительные или непрерывные. Не ставя целью критику сложившейся практики и хорошо осознавая неоднозначность и дискуссионность проблемы, отметим, что сложившаяся практика сильно влияет на перспективы и ориентации больных шизофренией. Пациенты в возрасте 20-40 лет находятся на жизненном этапе, когда большинство людей нацелено на создание семьи. Сталкиваясь с дебютом заболевания, эти нормативные цели и ценности отходят на второй или третий план, становятся все более сложной задачей, приводят к «активному противодействию» (Гудечек, 1989; Абульханова-Славская, 1991), а адаптация

через болезнь становится предпочитаемым выбором (Любов и др., 2012), еще более отчуждая этих пациентов от социального мира (Parnas, 2012).

Исследование показывает, что наиболее приоритетные ценности у больных шизофренией, у пациентов с расстройствами личности и в контрольной группе совпадают. Они составляют блок ценностей, в который входят *любовь, здоровье, семья*. Подобное совпадение указывает на определенный личностный ресурс больных шизофренией, на сохранность части ценностной направленности (в виде предпочитаемых, субъективно близких ценностей). И эта информация, на наш взгляд, способна оказать важное антистигматизирующее воздействие как на самих больных (и их родственников), так и на медицинских работников, и на общество в целом (Link, Phelan, 2000; Pescosolido, Olafsdottir, 2013).

В **заключении** показывается, что примененная в работе исследовательская программа позволяет раскрыть особенности преломления в сознании больного сложных абстрактных понятий-ценностей и выявить резервы компенсации для реабилитационного процесса. Схожесть ценностных структур в норме и при шизофрении указывает на то, что, несмотря на болезнь, подобные пациенты сохраняют сложные навыки рефлексии и общую ориентацию в культурно-ценностном пространстве. Различия, которые обнаруживаются, зачастую носят черты глубокого психологического конфликта и сложностей адаптации к психическому расстройству. В перспективе представляется продуктивным более подробное соотнесение специфики мышления о ценностях и внутренней картины болезни; анализ семантики ценностей, показывающих выраженную конфликтность; выделение специфических гендерных и возрастных ресурсов для реабилитации; исследование феномена переоценки ценностей как ключа к индивидуальным реабилитационным программам больных шизофренией.

Выводы:

1. Теоретическое рассмотрение проблемы ценностных ориентаций в междисциплинарной проекции позволяет выделить отдельную единицу анализа – рефлексия ценностей как мышление об абстрактных категориях, которая

включает в себя оценку собственных ценностных ориентаций, их выбор, сравнение и классификацию, а также ориентировку в ценностном пространстве современной культурной ситуации.

2. В контрольной группе нормы и в группе больных шизофренией ценности структурируются сходным образом, количество групп при классификации значимо не различается, также обнаруживается сходство в выделении наиболее предпочитаемых ценностных ориентаций (*семья, любовь, здоровье*), сохраняется диссоциация близких ценностей с ценностями, приписываемыми современному обществу.

При этом выявляются значимые различия:

– Мышление о ценностях при шизофрении характеризуется более высокой частотой использования цепного комплекса при категоризации, достоверно более частотным, чем в других группах, использованием ценности *успех* при категоризации по типу ядра.

– У больных шизофренией отмечается утрата ценностями своего абстрактного значения, выражающаяся в устойчивой связи некоторых ценностей (*реальность, безопасность и свобода*) с кластером ценностей телесного характера.

– Особые ценностные предпочтения больных шизофренией проявляются в том, что ценности *вера* и *ум* оцениваются значительно выше, чем в контрольной группе нормы, а ценности *богатство, признание* и *удовольствие* оцениваются значительно ниже.

– Ценность *удовольствие* носит у больных шизофренией амбивалентный характер и не связана с воплощением ценностей самореализации как в контрольной группе нормы. Ценность *семьи* отражает внутренний психологический конфликт больных шизофренией. С одной стороны, в отличие от контрольной группы нормы, ее значимость с возрастом уменьшается, с другой – резко возрастает в процессе переоценки ценностей после болезни.

– Выделены различия в ценностных ориентациях между больными шизофренией мужчинами и женщинами: мужчины предпочитают абстрактные ценности и ценности самореализации (*правда, справедливость, развитие*); в то

время как для женщин сохраняется высокая значимость ценностей межличностного общения (*семья, дружба*).

3. Методический комплекс, примененный в исследовании, позволяет создавать экспериментальные условия для рефлексии больными шизофренией ценностных ориентаций, что способствует обнаружению дополнительных ресурсов для реабилитационной работы.

Публикации по теме диссертации.

Основное содержание диссертации отражено в 14 научных публикациях (общий объем – 7,10 п.л.; авторский вклад – 5,17 п.л.).

Публикации в изданиях, индексируемых в Web of Science, Scopus, RSCI, а также в рецензируемых научных изданиях из перечня рекомендованных Минобрнауки РФ, утвержденных Ученым Советом МГУ для защиты в диссертационном совете МГУ по специальности 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки):

1. Леонтьева, Е.М. Использование методики «Классификация ценностей» как инструмента изучения ценностного мышления больных шизофренией / Е.М. Леонтьева, А.А. Корнеев // Экспериментальная психология. – 2014. – Т.7. – № 4. – С.100–109. (0,56 п.л. / 0,28 п.л.) RSCI, ИФ РИНЦ – 0,706

2. Леонтьева, Е.М. Методологические и методические проблемы клинических исследований ценностной сферы / Е.М. Леонтьева // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т. 5. – № 3 (19). – С.145–155. (0,62 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,37

3. Леонтьева, Е.М. Особенности мышления больных шизофренией об абстрактных понятиях — ценностных категориях / Е.М. Леонтьева // Экспериментальная психология. – 2017. – Т. 10. – № 4. – С. 46–55. (0,5 п.л.) RSCI, ИФ РИНЦ – 0,706

4. Leontieva, E. The gender factor in the value orientation of patients with schizophrenia / E. Leontieva, A. Tkhostov, G. Rupchev // European Psychiatry. –

Издательство Elsevier BV (Netherlands). – 2018. – Том 48. – S1. – С. 337–338. (0,06 п.л.) SCOPUS SJR – 1,517; IF WoS – 3,12

5. Leontieva, E.M. Features of value orientation of patients with schizophrenia / E.M. Leontieva // Journal of Fundamental and Applied Sciences. – 2018. – Vol. 10. – 6S. – P. 14–35. (1,31 п.л.) WoS

Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК:

6. Леонтьева, Е.М. Ценности современного общества глазами больных шизофренией / Е.М. Леонтьева, О.Е. Головина // Независимый психиатрический журнал. – 2013. – № 1. – С. 28–33. – (0,31 а.л. / 0,16 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,06

7. Леонтьева, Е.М. Особенности стратегий ценностного мышления больных шизофренией / Е.М. Леонтьева // European Social Science Journal. – 2013. – № 2 (30). – С. 301–309. (0,5 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,12

8. Леонтьева, Е.М. Анализ ценностных ориентаций больных шизофренией / Е.М. Леонтьева // Сибирский психологический журнал. – 2013. – № 47. – С. 14–22. (0,5 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,309

Научные публикации в других изданиях:

9. Леонтьева, Е.М. Исследование возрастных различий в ценностных ориентациях больных шизофренией методом попарных сравнений / Е.М. Леонтьева, О.Е. Головина // Психология отношений в постнеклассической парадигме: сборник статей участников 1 Международной научно-практической конференции. – Кемерово, 2014. – С. 144–149. – (0,37 п.л. / 0,18 п.л.)

10. Леонтьева, Е.М. Особенности стратегий ценностного мышления больных шизофренией / Е.М. Леонтьева // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова). Материалы Всероссийской научно-практической конференции в ГОУ ВПО «МГППУ» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. – Москва, 2013. – С.80–81. – (0,06 п.л.)

11. Леонтьева, Е.М. Использование методики «Классификация ценностей» как инструмента изучения личности у лиц, страдающими психическими расстройствами / Е.М. Леонтьева // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения: Материалы Всероссийской юбилейной

научно-практической конференции / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. – Москва, 2011 г. – С. 88–91. – (0,19 п.л.)

12. Леонтьева, Е.М. Представления о ценностях современного общества на примере людей с психическими расстройствами (больные шизофренией) / Е.М. Леонтьева, О.Е. Головина // Труды Томского государственного университета. Т. 278. Сер. психолого-педагогическая: Личность в контексте межкультурного взаимодействия: Материалы I Всероссийской молодежной научной конференции. – Томск, 2011. – С. 12–15. – (0,18 п.л. / 0,9 п.л.)

13. Леонтьева, Е.М. Переоценка ценностей больными шизофренией как ресурс в реабилитационной работе / Е.М. Леонтьева, О.Е. Головина // Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». МГППУ. – М.: 2011. – С. 440–445. – (0,31 п.л. / 0,16 п.л.)

14. Леонтьева, Е.М. Современное общество и его ценности глазами психически больных людей / Е.М. Леонтьева, О.Е. Головина // Система ценностей современного общества. – Изд-во ООО «Центр развития научного сотрудничества» (Новосибирск) 2010. – № 15. – С. 223–230. – (0,43 п.л./ 0,22 п.л.)