

**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**имени М.В. ЛОМОНОСОВА**

*На правах рукописи*

**ЛЕОНТЬЕВА ЕЛЕНА МИХАЙЛОВНА**

**ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ**

**БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Специальность: 19.00.04 – Медицинская психология

(психологические науки)

Диссертация

на соискание учёной степени

кандидата психологических наук

Научный руководитель:

доктор психологических наук, профессор

Тхостов Александр Шамилович

Москва – 2018

# Оглавление

<b>Введение</b>	<b>4</b>
<b>Глава 1. Методологические проблемы исследования ценностных ориентаций</b>	<b>18</b>
<b>1.1. Теории ценностей в философии и социологии</b>	20
<b>1.1.1. Философские предпосылки теории (проблемы) ценностей в клинической психологии</b>	20
1.1.2. Социологический подход к пониманию ценностных ориентаций	25
1.2. Исследования ценностных ориентаций в рамках психологических традиций	30
1.2.1. Гуманистическая традиция исследований ценностных ориентаций	33
1.2.2. Когнитивный подход к исследованию ценностных ориентаций	39
1.2.3. Подходы, исследующие ценностные ориентации через другие психологические понятия (направленность личности, смыслы, мотивы и потребности)	42
1.2.4. Клинические исследования ценностных ориентаций	46
1.2.5. Соотношение ценностей и рефлексии – мышление о ценностях	55
1.3. Выводы теоретической части	70
<b>Глава 2. Постановка проблемы и программа исследования</b>	<b>75</b>
2.1. Общие основания исследования	75
<b>2.2. Методы и материалы исследования</b>	81
2.2.1. Предварительное исследование: пилотажное исследование ценностных ориентаций больных шизофренией и ограничения используемых методик	81
2.2.2. Основное исследование: патопсихологическое исследование, модифицированная методика «Классификация ценностей», формализованное клиническое интервью и методика попарных сравнений	92
2.2.3. Организационные аспекты исследования	103
2.2.4. Особенности групп участников исследования	105
<b>Глава 3. Результаты сравнительного, клинико-психологического исследования больных шизофренией</b>	<b>112</b>
3.1. Сравнение результатов исследования ценностных ориентаций с данными патопсихологического исследования	112
3.2. Способы категоризации ценностей	114
3.2.1. Типы категоризаций	114
3.2.2. Особенности ядерного комплекса	119
3.2.3. Общее количество групп ценностей и ценности, не включенные в классификацию (фрагменты)	122
3.3. Результаты кластерного анализа	128
3.4. Предпочитаемые ценностные ориентации	141

3.4.1. Исследование близких ценностей	141
3.4.2. Исследование неближких ценностей	146
3.5. Исследование представлений о ценностях современного общества	152
3.6. Дополнительные результаты формализованного клинического интервью: переоценка ценностей и представления о ценности психических расстройств	159
3.7. Краткое обобщение результатов исследования	163
3.8. Обсуждение результатов	167
3.8.1. Ценностные ориентации и нарушения мышления, феномен переоценки ценностей	167
3.8.2. Особенности мышления о ценностях и ценностные предпочтения	175
3.8.3. Представления о ценностях современного общества в контексте субъективно близких ценностей, ценностная диссоциация как современный культурный феномен	195
<b>Заключение</b>	<b>204</b>
<b>Список литературы</b>	<b>211</b>
<b>Приложения</b>	<b>250</b>
Приложение 1. Результаты пилотажного исследования	250
Приложение 2. Методика «Классификация ценностей»	254
Приложение 3. Протоколы исследования	255
Приложение 4. Характеристики групп	258
Приложение 5. Способы категоризации	260
Приложение 6. Категории, применяемые в ядерном способе классификации	264
Приложение 7. Количество групп при классификации ценностей	266
Приложение 8. Количество отделившихся фрагментов	267
Приложение 9. Отделившиеся фрагменты	268
Приложение 10. Близкие ценности	270
Приложение 11. Предпочитаемые ценности	272
Приложение 12. Неблизкие ценности	274
Приложение 13. Отвергаемые ценности	276
Приложение 14. Ценности современного общества	278
Приложение 15. Сопоставление результатов двух методик	280

## **Введение**

### **Актуальность темы исследования.**

Шизофрения - психическое расстройство, на изучение и лечение которого направлены усилия многих специалистов, в том числе и клинических психологов. В современных условиях развития медицины эти традиционные направления дополняются реабилитацией и третичной профилактикой, которые становятся целью всего лечебного процесса. Теоретические и практические цели реабилитации ставят задачи поиска новой информации в комплексных исследованиях пациентов шизофренического круга. 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.

При изучении личностных изменений пациентов на всех этапах болезни (Гиндикин, 1997), непосредственно встает вопрос об изменении их ценностных ориентаций. Существуют три предположительных фактора изменений ценностных ориентаций больных шизофренией. Первый - когнитивный фактор, связывающий изменение ценностных ориентаций со снижением когнитивных функций. Снижение когнитивных функций препятствует ценностной рефлексии, осознанию и выбору ценностей (Зейгарник, 1986; Рубинштейн, 2010).

Второй фактор – мотивационный, при котором изменение ценностных ориентаций является следствием нарушения мотивационного

компонента познавательной деятельности. Ценности представляют собой мета-конструкт, мотивирующий человека на выбор определенной деятельности, влияющий на целенаправленность конкретной деятельности и поддержку долгосрочных жизненных задач конкретного человека (Асмолов, 2007; Маслоу, 2002; Рубинштейн, 1998). Нарушение и изменение мотивации ведет к утрате личностных смыслов и разрушению причинно-следственной связи ценностных ориентаций и деятельности (Коченов, Николаева, 1978; Соколова, 1976).

И третий самостоятельный фактор, собственно, ценностный, рассматриваемый как специфический для шизофрении, указывает на то, что больные шизофренией могут иметь отличные ценностные ориентации или особенности устройства ценностной системы (Тхостов, Степанович, 1987; Stanghellini, Ballerini, 2009; Яницкий, 2000). Также их ценностные ориентации могут меняться с опытом болезни и адаптации к ней, проходя через периоды переоценки и часто связаны со снижением социального функционирования этих пациентов (Семенова, Гурович, 2014; Cascioppo et al., 2014; Maj, 2014). Снижение социальной направленности может быть как следствием болезни, так и вполне осознанным выбором. Такая специфичность определяется особенностями развития, социальной ангедонией (Холмогорова, Минакова, 2014; Kwapil, 1998; Horan et al., 2007), патогенным семейным стилем (Schefflen, 1981; McFarlane, 1983), отчуждением от социального мира (Parnas, 2012), нарушением социальной перцепции (Рычкова, Холмогорова, 2014; Wolwer, Frommann, 2009) и другими причинами.

Традиционно развитие шизофренического процесса описывалось через понятие «дефект», которое первоначально использовалось в качестве обобщенной личностной оценки исхода заболевания (Greizinger, 1882; Kraepelin, 1919; Корсаков, 1901 и др.) и основывалось либо на представлении о его биологической природе (Kraepelin, 1919), либо как о психосоциальном феномене, возможно, даже обратимом, возникшим

вследствие действия неблагоприятных средовых факторов (Zubin, Spring, 1977; Ciompi, 1986). Принято считать, что в качестве самостоятельного душевного расстройства шизофрения была выделена Э. Крепелиным в 1893 г., давшим ей название «dementia praecox». В 1908 году Э. Блейлер ввел термин «шизофрения» как обозначающий самостоятельное заболевание, отличающееся от dementia praecox (Блейлер, 1927). Изучение шизофренического процесса во многом представляет собой исследование особенностей и изменения мыслительной деятельности больных. В отечественной науке одним из основных подходов к изучению структуры патологически измененного мышления людей, страдающих психическими заболеваниями, является подход Б. В. Зейгарник (Зейгарник, 1962). Рассматривая мыслительный процесс не как изолированную функцию, а как определенный вид деятельности, опосредованной и личностно мотивированной, Б. В. Зейгарник выделяет три вида патологии мыслительной деятельности, проявляющиеся в нарушении операциональной стороны мышления, динамики и личностного компонента мышления. Наиболее типичными для лиц, страдающих шизофренией, оказываются такие изменения как искажение процесса обобщения и нарушение мотивационного компонента мышления (Зейгарник, 1986).

Патопсихология обладает внушительным объемом данных об особенностях мышления при шизофреническом процессе (Зейгарник, 1962; Поляков, 1991; Страбахина, 1980; Холмогорова 1983) и методологией патопсихологического исследования (Бурлакова, 2014, Соколова, 1995; Николаева, Соколова, Спиваковская, 1979), которая дает возможность расширения наших представлений о том, насколько эти особенности влияют на личность больного, на его мировоззрение, систему ценностей и их переоценку. Вместе с тем патопсихологическое исследование в своей традиционной модели недостаточно сосредоточено на целостном изучении личности больного, что зачастую приводит к «оторванности современной психологии от жизни», оторванности исследования личности от истории ее

жизни и «смысложизненных контекстов» (Братусь, 1988, с. 158). Изучение ценностных ориентаций больных шизофренией в дополнение к исследованию мыслительной деятельности, которое является традиционным для современной практики патопсихологов, необходимо для расширения представлений о личностных особенностях этих пациентов. Такое расширение позволяет разработать методы оценки вклада личностных факторов в течение шизофренического процесса.

Доступ к сохранным сторонам личности пациента необходим для социальной реабилитации, ведь создание мотивации на лечение, формирование адекватной критики к болезни строится, во многом, на тех ценностях, которые важны для пациента, которые способны стать опорой в непростом лечебном процессе (Критская, Мелешко, 2015). Особую роль ценностные ориентации играют в процессе становления устойчивых ремиссий – продолжительных периодов жизни пациента, в которых он также как и люди, не являющиеся потребителями психиатрической помощи, ставит себе определенные жизненные цели и задачи (Гурович, Шмуклер, 2014). Эти ориентиры часто формируются после прохождения кризисных моментов, связанных с обострениями, лечением, госпитализацией, фармакологической нагрузкой и периодом первичной реабилитации. Они формируются в процессе реабилитации и сопровождаются переоценкой ценностей. Таким образом, результаты исследования могут иметь **практическое значение** для реабилитационной помощи страдающим шизофренией.

Традиционно используемое в контексте понимания шизофрении психиатрическое понятие «изменение личности» включает в себя помимо изменений в эмоциональной сфере, изменения в сфере ценностей, однако, оценить степень такого изменения затруднительно, в том числе и потому, что ни одна область науки на сегодняшний день не может доказать, что существует ценностная норма. При этом, как видно из многочисленных работ последних нескольких десятилетий, психология личности и

социальная психология отводят значительное место для обсуждения ценностных ориентаций и отсутствие серьезных связей в этой теме с клинической психологией представляет с собой существенный пробел.

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: коды 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 (коды 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, V. 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.

Для анализа и обобщения эмпирических данных применялись математические и статистические методы с применением пакета программ SPSS 16.0 и Statistica 7.0 (описательные статистики, частотный, кластерный анализ и корреляционный анализ). Значимость различий определялась с помощью критериев хи-квадрат (при сравнении частот номинативных данных) и U-критерий Манна-Уитни (при сравнении непараметрических данных). Для выявления различий в структуре ценностей в группах каждая из полученных матриц расстояний подвергалась иерархическому кластерному анализу. В качестве метода кластерного анализа был выбран метод Уорда (Ward's method). (Наследов, 2012; Рубцова, Ленъков, 2005; Сидоренко, 2003).

Настоящее исследование проводилось с соблюдением **этических стандартов**, правовых норм и конфиденциальности. От всех пациентов было 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. В исследовании ценностных ориентаций не содержался конфликт интересов, оно проводилось на некоммерческой основе.

### **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 ( $34 \pm 8.7$ ) с длительностью заболевания  $5.4 \pm 4.5$  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 ( $34 \pm 6.5$ ) со стажем заболевания  $4.5 \pm 5.1$  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 ( $32.9 \pm 8.6$ ), 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 и синтез научных представлений о ценностных ориентациях в междисциплинарной проекции позволяет обоснованно выделить мышление о ценностях как вид познавательной активности, включающий в себя рефлекссию 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 приоритета ценностей *веры, успеха, ума*, по сравнению с контрольной группой; более тесная связь между ценностями *реальности, безопасности* и *свобода* 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 (Выготский, 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 психологическими методами существенно расширяет понимание механизмов абстрактного мышления в норме и патологии.

**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 понятиях.

2. В мышлении о ценностных категориях как абстрактных понятиях проявляются 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.

**Этапы исследования.** Исследование проводилось с 2006 по 2017 годы и подразделялось на несколько этапов.

На предварительном этапе (2006-2007 гг.) в рамках дипломной работы было проведено исследование с применением распространенного инструментария – опросников, посвященных изучению ценностей разных клинических групп (больных шизофренией, депрессией, людей с химическими формами зависимостей).

На первом этапе работы (2007-2008 гг.) проводился теоретико-методологический анализ проблемы мышления о ценностях и ценностных ориентаций при шизофрении, были определены предмет, объект, цель, основные задачи исследования, подготовлена программа опытно-экспериментальной работы.

Следующий этап (2008-2009 гг.) был посвящен пилотажному исследованию и модификации методики «Классификация ценностей», финализации структуры формализованного клинического интервью. В этот же период проводился первичный сбор материала.

На заключительном этапе (2009-2017 гг.) проводилось собственное эмпирическое исследование, включающее математическую обработку полученных данных, оформлялись результаты исследования, были сформулированы практические и теоретические выводы.

#### **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 (ЕРА 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 263 страниц. Работа проиллюстрирована 18 рисунками, содержит 11 таблиц. Библиографический список насчитывает 358 наименований, из них 63 на иностранном языке.

## Глава 1. Методологические проблемы исследования ценностных ориентаций

Исследование ценностных ориентаций человека имеет длительную историю и массу методологических проблем, которые решают разные области человеческого знания. Начиная с античной мысли и до настоящего момента ценностное волнует философов, психологов, социологов и многих других представителей науки. Для западной культуры проблема ценностей является сущностной, онтологической, определяющей центральный смысл всей западной цивилизации или западного проекта. Ценности – мета-конструкт, синтезирующий религиозное и философское мировоззрение современного западного человека, в культурном пространстве которого существуют представления о норме и патологии, болезни и здоровья, психических отклонений и психической нормы (Tiryakian, 2013). Для России, традиционно являющейся площадкой для взаимодействия разных культур, проблема ценностей неизменно актуальна на протяжении столетий и во-многом болезненна. Идеологические сломы и разрывы 20-го века, противостояние идентичностей разных поколений, наличие широких слоев населения, плохо адаптированных к современной реальности (часть из которых является психически больными людьми), делают для нас проблему ценностей вызовом, на который необходимо ответить. Научная психология, и особенно клиническая психология, обладает для этого особыми возможностями, недоступными другим областям познания и практики.

Проблема ценностей - психологическая с одной стороны, представляет собой часть внутреннего мира личности, а с другой опирается на систему взглядов, сложившихся в культуре определенной общности.

Именно в силу этой двойственности ценности представляют собой сложный предмет исследования и требуют использования **синтетической методологии исследования**.

Проблема ценностей широко исследуются в рамках трех подходов:

философского, социологического и психологического. Каждый из подходов с разных позиций отвечал на вопросы – что такое ценность, какие ценности бывают, как они связаны с категориями морали, этики, нормы. С разных точек изучая человека, аксиологическая мысль этих наук пытается ответить на глобальные вопросы: что именно может предложить западный человек современному миру? Носителем каких ценностей он является и какое будущее ждет этого человека перед лицом глобальных угроз других цивилизаций?

Философия, социология и психология стоят перед необходимостью определить, существует ли ценностная норма, в чём её культурно-историческая составляющая. Особенно остро этот вопрос стоит для клинически ориентированной психологии, на которую возложена задача определения нормы и патологии личности и ее поведения. Шизофренические расстройства, представляющие собой наиболее частотные виды психических расстройств, могут помочь решить эту непростую задачу. Однако, таких исследований пока недостаточно. Складывается впечатление, что внутри самой клинической психологии существуют неосознаваемые ограничения для исследования ценностных ориентаций больных шизофренией. Заполнение этой лакуны внесет важный вклад в решение проблем стигматизации и самостигматизации таких пациентов, актуальность которых подчеркивается многими современными исследователями и практиками (Гонжал, 2006; Михайлова, 2005; Серебрянская, 2005; Тараканова, 2011, Ястребов, 2009 и др.). Особое значение имеет методология ценностных исследований в клиническом направлении, ведь пока у нас нет надежного инструмента, позволяющего отличить норму от патологии в аксиологическом ключе (Леонтьева, 2016).

Таким образом, необходимо создание специального исследования, позволяющего аккуратно прикоснуться к этой сложной теме. Такое исследование должно учесть множество уже известных фактов о проблеме ценностей в разных областях человеческого знания. А также должно быть

достаточно простым для того, чтобы его можно было применять в реальной клинической практике. В каком-то смысле нужна большая ревизия исследований ценностных ориентаций с целью взять лучшее и применимое именно в клинической реальности.

Далее будут кратко представлены основные достижения всех подходов к проблеме ценностных ориентаций, каждый из которых позволит сформулировать достаточные и необходимые требования к патопсихологическому исследованию в сфере ценностных ориентаций пациентов с диагнозом шизофрения.

## **1.1. Теории ценностей в философии и социологии**

### **1.1.1. Философские предпосылки теории (проблемы) ценностей в клинической психологии**

Первые упоминания, которые можно отнести к проблеме ценностей, возникли еще в античности. Для цивилизации Эллады понятия «прекрасное» и «благое» воспринимались как взаимосвязанные либо просто как две стороны одного понятия. Гераклитом и Демокритом предпринимались попытки определить термин «прекрасное» (Гераклит, 2012; Лурье, 1970), свидетельствующий о зарождении разделяемых всеми представлениях о том, что может считаться прекрасным, однако много позже, лишь в средневековой философии, данный термин получил статус самостоятельной ценности (Дионисий Ареопагит, 2002).

Платон и Аристотель пытались установить иерархию ценностей. Сократ Платона в Алквилиаде II рассуждает о том, что является для людей наилучшим (Платон, 1994). Аристотель стремится провести различия самих ценностных категорий («благ»), отделяя социально-значимые от всех других, пытаясь установить иерархию ценностей и называя высшей ценностью бескорыстное созерцание (Аристотель, 1976).

Целенаправленную разработку проблема ценностей получила в этико-

философских концепциях Эпикура и стоиков (Шахнович, 2002). Стремление найти объективное обоснование собственным мировоззренческим позициям приводило представителей одного направления к акценту на изучении ощущений, других – к акценту на изучении разума. Позже к разуму апеллировали средневековые философы и теологи, такие как Ф. Аквинский, Августин Блаженный и др., а постулаты эпикурейства вновь обратили на себя внимание, начиная с эпохи Возрождения (Августин Аврелий, 2011; Фома Аквинский, 2001).

В Новое Время важнейшие подходы к проблеме ценностей разработали Г. Гоббс и Дж. Локк, отождествившие ценность со стоимостью и сосредоточившие свое внимание на объекте (Гоббс, 1989; Локк 1985), а также Д. Юм, подчеркнувший роль аффекта при определении ценности объекта, тем самым сделавшим акцент на субъекте (Юм, 1998). Позже И. Кант также уделил основное внимание субъекту, признавая за объектами наличие определенных свойств, обуславливающих возможность удовлетворения склонностей и потребностей, что и обеспечивает ценность (Кант, 1966).

Рассмотрение феномена ценностного вне категорий морали принципиально стало возможно в результате развития идеи феноменологической редукции Э. Гуссерля, получившей развитие в начале XX века. Феноменологическая редукция состоит в редукции реальных, наблюдаемых проявлений к феноменам, с отказом от включения в него их реального статуса. Это позволяет выйти за любые оценочные категории, которые в случае с категорией ценностного заведомо делали невозможным никакое содержательное обсуждение (Гуссерль, 2009). Как пишет в исследовании по истории психиатрии О. А. Власова: «Феноменологическая психиатрия показала саму возможность органичного переплетения философии и психиатрии и создания на основе такого переплетения эклектичной философско-клинической теории. Она впервые обозначила основную проблему этой философско-клинической области – проблему

опыта психически больного человека, а также сущности и содержания патологической реальности. Попытавшись отказаться от естественнонаучных критериев нормы и патологии и следуя «правилам» феноменологической редукции, представители феноменологической психиатрии постулировали реальность патологического опыта, наделив психическое заболевание онтологическим статусом и вписав его в экзистенциальный порядок бытия» (Власова, 2010, с. 23).

Пересечение в феноменологии подходов медицины и философии дало возможность рассматривать проблему ценностей без привязки к социально обусловленным дихотомиям как «зло – добро», а сосредоточиться на понятии ценностей как таковых.

В. К. Шохин подчеркивает несостоятельность изучения абстрактного и абсолютного в сфере ценностного и настаивает на персоналистическом аксиологическом дискурсе, т.е. необходимости изучения ценностей не просто как значимостей-самих-по-себе, а как значимостей-для-кого-то (Шохин, 2006).

М. Фуко говорил: «Ошибаются и те, кто хочет исчерпать сущность болезни ее психологическими манифестациями и отыскать в психологическом объяснении путь к выздоровлению. Стремиться оторвать больного от условий его существования, а болезнь – от условий ее возникновения означает ограничиваться той же абстракцией и разделять психологическую теорию и социальную практику интернирования, т. е. стремиться удержать больного в его отчужденной экзистенции. Настоящая психология должна освободиться от тех абстракций, что затемняют истину болезни и отчуждают реальность больного, поскольку, когда мы говорим о человеке, абстракция не является лишь простой интеллектуальной ошибкой; настоящая психология должна избавиться от этого психологизма, ведь, как и любая наука о человеке, она должна быть нацелена на его освобождение» (Фуко, 2009, с. 218-219).

Таким образом, ценностный подход возвращает нас к идеям М. Фуко

за счет возвращения пациенту общечеловеческих свойств, необходимой иерархии ценностей, определяющей модус бытия человека не в меньшей степени, чем симптом. Благодаря индивидуальному обращению к ценностному пациент способен преодолеть закон идентичности. Он перестает быть набором проявлений (симптомов), имея возможность в рамках ценностного диалога с психологом/психиатром демонстрировать свой истинный экзистенциальный, бытийный выбор. Фактически о том же говорил в своем философском завещании Ф. Гваттари: «Акцент следует поставить, прежде всего, на восстановлении коллективного диалога, из которого могут возникнуть совершенно новые творческие практики» (Guattari, 1992). Введение категории ценностного в клиническую психологию, а также разработка инструментария для его исследования может помочь решению проблемы отчуждения человеческого в человеке при работе с психиатрическими пациентами.

Увеличение интереса к проблеме ценностей случалось в философии, а после в психологии и смежных дисциплинах, периодами. Одна из волн пришлась на годы после Второй мировой войны, когда мощнейшие дегуманизирующие режимы поставили перед человечеством вопрос о том, насколько вообще возможно экзистенциальное осмысление мира. События первой половины XX века – две мировые войны, опыт построения диктатур в Европе, Нюрнбергский процесс и т.д. вызвали этический кризис (фактически во всех областях гуманитарного знания были сформулированы вопросы категории «возможно ли искусство после Освенцима?»). В первую очередь это касалось сферы ценностного, так как, пожалуй, самые страшные события прошедшего периода касались столкновения различных ценностей: ценность общности нации в столкновении с ценностью равенства людей вне зависимости от национальной принадлежности, ценность человека в сравнении с ценностью идеи. В результате решения этой этической дилеммы ценности стали рассматриваться как трансцендентный феномен вне привязок к конкретным поведенческим проявлениям. Только в этот

момент в сфере исследований ценностного вошло положение об онтологической нейтральности феномена, постулированное К. Ясперсом (Ясперс, 2000). Можно сказать, что в конце XIX – начале XX века в момент плотной стыковки психиатрии и философии прошла первая стадия феноменологической редукции – эйдетическая редукция, то есть устранение всех референций от индивидуального к особенному, что позволило изменить методологию исследований.

Начавшийся вслед за этим процесс глобализации привел к интенсивному обмену материальными и духовными ценностями разных общностей, что поставило вопрос о существовании универсальных ценностных ориентаций, обладающих значимостью для всего человечества. Ценности, которые будут актуальны для всех, вне зависимости от конкретной культурной принадлежности, или от «нормального» или «патологического» опыта человека. Этот процесс прямым образом повлиял на психологию ценностей, пытающуюся найти и выразить баланс между индивидуально-культурным и общечеловеческим.

*Таким образом, западноевропейская философия оставляет для ценностного одно из центральных мест, кульминацией чего стало выделение отдельной отрасли философии – аксиологии. В своем развитии аксиология проходит путь от отдельности объекта и субъекта ценностного, приходя к пониманию их неразрывного единства. Что приводит к утверждению постулата о «двойственной» природы ценностного. Этот постулат оказывает решающее значение на социологию и психологию. Кроме этого, современная аксиология ставит задачу исследования **ценностей как значимостей-для кого-то, а не самих по себе, то есть в исследование должно быть направлено на субъективно близкие ценностные ориентации.** Постановка задачи изучения мышления о ценностях в рамках ценностного диалога с психологом, а также разработка подходящего инструментария может решить проблему отчуждения при работе с психиатрическими*

*пациентами, смещая акцент с диагностического в реабилитационный.*

### **1.1.2. Социологический подход к пониманию ценностных ориентаций**

Для психологии ценностей и в отдельности для клинической психологии важным источником служат исследования ценностных ориентаций в социологии. Начиная с классических работ М. Вебера, Дж. Дьюи, У. Томаса, Ф. Знанецкого, П. Сорокина, Т. Парсонса, изучение ценностей продолжается в современной западной науке в исследованиях П. Блау, Ш. Шварца, М. Рокича, Р. Будона, Р. Инглхарта, К. Клакхона, Ю. Хабермаса, Н. Элиаса, А. Этциони, Х. Йоаса, Х. Зеттерберга, М. Кона и других. В отечественной социологии к проблеме ценностей обращались А. Здравомыслов, В. Ядов, Т. Любимова, Н. Корж, И. Сурина, В. Спиридонова, В. Бакиров, А. Ручка, Е. Подольская, И. Попова и многие другие ученые.

Особый интерес представляют современные кросс-культурные исследования ценностных ориентаций, которые позволяют выделить культурно-историческую составляющую аксиологического мышления и делать гипотезы о его нормативном состоянии.

Несмотря на глубокую проработку и интерес к проблеме ценностей, у социологов также нет сформированной теории ценностей или социологии ценностей как состоявшейся отраслевой дисциплины.

Однако в социологии сделано очень многое для определения типологий ценностей. Ценности разделяются на материальные и духовные, индивидуальные и социальные, субъектные (цель, оценка, установка) и предметные (результаты деятельности, объекты ценностного отношения). Кроме этого, выделяются локальные и универсальные, природные и культурные, абсолютные и относительные, конкретно-исторические, ситуационные, общечеловеческие («вечные»), моральные, нравственные,

эстетические, религиозные, научные, экономические, политические и национальные типы ценностей.

В социологии ценности рассматриваются как продукт коллективный, имеющий длительную историю формирования, но сформировавшись, они задают некоторые господствующие ценности в рамках данной общности (Щепаньский, 1969). По мнению отдельных авторов, социология стала по-настоящему эффективным учением об обществе, только когда в ее основу был положен метод Г. Риккерта «отнесения к ценностям» (Риккерт, 1998), а позднее предложена концепция «социальной ценности» Ф. Знанецкого (Знанецкий, 1994).

Взгляд на приоритетность «коллективных представлений» был заложен создателем французской социологической школы Э. Дюркгеймом, согласно которому ценности являются не только индивидуальным оценочным принципом, но могут становиться и «надобщественным» принципом поведения, доминирующем в некой общности (Дюркгейм, 1991).

В дальнейшем, в частности работах М. Вебера, интерес сместился к социальным значениям объектов и деятельности, выбирая определенный тип поведения в социуме, человек ориентируется не только на собственные цели, но и на общество (Вебер, 1990). При этом усвоение ценностей больших общностей обычно опосредовано ценностями малых референтных для субъекта групп (Арутюнян, 1979), а зачастую требует включения субъекта в коллективную деятельность, которая направлена на реализацию определенной ценности (Додонов, 1978).

В том же ключе рассуждает А. Г. Здравомыслов, подчеркивая установку личности на отдельные ценности материальной и духовной культуры общества. По его логике, ценности, в целом, возникают из интереса, в который преобразовались потребности (Здравомыслов, 1986). Однако первыми об установке писали У. Томас и Ф. Знанецкий, отмечая, что влияние внешней среды на индивида осуществляется не прямо, а благодаря оценке данной среды и самого себя в ней индивидом (Томас,

Занецкий, 1994).

Частью иерархии потребностей человека, побуждающего его к тем или иным действиям, является «система ценностных ориентации личности, которые регулируют поведение и деятельность личности в наиболее значимых ситуациях ее социальной активности, в которых выражается отношение личности к целям жизнедеятельности, к средствам удовлетворения этих целей, т.е. к обстоятельствам жизни личности, детерминированным общими социальными условиями, типом общества, системой его экономических, политических, идеологических принципов» пишет Г. М. Андреева (Андреева, 2003, стр. 210).

Одной из современных тенденций в социологическом подходе к проблеме ценностей можно выделить попытку социологической интерпретации экзистенциальных ценностей. А. С. Мельников склоняется к определению экзистенциальных ценностей как конечных и терминальных, не подчиняющихся ценностям более высокого порядка. Поскольку исходным постулатом экзистенциализма является утверждение примата существования над сущностью, то и ценности обладают невербально-эмоциональным характером и рационализируются уже позже, на других уровнях. Соответственно ценность как оценка присутствует в каждом акте восприятия человека, независимо от того осознает он это или нет (Мельников, 2008). Данная позиция не противоречит подходу экзистенциальной социологии (Э. Тирикьян, калифорнийская школа), а в своей крайней форме выражается в концепции гарвардского профессора М. Хаузера, которая вызвала большой научный и общественный резонанс и выразилась в утверждении существования врожденного, подсознательного «морального инстинкта», действующего независимо от пола, образования и вероисповедания (Hauser, 2006).

В постсоветской трактовке экзистенциальной природы ценностей нашла наиболее полное выражение в исследованиях Л. Баевой, которая указала на необходимость создания экзистенциальной аксиологии –

неоэкзистенциального подхода, направленного на изучение ценностей индивидуального бытия, смыслозначимых приоритетов жизнедеятельности личности, экзистенциального выбора в условиях глобализационного плюрализма (Баева, 2004).

Особый интерес представляют собой масштабные исследования ценностных ориентаций, предпринятые такими исследователями как Р. Ингларт в рамках исследовательских проектов World Values Survey (WVS) и European Values Survey (EVS). Свою теорию о межгенерационной перемене ценностей этот исследователь строит на гипотезе значимости недостающего и гипотезе социального лага (существует временной зазор между ценностными приоритетами и социо-экономическим состоянием среды, потому что базовые ценности индивида отражают условия тех лет, которые предшествовали совершеннолетию). Таким образом, неудовлетворенные потребности определяют ценности. Основное разграничение Р. Ингларт проводит между физиологическими (поддержка существования и невредимость) и нефизиологическими потребностями (самовыражение, признание). В своих многочисленных исследованиях и статьях он утверждает, что в западном обществе произошел сдвиг от материалистических к постматериалистическим приоритетам («тихая революция»). Этот сдвиг обозначается как «постмодернизация». Экономическая безопасность больше не является синонимом счастья. И эпоха постмодерна и ее ценности ведут к падению ценностей власти и усилению ценностей самовыражения, что приводит к изменению образа и качества жизни. Р. Ингларт считает, что постмодернизация представляет собой сдвиг в стратегиях выживания (от максимизации экономического роста к максимизации качества жизни) (Ингларт, Вельцель, 2011).

Исследование Р. Ингларта представляет собой весьма авторитетный социологический проект и имеет большое значение для определения культурно-исторического ценностного среза. Одновременно с этим для некоторой части россиян соответствие ценностному мейнстриму является

важной задачей – считается, что европейские ценности могут сделать нас более счастливыми, регулярно организуются сравнительные исследования. В частности, В. Магун с коллегами показывает в своем исследовании, что россияне ценят стабильность и ценности самоутверждения больше, чем открытость к изменениям и ценности заботы. Россияне ценят самоутверждение больше, чем в Великобритании, например (Магун и др., 2015). И тренд направлен на постоянный рост индивидуалистических ценностей. Социолог Э. Панеях сравнивая различные исследования на русских выборках, делает вывод, что на основании сравнений ценностей не получается выделить особый для России статус. И, возможно, дело не в том, что ценности «ненормальные», просто они «слабые» и плохо регулируют поведение (Панеях, 2016).

М. И. Гаськова в аналитической работе отмечает, что в современной социологии присутствуют два полюса в интерпретации понятия «ценности». Один из них связан с узкоконкретизирующим подходом, представляющим ценность как некий объект, в сущности, мало чем отличимый от «материального» – ценность как нечто, что можно точно измерить благодаря количественным эмпирическим методам (такое понимание ценностей характерно для позитивистски направленной социологии, которая доминирует в российской науке на данный момент). На другом полюсе находится понимание ценностей как чего-то «текучего», существующего практически во всех контекстах человеческого бытия (Гаськова, 2015). Как отмечает В. И. Кабрин, человеку свойственно акцентировать то, что имеет для него какую-то ценность, вне зависимости от того, осознает он это или нет, поэтому все средства выражения человека в различных сферах деятельности (культуре, экономике и пр.) образуют «ценностной универсум» человечества. Ценности определяются через открытость, коммуникацию (Кабрин, 2008).

Конечно, необходимо отметить, что методология социологических исследований ценностей существенно отличается от психологических

правил и процедур клинического исследования. Не будем останавливаться на критике этой методологии – у нее совсем другие задачи. Однако клиническая психология не может игнорировать данные, полученные в этих исследованиях, так как они выдвигают важные гипотезы и ставят принципиальные вопросы об устройстве нормативного состояния ценностной сферы в культурно-исторической перспективе, в конечном счете уточняя явление «социальной направленности», весьма важного для патопсихологии.

*Исследования ценностей в социологии указывают на то, что в клиническом исследовании должно быть учтено современное состояние ценностных ориентаций определенной культурной и национальной общности. Отсюда вытекает следующее требование к патопсихологическому исследованию – оно должно включать в себя изучение соотношенности ценностей конкретного человека с ценностями того общества и культуры, в котором он живет.*

## **1.2. Исследования ценностных ориентаций в рамках психологических традиций**

Анализируя проблему ценностей в рамках психологических традиций, в большинстве случаев можно обнаружить сложности в глубоком теоретическом анализе данного феномена, использование термина «ценность» с опорой на то или иное определение в качестве операционального, применение совершенно различных классификаций ценностей.

Отдельной методологической проблемой оказывается значительное разнообразие понятий, с которым приходится сталкиваться, обращаясь к работам по ценностной тематике. Разница подходов определяется скрытым или явным ответом на вопрос: каким, собственно говоря, психологическим явлением оказывается то, что люди обозначают как «ценности»?

Различные взгляды на определение феномена ценностей, их сущность

и структуру, отражаются и на рассогласованности предлагаемых классификаций в различных подходах. Во многом психология здесь просто повторяет «на свой лад» философию и социологию, не внося в проблему ценностей психологического материала. Однако, поиск собственно «психологического» в ценностях постоянно ведется.

Дополнительные сложности для отечественной психологии внес период идеологического господства коммунистических ценностей, в связи с чем область ценностного не могла быть подвергнута радикальному переосмыслению. Отечественные психологи не имели возможности достаточно свободно работать в сфере ценностного. Можно предположить, что отчасти этим мы обязаны дополнительному развитию иных психологических понятий – мотивов, потребностей, целей и т.д. Из-за вынужденной изоляции изучение проблемы ценностей в отечественной психологии, позже, когда идеологический диктат ослаб, подверглось большому влиянию западной психологии ценностей, в частности гуманистическому подходу, который будет рассмотрен ниже.

В последнее время в научной психологии происходит активная рефлексия методологических решений и ценностных исследовательских установок. Во всех науках осознана необходимость методологической реформы (Коробейникова, 2014). В российской научной психологической среде идет активное обсуждение методологических проблем в получении психологических фактов, интеграции психологического знания (Аллахвердов, 2010; Барабанщиков, 2004; Мазилев, 2007; Розин, 2013; Шилков, 2005), статистических выводов (Наследов, 2005; Сивуха, Козьяк, 2009), проблем изучения мышления (Розин, 2011; Спиридонов, 2013).

А. Н. Кричевец, анализируя развитие проблемы ценностных исследовательских установок, указывает на позицию немецкого философа Х. Альберта. Х. Альберт настаивает на том, что развитие знания всегда связано с принятием решений, которые не могут быть окончательно обоснованы. В конечном итоге решения связаны с ценностными

убеждениями исследователей, поэтому ценности и предметные знания фактически «срачиваются» (цит. по Кричевец, 2010). Особую роль, по мнению А. Н. Кричевца, играет «подразумеваемый адресат» полученного объективного знания, в случае психологии – это коллега в широком смысле, который заинтересован в новых знаниях о «других» людях. Получаемые знания начинают носить характер перформатива. Перформатив (термин теории речевых актов Дж. Остина) – это предложение, цель которого – изменить ситуацию, а не описать ее (Остин, 2006).

А. Н. Кричевец утверждает, что современные теории личности носят характер перформатива, когда «осевые» ценности (часто даже неотрефлексированные представления психолога об истинном и должном) зачастую проецируются в предмет исследования самым непосредственным образом, и эта проекция является совершенно необходимой для важных разделов психологии. Более того, на уровне теорий личности обоснование теорий превращается в аргументацию, обеспечивающую трансляцию не знаний, а самих ценностей. В качестве примера автор приводит теорию Л. Кольберга о том, что моральные суждения развиваются от более низких к более высоким уровням. «Но на вопрос о том, какой уровень выше, невозможно найти эмпирический ответ, он может обсуждаться лишь в диалоге ценностных установок» (Кричевец, 2010, с. 13). Также, автор указывает на А. Маслоу, который хоть и осознавал проекционный характер теорий личности, но считал, что «вместо того чтобы спрашивать, какими должны быть человеческие ценности, надо спрашивать, каковы ценности лучших человеческих существ» (Маслоу, 1997, с. 196). А. Маслоу призывает изучать не патологию и отклонения, а высокую норму (Маслоу, 2002).

Перед клинической психологией перформативные теории ставят большие методологические проблемы. С одной стороны, нашей непосредственной задачей является изучение именно патологии, а с другой, мы вынуждены опираться на перформативные теории личности, которые не позволяют прикоснуться к объективному предмету исследования. Кроме

того, сама клиническая психология стоит перед необходимостью осознания своих собственных ценностных установок. Первое, на что стоит обратить внимание – само наличие нормы и патологии, этого жесткого деления, что говорит о наличии определенной ценностной установки. В ходе исследования нам удалось обнаружить некоторое убеждение клиницистов о том, что больные шизофренией не обладают ценностями вообще или что мы не можем их сравнивать с ценностными ориентациями здоровых людей. Или что все их ценности декларативны и не подкреплены жизненной практикой. Подобная позиция вновь отсылает нас к проблеме стигматизации этих больных. Возможно, такой ценностной установкой можно объяснить небольшое количество исследований данной темы. Стоит, наверное, подчеркнуть, что в данном случае ценностная установка заводит научное познание в тупик.

*Таким образом, в психологическом изучении ценностных ориентаций невозможно избежать определенной субъективности и перформативности исследователя. Она должна быть осознана и учтена в обсуждении результатов. Перформативность данного исследования заключается в том, чтобы изменить существующую ситуацию – изучение личности больного шизофренией вне его ценностных ориентаций.*

### **1.2.1. Гуманистическая традиция исследований ценностных ориентаций**

Понятие гуманизма и ценностей гуманизма в XX веке подверглось радикальному переосмыслению. События XX века часто ставили людей в ситуации, где приходилось делать нелегкий выбор, и ориентиром в нем для многих становились именно гуманистические ценности. В рамках переосмысления переживаний, придающих смысл человеческому существованию даже в экстремальных условиях, был сделан основной шаг к современному понятию гуманистических ценностей.

Э. Фромм охарактеризовал эту проблему так: «Одно из двух: или западный мир окажется способным возродить гуманизм, узловой проблемой которого является наиболее полное развитие человечности, а не труд или производство, или же Запад погибнет, как и многие другие великие цивилизации» (Фромм, 1992, с. 373).

Исторический контекст подтолкнул развитие гуманистического и экзистенциального направлений в психологии, опирающихся на феноменологическую философию. Философской базой гуманистической психологии являлся широко понимаемый экзистенциализм. Экзистенциализм, воспринятый в психологии, привел к появлению таких областей науки и практики как экзистенциальный анализ и феноменологическая психиатрия. Еще в начале XX века философия и психиатрия искали ответ на вопрос, что есть человек. Феноменология Э. Гуссерля, М. Шелера, Т. Липпса, М. Гайгера, А. Райнаха, интуитивизм А. Бергсона, фундаментальная онтология М. Хайдеггера, описательная психология В. Дильтея, понимающая социология М. Вебера, неокантианство П. Наторпа, а также многие другие философские теории использовались для переосмысления области патологии, в попытке ответить на этот вопрос.

В этот период ценности стали концептуализироваться через понятие смысла жизни. Для В. Франкла, строившего свою концепцию логотерапии, исходя из опыта, полученного в экстремальной ситуации лагерей уничтожения, специфическими характеристиками человека стали духовность, свобода и ответственность. Для него духовность – это осмысленное существование человека, что означает свободное самоопределение в мире ценностей. Именно смысл, согласно В. Франклу, является фундаментальной мотивационной силой в людях. Для того чтобы жить человек должен видеть смысл во всем, что он делает. «Смысл нельзя дать, его нужно найти», (Франкл, 1990 с. 38), он уникален для каждого, и может осуществляться лишь самим человеком.

В. Франкл классифицирует ценности следующим образом: то, что, мы даем жизни — это ценности творчества, которые «реализуются в продуктивных творческих действиях», причём насколько это действия малы или велики в человеческих глазах не имеет принципиального значения. И то, что мы берем от мира — это так называемые ценности переживания: «чувствительность к явлениям окружающего мира – например, благоговение перед красотой природы или произведений искусства». Позиции, которые мы занимаем по отношению к конкретным событиям или ценности отношения. Здесь речь идет в основном о реакции человека на ограничение его возможностей, «отношение человека к судьбе, выпавшей на его долю» (Франкл, 1990, с. 174, 301-302).

Если стремление, видение смысла в окружающем мире подавлено или отсутствует, человек приходит к состоянию экзистенциального вакуума. Сам по себе экзистенциальный вакуум может привести к развитию неврозов, в этом случае специфическую клиническую симптоматику В. Франкл называет ноогенными неврозами и определяет их как невроз, в основе которого лежит духовная проблема или моральный конфликт (в отличие от проблем инстинктов) (Франкл, 1990).

Как отмечает В. В. Летуновский в своей аналитической работе, ряд идей В. Франкла тесно пересекается с идеями ведущих отечественных психологов (Летуновский, 2001). Это и оппозиция глубинной и вершинной психологии в работах Л. С. Выготского и общий пафос вершинной психологии, как науки, изучающей «не глубины, а вершины личности» (Выготский, 1983, с. 166). И неразрывная связь бытия и сознания, человека и мира, артикулированная С. Л. Рубинштейном, как данность, первичная к своим атрибутивным свойствам (Рубинштейн, 1998). И предметная деятельность человека, связующая воедино субъект и его мир (Леонтьев А.Н., 1977). Все эти основания являются важными составляющими в изучении ценностей личности, не только условно здоровой, но и с перенесенным опытом психического расстройства.

Если В. Франкл и его смысловая терапия работали с индивидуальными ценностями, отталкиваясь от философии, то такие психологи как Дж. Бьюдженталь, А. Маслоу, К. Роджерс и другие деятели гуманистической психологии пытались определить ценности, обращаясь также к общественным наукам. Возникнув отчасти как протест против и бихевиоризма, и общих дегуманизирующих практик тогдашнего общества, гуманистическая психология обратила внимание на высшие ценности человека, такие как свобода, любовь, творчество и т.д.

Дж. Бьюдженталь полагал, что каждый человек – житель своего отдельного мира. Работа со своей субъективностью, переживание ее, с его точки зрения, и составляли истинную область психологии. Система конструкторов «человек-и-мир» позволяет человеку определить, что истинно ценно для него. Ответить на такие вопросы, как: «Что важно в жизни?», «Что приносит удовлетворение?», «Что приносит боль и разочарование?», «Что в состоянии вызывать события или изменять положение вещей?», «Насколько я в силах влиять на то, что со мной происходит?», «Как мне добиться того, чтобы быть с теми людьми, которых я ценю, и избегать тех, кого я боюсь?», «Как мне измениться, чтобы испытывать больше удовлетворения и реже разочаровываться?».

Эти вопросы привели Дж. Бьюдженталь к выделению двух уровней целей: дефицитарный уровень целей – когда усилия психотерапевта сосредоточены на проблемах дефицитарного типа, т.е. на устранении (уменьшении) негативных переживаний из-за нехватки чего-либо, на корректировке условий, от которых человек страдает (Бьюдженталь, 1998).

И второй уровень - бытийный уровень целей – смысл не в том, чтобы вернуть человека к неким предполагаемым «хорошим условиям», которые были раньше, а в том, чтобы человек двинулся дальше, к более богатой и осмысленной жизни, чем он знал до сих пор (Бьюдженталь, 1998).

Систему, включающую как человека, так и мир, разделял и К. Роджерс, сформулировавший концепт условий ценностей.

«Я-концепция» и условия ценности К. Роджерса, в свою очередь, выдвигают на первый план признание социумом. В отличие от предыдущих концептов, он попытался создать теорию, объединяющую как влияние общества со стороны условий ценности, так и гештальт «Я» как сочетание осознанного восприятия и ценностей. В своих работах К. Роджерс, задаваясь вопросом о ценностных измерениях, для формулировки общей для людей цели приводит кьеркегоровское «Быть тем, кто ты есть на самом деле» (Кьеркегор, 2010). Отталкиваясь от этого К. Роджерс приходит к таким ценностям как процесс становления личности, процесс самоактуализации, процесс творческой адаптации личности, и, наконец, процесс в ходе которого знание преодолевает свои границы (Роджерс, 1994).

Но более подробно, нежели К. Роджерс, о самоактуализации как ценности говорил А. Маслоу, определявший самоактуализацию как полное использование наличных талантов, способностей, возможностей и т. п. (Маслоу, 2011). Для А. Маслоу самоактуализация – процесс, позволяющий перейти от дефицитного познания и дефицитных ценностей (ориентированных на удовлетворение какой-то «недостаточности», то есть не удовлетворенной или фрустрированной потребности), к бытийному познанию и бытийным ценностям. В концепции бытийных ценностей А. Маслоу характеристики бытия представляют собой также ценности бытия. Выделяемые А. Маслоу ценности, такие как истина, добро, красота, целостность, преодоление дихотомии, жизненность, уникальность, совершенство, необходимость, полнота, справедливость, порядок, простота, богатство, легкость без усилия, игра, самодостаточность, с его точки зрения, составляли систему ценностных координат (Маслоу, 2002).

Основатели гуманистической психологии, разрабатывавшие такие концепты как работа с субъективностью, «Я»-концепция или самоактуализация, исходили из того, что подлинные ценности бытия существуют, и стремление к ним – неотъемлемый фактор полноценного становления человека. L. Feuer проводит различие между подлинными и

ложными ценностями, считая что первые являются выражением первичных устремлений организма, а вторые порождены тревогой. Соответственно, есть ценности, которые призваны выразить свободу личности и ценности, которые должны ее подавить с помощью страха и запретов (Feuer, 1955).

Концепт подлинных ценностей сильно повлиял на последующие исследования ценностной сферы. Многие исследователи, реализуя послание гуманистической психологии, ищут подлинные, истинные, декларируемые и тому подобные ценности. Здесь можно позволить себе критику, указав на противоречивость и явную перформативность этой позиции, понятной для своего времени, нуждающегося в определенной надежде о человеческой природе. Если мы рассматриваем человека системно, то вынуждены смириться с тем, что все части системы необходимы и находятся на своем месте. Таким образом, в системе ценностных ориентаций конкретного индивида ценности, порожденные стремлениями организма не менее важны, чем те, что порождены тревогой. Защиты не менее важны, чем реализуемая свобода. Таким образом, становясь на детективную позицию исследователя, ищущего подлинные ценности, в противовес ложным, мы неизбежно впадаем в диагностический субъективизм, не вполне уместный в исследовании ценностной сферы. Диагностический субъективизм уводит нас от сложности устройства системы ценностей, превращая их в простые дихотомии. Простая дихотомия подлинных и ложных ценностей не отражает сложности системности, подобно тому, как наличие двух полушарий мозга не исчерпывает сложность устройства головного мозга. Кроме того, в таком случае мы вынуждены отказаться от принципа непредвзятости и отказа от установок теоретических предпосылок, то есть нарушить главный принцип феноменологического подхода. Между тем, именно в клинических исследованиях ценностной сферы этот принцип представляет особую важность, поскольку таких исследований мало, и говорить о существовании ценностной нормы мы пока не можем себе позволить.

Гуманистический подход дал психологии ценностей большой материал для рефлексии и критики. И во многом в теоретических основаниях данная работа базируется на достижениях гуманистического дискурса двадцатого века. Общий тренд наук о человеке ведет нас к конституированию своего «Я» через «Другого». В. И. Кабрин подчеркивает, что ценность не может быть познана сама по себе в объективистском смысле, а также как нечто статическое – она познается через общение, через направленность на другого (Кабрин, 2008). Дискурс же исследования патологии, особенно шизофренического круга, до сих пор скорее идет от симптома, нежели от человека. Как отмечает А. Б. Холмогорова, гуманистическая парадигма противостоит современной биомедицинской парадигме, утверждая важность смыслов и убеждений в психической жизни человека и невозможности без учета внутренних ментальных состояний понять и объяснить психопатологию (Холмогорова, 2014).

В целом гуманистический подход выдвигает следующие гипотезы и методологические требования к исследованию. Поскольку причиной патологии постулируется нарушение в работе духовных, высших, гуманистических или как мы их обозначили далее «абстрактных» ценностей, то *нужно предпринять обязательное исследование кластера абстрактных ценностей и их соотношение с иными блоками ценностных ориентаций; а также необходимо базироваться на принципах ценностного диалога, равенности позиций исследователя и участника исследования, моделирования специального мотива – желания сообщить Другому о своих ценностях* (Бубер, 1995; Левинас, 2006; Ялом, 2007).

### **1.2.2. Когнитивный подход к исследованию ценностных ориентаций**

Одним из самых частотных терминов, используемых в психологии ценностей, является термин «ценностные ориентации». Этот термин подчеркивает важность ценностей в когнитивной картине мира и является

одним из основных в методологии исследования ценностной сферы. В концепции Дж. Роттера ценность представляет собой когнитивную операцию сравнения определенных объектов, а также выбор между ними (Rotter, 1966).

Ш. Шварц и У. Билски предложили концептуальное определение ценностей, включающее пять формальных признаков: понятие или убеждения, имеющие отношение к желательным итоговым состояниям и поведения, превосходящие специфические ситуации, управляющие выбором или оценкой поведения или событий, и упорядоченные, согласно относительной важности. Основным теоретическим предположением Ш. Шварца и У. Билски является то, что ценности представляют собой когнитивные репрезентации трех универсальных человеческих потребностей – *потребности индивидов как биологических организмов, потребности координации социального взаимодействия и потребности сохранения и благополучия социальных групп*. При этом на основе различий в мотивационном содержании ценностей Ш. Шварц и У. Билски, разработали типологию, которую они считают универсальной (Шварц, 2008).

Первое измерение противопоставляет ценности самозащиты и избегания тревоги, ценностям, которые выражают рост и развитие, свободные от тревоги. Второе измерение противопоставляет ценности, фокусирующиеся на личной выгоде, ценностям с акцентом на социальных результатах. Третье и четвертое измерения различали четыре набора ценностей, где ценности Открытости изменениям противопоставляются ценностям Сохранения, а ценности Заботы о других – ценностям Самоутверждения. Совместимость или конфликт между целями каждой пары ценностей помогают в определении их местоположения в мотивационном круге (Шварц, 2008).

Как отмечают Т. П. Бутенко с соавторами, теория базовых ценностей Ш. Шварца в последние 20 лет послужила основой сотен исследований

(Шварц и др., 2012). Ее устойчивость и воспроизводимость была показана на больших репрезентативных выборках в широком круге кросс-культурных исследований в различных странах. В настоящее время разработана усовершенствованная теория базовых ценностей, которая основывается на центральном положении исходной теории о том, что ценности предстают в виде кругового мотивационного континуума. Усовершенствованная теория делит континуум на набор из 19 концептуально отличных ценностей, призванных, по мнению авторов, обеспечить большую эвристическую и предсказательную силу теории. Среди них оказались следующие ценности: самостоятельность мысли, самостоятельность поступков, стимуляция, гедонизм, достижение, власть (доминирование), власть (ресурсы), репутация, безопасность личная, безопасность общественная, традиция, конформизм (правила), конформизм межличностный, скромность, универсализм (забота о других), универсализм (забота о природе), универсализм (толерантность), благожелательность (забота), благожелательность (чувство долга) (Шварц и др., 2012).

Сходная трактовка ценностей в качестве мнений, представлений или убеждений встречается в работах М. Рокича (Rokeach, 1973, 1979), А. А. Ручка (1976), В. Брожек (1982). В качестве основных признаков ценностей М. Рокич выделяет их влияние на практически все важные социальные феномены, наличие истоков ценностей в культуре и обществе, системную организацию ценностей, их небольшое количество, а также обладание различными людьми одной популяции сходными ценностями, но в различной степени (Rokeach, 1973).

Именно в когнитивном подходе к проблеме ценностей была создана наиболее известная в России методика изучения ценностных ориентаций на данный момент, в основе которой лежит метод ранжирования терминальных и инструментальных ценностей. Первоначальная адаптация теста для использования в России была проведена А. Гоштаутасом, А. А. Семеновым и В. А. Ядовым (ИСЭП), дальнейшая работа проводилась Д. А. Леонтьевым

(МИЦО) по проверке и улучшению психодиагностических возможностей (Леонтьев, 1992). Не менее популярным является опросник Ш. Шварца, представляющий собой теоретически обоснованную методику с определенной внутренней содержательной структурой ценностей, причем охватывающий достаточно широкий их спектр (Карандашев, 2004; Шварц, 2008), что позволяет исследователям вести дальнейшую работу по ее адаптации и модификации (Мотков, Огнева, 2008; Шварц и др., 2012).

*Таким образом, данный подход позволяет сформулировать требования к исследованию ценностей в клиническом исследовании: ценности могут изучаться в качестве когний, оперирование с которыми включает в себя основные операции мышления (сравнение, категоризация, оценка и так далее).*

### **1.2.3. Подходы, исследующие ценностные ориентации через другие психологические понятия (направленность личности, смыслы, мотивы и потребности)**

Среди психологических подходов к исследованию ценностных ориентаций получили большое распространение теоретические модели, изучающие их не непосредственно, а через другие психологические понятия: направленность личности, смыслы, потребности и мотивы. Большая часть работ посвящена изучению иерархии этих психологических феноменов и их классифицированию.

Отдельно многими авторами подчеркивается большая связь личностных ценностей с мотивами, а не только с потребностями (Мейли, 1998; Миславский, 1991; Шибутани, 1969; Allport, 1961; Murray et al., 1938 и др.).

В подходе Р. Мейли понятие ценностей отдельно не анализируется, однако указывается, что в основе субъективной иерархии ценностей лежит структура, называемая «мое», являющаяся источником побуждений и включающая в себя экзистенциальные, морально-этические и социальные

категории (Мейли, 1998). Т. Шибутани выделял в определении ценностей аспект интереса, а также подчеркивал значения, которые они несут для индивида (Шибутани, 1969).

Существуют классификации, представляющие связь понятия ценностей со смысловой сферой. Эта сфера личности представляет собой иерархически организованное образование, являясь высшим уровнем в структуре психики и представляя собой систему смыслов от прагматических и ситуационных до трансцендентных (Братусь, 1981), обеспечивающих регуляцию целостной жизнедеятельности индивида во всех ее аспектах (Леонтьев, 1999).

По мнению Ю. М. Жукова понятие ценности стоит применять, характеризуя отношение человека к миру, но при этом отличием ценностей от норм является то, что они связаны исключительно с идеалами (Жуков, 1976). Аспект отношения также подчеркивается Р. Х. Шакуровым, который определяет ценности как устойчивые и упорядоченные, но при этом осознанные и положительные эмоционально-оценочные отношения личности к определенным объектам (цит. по Обуховский, 1981).

Отдельно стоит отметить концепции, согласно которым ценности признаются явлениями духовного порядка, превращаясь в ограниченное количество определенных идеалов личности, неделимых, вечных и равнозначных, которыми невозможно поступиться ни при каких обстоятельствах, потому что они бесценны (Василюк, 1984; Бобнева, 1978).

В описанных психологических подходах и концепциях термин «ценность» активно используется авторами, однако существует ряд других исследователей и теоретиков, которые либо избегают употребления данного термина, либо используют его крайне редко.

В этом ключе важно упомянуть о взглядах А. Н. Леонтьева (Леонтьев, 1981), выделяющего смыслы, личностные смыслы, смыслообразующие мотивы. Именно эти понятия наполняют основное содержание отечественной психологии ценностей и развивались многочисленными

авторами. Первоначально под смыслом А. Н. Леонтьев понимал «собственные жизненные отношения» человека (Леонтьев, 1977, с. 278), подчеркивая, что это субъективно-объективная категория, однако акцентируя связь этой категории с мотивационной сферой. Позже он трактует базовую структуру личности как иерархию ее мотивационно-смысловых образований, где мотивы, выполняющие функцию смыслообразования, всегда занимают более высокое положение. С другой стороны, личностный смысл всегда можно раскрыть через соответствующий мотив (Леонтьев, 1981).

В концепции Б. Г. Ананьева направленность личности на определенные ценности и составляет ценностные ориентации личности. При этом, выступая как системообразующее свойство личности, направленность определяет весь ее склад, включая цели, мотивы, субъективные отношения к тем или иным сторонам действительности (Ананьев, 1968). «В глобальном плане направленность можно оценить как отношение того, что личность получает и берет от общества (имеются в виду материальные и духовные ценности), к тому, что она ему дает, вносит в его развитие» (Ломов, 1984, с. 311).

Ориентации личности изучались в норме в различных исследованиях, и широко как фактор развития и существования личности в целом (Алексеева, 1984; Анурин, 1982; Гудечек, 1989; Донцов, 1974; Непомнящая, 1980 и др.), и более специализированно, например в связи с различными личностными качествами представителей разных социальных групп, например профессиональных (Гаврилов, 1995), а так же групп с девиантным поведением (Ярошук 1997; Дворянчиков, Ениколопов, Сокольская, 2010).

В приведенных концепциях очевидным является взгляд на ценности как на нечто внешнее по отношению к личности, находящее вне ее, когда личность лишь имеет ориентации на них, превращает их в смыслы своей жизни. Осознавая связанные с проблемой ценностей противоречия, от такого взгляда не удалось уйти и А. Г. Асмолову (Асмолов, 2007), Б. С.

Братусю (Братусь, 1981) и Д. А. Леонтьеву (Леонтьев, 1999), в работах которых широко используются термины «смысло-жизненные ориентации личности», «смысловая сфера личности», «мотивационно-смысловая сфера».

В концепции Д. А. Леонтьева ценности возникают, как высший уровень в смысловой структуре, представляющий собой устойчивый источник смыслообразования, в то время как личностный смысл, смысловая установка и мотив возникают и функционируют лишь в рамках отдельно взятой деятельности. Именно такое представление отражает включение ценностей как составляющей в когнитивной, и в мотивационно-потребностной сфере личности. Выделяя три формы существования ценностей (общественные идеалы, предметное воплощение их в «продуктах» конкретных людей, мотивационные структуры личности или «модели должного»), Д. А. Леонтьев подчеркивает их переход друг в друга. В свою очередь это приводит, с одной стороны, к усвоению ценностей социальных групп и их трансформации в ценности личностные (интериоризация), а с другой стороны, к движению от индивидуальной мотивационной структуры с опорой на собственные потребности к структуре, где доминирующее место занимают ценности (социализация) (Леонтьев, 1999).

При всей очевидной значимости этих работ и их важного места в психологии, заметим, что исследование ценностей через их дериваты обоснованно критикуется (Морогин, 2006).

Б. С. Алишев, пытаясь избежать ограничений объектно-предметного и субъективного подхода к пониманию ценностей, определяет их как «функциональные связи между субъектом и объективным миром, имеющие конкретную модальность, обусловленную их содержанием» (Алишев, 2003, с. 130). Это, по его мнению, позволяет преодолеть противоречия между сформировавшимися в современной аксиологии течениями и приблизиться к разработке собственно психологической теории ценности. Б. С. Алишев

также отмечает, что феномен ценности представляет собой конечное психологическое основание при определении человеком значений (или смыслов) фактов и событий в ситуации формирования у него мотивов действий и деятельности (Алишев, 2003).

Б. С. Алишев считает, что именно такое понимание сущности ценностей позволяет объединить существующие трактовки. В этом случае содержание связи (функциональная модальность определения значений) оказывается близким к тому, что под ценностью понимают трансценденталисты (ценность – абстрактная, идеальная сущность); мера ее приоритетности оказывается близкой тому, что подразумевают сторонники позитивистского подхода (ценность – определяемое субъектом значение) (Алишев, 2003).

Он также полагает принципиальное единство психологического содержания понятий значение, смысл и мотив. Обозначаемые ими феномены рассмотрены как дериваты (производные) ценности соответственно в познании и предметной деятельности, обеспечивающие в совокупности преодоление непрерывно возникающей в системе «субъект – объект» неопределенности (Алишев, 2003).

*Таким образом, работы, использующие в качестве исследования ценностей их дериваты, не позволяют изучать ценности в качестве окончательных психологических оснований. Необходимо создание специальных экспериментальных условий для разворачивания рефлексии и осмысления ценностных ориентаций участником исследования. Что могло бы помочь обеспечению специальной деятельности человека – мышления о ценностях.*

#### **1.2.4. Клинические исследования ценностных ориентаций**

Исследования, посвященные изучению ценностных ориентаций, их предпочтительности, стали широко распространенными в конце XX – начале XXI века. Обзор работ, посвященных этой тематике, показывает, что

в основном решается вопрос о специфичности ценностей в разных возрастных периодах (особенно у подростков), в различных профессиональных группах (здесь большой популярностью пользуются педагоги, психологи и работники силовых структур), гендерных групп.

Анализ отечественной и зарубежной литературы не оставляет сомнений: клинически ориентированных исследований ценностной сферы явно недостаточно. Такая ситуация выглядит двусмысленной на фоне огромного количества подобных работ в психологии личности. Исследований ценностных ориентаций больных шизофренией – основного психического расстройства (Чуркин, 2011) – очень мало. Тем важнее остановится на них более подробно.

Среди клинически ориентированных работ стоит указать исследование И. А. Сапаровой (Сапарова, 1989), посвященное изучению ипохондрической симптоматики у больных разной нозологии, особенности и развитие которой оказались связанными с уровнем смысловой регуляции, отражающим именно ценностное опосредование бытия. К ипохондризации, вне зависимости от нозологии, приводили обедненность, суженность связей личности с миром, невозможность ценностно-смыслового опосредования бытия, негибкость, ригидность позиций, ценностей, смыслов, мнения (Сапарова, 1989).

Д. А. Леонтьев, отмечая проблему удельного веса потребностного и ценностного компонента в структуре мотивации, обращает внимание на клинические модели, в которых доминирует ценностный компонент при незначительном вкладе потребностей, в том числе биологических (Леонтьев, 1999), что, в частности, на примере больных нервной или психической анорексией рассматривали в совместной работе Б. В. Зейгарник и Б. С. Братусь (Зейгарник, Братусь, 1980).

Изучение ценностной структуры людей, страдающих алкоголизмом, позволило А. Н. Грязнову выделить такие значимые для них ценностные блоки, как: семейная жизнь, материальные ценности, личностные качества,

развитие и самосовершенствование. При этом большое количество взаимосвязей между отдельными ценностями привело автора к выводу о достаточной целостности и интегрированности ценностной сферы, однако реальными ценностями, влияющими на образ жизни алкоголиков, оказались лишь те, которые связаны с удовлетворением от присущего им образа жизни. У анонимных алкоголиков ценности имеют большую значимость, а удельный вес приобретают общечеловеческие ценности и ценности блока активная жизнь (Грязнов, 2013).

А. В. Немцевым было проведено исследование больных, страдающих депрессивными расстройствами (Немцев, 2010). При использовании герменевтического метода анализа интервью, было обнаружено «недоразвитие духовных смыслов», что проявлялось в подчиненном положении духовных смыслов в индивидуальной ценностно-смысловой иерархии.

Исследование ценностных образований у больных эпилепсией, по данным Л. И. Вассерман и Е. А. Трифоновой, показало, что у сохранных (в когнитивном плане) больных глобальной деструкции ценностей не отмечается: они сохраняют полную идентификацию с микро- и макросоциальным окружением в том, что касается ценностей-целей, и ценность «здоровье» у них не занимает ведущее место. При этом инструментальные ценности, или ценности-средства достижения целей, меняются по сравнению с нормой весьма отчетливо. Содержательно это отражает высокий уровень психической ригидности (когнитивной и эмоциональной) в конкретных формах жизненного функционирования, например утрированные формы «приверженности социальным нормам, старательности», «твердой воли», «ответственности» и др. Авторы предполагают, что в этом проявляются специфические для эпилепсии характерологические особенности, хорошо известные из литературы (Вассерман, Трифонова, 2011)

Исследование ценностных ориентаций больных шизофренией в

сравнении с невротическими расстройствами показывает, что терминальные ценностные установки больных шизофренией носят главным образом социоцентрическую направленность, эгоцентрическая направленность терминальных ценностных ориентаций больных шизофренией развита в большей степени, чем у пациентов с невротическими расстройствами, они придают большую значимость ценностям, связанным с самоактуализацией и самореализацией. В то же время установки больных невротическими расстройствами более нормативны, социально приемлемы и ориентированы на внутреннюю гармонию, свободу от внутренних противоречий, сомнений; на счастливую семейную жизнь; на отсутствие материальных затруднений; здоровье, а также на любовь (Голенищенко и др., 2009).

Также в современных исследованиях обозначена возможность рассматривать особенности смысловой и ценностной сферы для хорошей компенсации психического расстройства. Так, Е.П. Кочеткова, Т.Г. Бохан, А.Л. Ульянич предполагают, что в системе лечебно-реабилитационных мероприятий психологическая коррекция, направленная на расширение, трансформацию, структурирование жизненных смыслов будет способствовать расширению психологических ресурсов адаптации больных шизофренией, снижая риск их агрессивного поведения, предотвращает развитие госпитализма, появление социальных потребностей (Кочеткова, Бохан, Ульянич, 2014).

Среди зарубежных клинических исследований достаточно популярен опросник «Тест жизненной цели» (PLI), предложенный Дж. Крамбо и Л. Махолик в 1964 г. с опорой на концепцию В. Франкла. Применение данного теста на выборках подростков-правонарушителей, а также употребляющих наркотики, больных хроническим алкоголизмом, людей, страдающих от психотических и невротических расстройств, показало, что у алкоголиков наблюдается самый низкий уровень осмысленности жизни, а у психотических пациентов несколько ниже, чем у невротических. Интересно, что осмысленность жизни оказалась более высокой у физически больных

пациентов с критическими недугами по сравнению с пациентами, страдающими менее опасными заболеваниями, что вероятно, обусловлено влиянием близости смерти на возможность проработать собственные конфликты и прийти к согласию со своей жизнью (Ялом, 1998).

Несмотря на то, что понятие «ценности» для психоаналитического подхода не является центральным и общеупотребимым, особый интерес представляет работа, в которой предпринята попытка рассмотреть феномен ценностей в рамках клинического исследования системы ценностей больных шизофренией. Изложенные авторами результаты были основаны на интерпретации сеансов индивидуальной терапии, проведенной с 40 пациентами (Stanghellini, Ballerini, 2009). Важность этого исследования состоит в том числе в том, что итальянские исследователи употребляют непосредственно понятие «ценности», не заменяя его другими, более принятыми в психотерапевтической среде. Они понимают ценности как системы отношений, регулирующих деятельность человека, которые неразрывно связаны с эмоциональным опытом.

Ценности – это убеждения, но не объективные убеждения: это не логические абстракции, они изначально даны чувствами и непостижимым образом связаны с эмоциями. Это мотивирующие чувства: они опираются на желаемые/нежелаемые цели, которые человек стремится достигнуть или старается избежать. Это общие отношения, которые выходят за пределы отдельных действий или ситуаций, что разграничивает ценности и нормы, которые касаются конкретных ситуаций и действий. Ценности служат (часто скрытым и дорефлексивным) критерием эмоционального предпочтения (больше, чем рефлексивного или рационального выбора): они управляют оценкой действий, людей (включая самого человека) и событий. И ценности создают структуру, которая внедряется в онтологическую конституцию личности: они формируют вполне логичную последовательность и таким образом наполняют и организуют человеческие эмоции (Stanghellini, Ballerini, 2009).

Соответственно, больные шизофренией обеспокоены выявлением реальности тех явлений, которые для нас являются «фактами», то есть они главным образом заняты онтологической проблемой (что такое реальность и что действительно реально). Их ценности часто связаны с этими метафизическими проблемами. Результаты приводят исследователей к мысли, что через понимание системы ценностей при шизофрении можно представить «значение» переживаний больных, смысл и мотивированность отдельных психотических симптомов.

В целом, то, как больные шизофренией живут в своих мирах, трудно исследовать. Эти явления не только недостаточно исследованы и описаны, но им также уделяется мало внимания во время учебных программ и бесед с больными. Ценности – только вершина этого айсберга. Система ценностей – это одна из «предпосылок» и «ближайшее окружение» симптомов шизофрении, как это принято оценивать и описывать (Stanghellini, Ballerini, 2009).

Авторы находят в шизофрении аксиологическую сторону и делают вывод о том, что система ценностей больного шизофренией выражает общий кризис здравого смысла. Последствия этого называются антагономия и идиономия. Антагономия отражает выбор аномальной позиции вместо обычной социальной роли и стремление быть «иным» здесь и сейчас. Идиономия отражает чувство радикальной уникальности и исключительности конкретного человека в отношении здравого смысла и других людей. Чувство радикальной исключительности ощущается как «дар», связанный с эсхатологической миссией или высшим призванием, нестандартным, метафизическим пониманием мира.

Аксиологическая сторона – это тот компонент человеческих переживаний, который описательная психопатология (и даже более того, клиническая психиатрия) часто игнорирует – справедливо отмечают авторы. Игнорирование этого вопроса подразумевает рассмотрение больных шизофренией только как людей, несущих в себе патологические

переживания и убеждения; это ставит на них стигматизирующее клеймо и способствует рассмотрению некоторых действий этих людей как непонятных и лишенных смысла. Соответственно ставит заслон для дальнейших исследований феномена «измененной личности», не позволяя обнаружить новые реабилитационные ресурсы (Stanghellini, Ballerini, 2009).

Таким образом, итальянские исследователи подчеркивают важность клинических исследований ценностных ориентаций и представляют структуру ценностей больных шизофренией как структуру, отражающую особенность, исключительность их аксиологического статуса. *Фактически эти исследователи предполагают и утверждают, что структуры ценностей больных шизофренией должны содержательно отличаться от ценностей условной нормы. Это утверждение кажется новаторским, так как исходит не из стандартного дефицитарного подхода к личности больного шизофренией.* Однако, недостаточность клинических исследований ценностных ориентаций не позволяет соединить практические знания психотерапевтов с данными научных исследований и нуждаются в дальнейшей разработке.

При изучении влияния шизофрении на ценностные ориентации остается важной необходимостью учитывать общие закономерности изменения внутренней картины болезни и личности любого больного, болеющего серьезным или смертельным заболеванием. Изменение ценностных ориентаций под воздействием болезни может задействовать механизм ценностных изменений, который А. Ш. Тхостов определяет как «сдвиг цели на мотив» (Тхостов, 1980). Может измениться сама структура ценностных ориентаций (Тхостов, Степанович, 1987). Как указывает А. Ш. Тхостов: «Структура самооценки больных менее дифференцирована, чем самооценка здоровых испытуемых, выделенные факторы являются более обобщенными, глобальными, со значимо большим вкладом в общую дисперсию. Шкалы, входящие в их состав, в большей степени взаимозависимы и сцеплены со шкалами самочувствия и здоровья. Фактор

здоровья становится у онкологических больных ведущей компонентой самооценки, его семантическое поле значительно расширяется, включая в себя качества, образующие у здоровых испытуемых самостоятельные и независимые оценки. Эти изменения не являются локальными, в такой же степени искажается ретроспективная самооценка и в еще большей – проспективная. Конфликтный смысл болезни разрешается перестройкой иерархии мотивов. В каждом конкретном случае результат разрешения конфликта между мотивом сохранения жизни и другими мотивами связан с характеристиками смысловых образований: их стабильностью, развитостью, включенностью в более высокие общекультурные ценностные системы, особенностями менталитета, типом отношения к жизни. Чем богаче, сформированнее и стабильнее смысловые образования, тем с меньшей вероятностью конфликтный смысл болезни будет приводить к сужению круга жизнедеятельности» (Тхостов, 2002, стр. 153). Феномен «сдвига цели на мотив» или полное переподчинение деятельности мотиву сохранения жизни может реализоваться лишь при их недоразвитии, в иных случаях это носит транзиторный, ситуационный характер и устойчивые смысловые образования способны впоследствии вновь обогатить мотивационную сферу больного» (Тхостов, 1980, с. 153).

В частности, А. Ш. Тхостов и Г. А. Арина с точки зрения изменения аксиологической структуры выделяют первичное и вторичное означение, а также личностный смысл. Где первичное означение это прежде всего вербальная формулировка симптоматики, а вторичное формирование взгляда на причину болезни (Тхостов, Арина, 1990). Г. А. Арина отмечает «сложность перехода от операциональных предметных значений к более развитым формам – вербальным» (Арина, 1993, с. 55- 56).

Часть аспектов, связанных с ценностными ориентациями и реакциями отказа, исследовалась в работах Д. В. Иконникова (Иконников, 2005), в которых рекомендованы различные виды психосоциальной реабилитации для больных вялотекущей шизофренией с реакциями отказа. Описаны

ценностные аспекты таких феноменов как капитуляция, избегание, абсентеизм (Тимофеева-Герасимова, Илизарова, 2013). Также рассматриваются реакции отказа у пациентов с шизофренией (Тхостов и др., 2005). Феномен капитуляции напрямую связан с тем, что Л. Бинсвангер называл шизофреническим экзистенциальным паттерном. Этот паттерн представляет собой уход из контакта с общеразделяемой общечеловеческой ценностной сферой, отказ от «проектов в мире» (Бинсвангер, 1999).

Существуют некоторые психологические особенности феномена капитуляции: при капитуляции любая форма борьбы – это борьба в рамках пассивности, при капитуляции нормальной борьбы как таковой нет, но сохраняется некоторая интенция к борьбе, представление о ее конечном результате, но не способность бороться.

У мужчин и женщин капитуляция принимает различные формы. Мужчины желают получить такой результат, какой они могли бы получить при самостоятельной борьбе, они сохраняют уверенность в своей возможности этот результат получить, но при этом они игнорирует саму ситуацию, в которой нужно бороться (Тимофеева-Герасимова, Илизарова, 2013).

В результате исследователи сделали вывод о том, что «структура феномена капитуляции, смысл капитуляции, ее экзистенциальное содержание принципиально различны в норме и у больных шизофренией. [...] Ради преодоления экзистенциальной изоляции и одиночества (поиска и сохранения аффилиативных связей), больные шизофренией могут преодолеть капитуляцию и способны на активную самостоятельную борьбу» (Петракова, Шевеленкова, 2013, с. 273).

Основываясь на работах М. Хайдеггера и М. Босса, Ю. Т. Джендлин, подчеркивает, что опыт человека по своей сути обладает возможностью быть извлеченным (Джендлин, 2009). Это касается не только аспектов работы с некоторыми изначально неосознаваемыми содержаниями (сновидениями), но и других сторон психической реальности, в том числе

ценностей. Более того, психическая реальность может быть понята (проинтерпретирована), даже если это относится к радикально ненормативному опыту, которым являются психотические переживания (Бардина, 2014), и так или иначе связанная с ним перестройка ценностной системы.

Таким образом, анализ клинически ориентированных исследований ценностной сферы пока не позволяет выделить специфических ценностных факторов для тех или иных расстройств. Авторы, пожалуй, сходятся лишь в том, что психические расстройства или расстройства адаптации однозначно влияют на ценностные ориентации. Также существует важное предположение, что системы ценностей больных шизофренией обладают выраженной специфичностью.

#### **1.2.5. Соотношение ценностей и рефлексии – мышление о ценностях**

С. Л. Рубинштейн первым показал важнейшую роль рефлексии в качестве основного механизма поиска человеком своего места в мире, нахождения своей системы ценностей. (Рубинштейн, 1998). Рефлексия исследовалась В. К. Зарецким, Н. Г. Алексеевым, И. Н. Семеновым в качестве механизма мышления и развития личности (Алексеев и др., 1991).

Удивительным является тот факт, что клинически ориентированные исследования ценностных ориентаций недостаточно используют методический аппарат клинической психологии. Между тем, именно достижения клинической психологии и, в частности, методов патопсихологического анализа позволяют рассматривать разные аспекты человеческой деятельности, вскрывая ее механизмы, находя разницу между нормой и патологией. *Исследование мышления стоит в центре патопсихологического анализа.*

Остановимся на истории исследования патологии мышления более подробно.

В современных исследованиях шизофрении, определяемой как полиморфное эндогенное расстройство или группа психических расстройств, связанных с дезинтеграцией процессов мышления и эмоциональных реакций (МКБ-10; Concise Medical Dictionary, 2010), все большее внимание уделяется исследованию изменения мышления и лежащих в их основе механизмов обеспечения психической деятельности, однако нет единого мнения о роли нарушений познавательных функций в этиологии и патогенезе данного расстройства, равно как и ответа на вопрос – представляют ли собой эти нарушения разнообразные проявления единого процесса или совокупность нескольких основных признаков.

Традиционно развитие шизофренического процесса описывалось через понятие «дефект», которое первоначально использовалось в качестве обобщенной личностной оценки исхода заболевания (Грезингер, Крепелин, Корсаков и др.) и основывалось либо на представлении о его биологической природе (Краепелин, 1919), либо как о психосоциальном феномене, возможно, даже обратимом, возникшим вследствие действия неблагоприятных средовых факторов (Zubin, Spring, 1977; Ciompi, 1986).

Другой взгляд на структуру расстройства при шизофрении связан с предложением различать преморбидные нарушения, существующие до манифестации заболевания и отражающие конституционально-биологические особенности больных; первичные, непосредственно обусловленные движением шизофренического процесса, и вторичные нарушения, являющиеся следствием регрессивного приспособления и часто связанные с феноменом «госпитализма» (Wing, 1970).

Изучение шизофренического процесса во многом представляет собой исследование особенностей и изменения мыслительной деятельности больных. Принято считать, что в качестве самостоятельного душевного расстройства шизофрения была выделена Э. Крепелином в 1893 г., который дал ей название *dementia praecox* (от которого остался термин «чувство прекокс» обозначающий специфическую контрпереносную реакцию:

чувство отторжения, а часто и испуга испытываемое психиатром (психологом) при столкновении с больными шизофренией, в том числе связанное с особенностями взгляда пациентов, страдающих шизофренией). А уже в 1908 году Э. Блейлер ввел термин шизофрения как обозначающий самостоятельное заболевание, отличающееся от *dementia praecox*. Согласно его определению, главная особенность шизофрении – не слабоумие, а «нарушение единства» психики, в частности, ассоциативного мышления.

Концепт «нарушения мышления» в своем развитии проходил этапы представлений о «расщеплении» (Bleuler, 1911) или «разрыхлении» (Kraepelin, 1919) ассоциаций, о «расстройствах концептуального мышления» (Fish, цит. по Casey, Kelly, 2007) к этапам представлений о «странном, идиосинкратическом мышлении» (Narrow, Quinlan, 1985) или «дислогии» (Andreasen et al., 1986) или «дезорганизованному мышлению» и «формальным расстройствам мышления» (DSM-3, 1987). В DSM-5 одним из признаков шизофрении является «дезорганизация мышления», проявляющаяся в речи (DSM-5, 2013).

К собственно «шизофреническим» нарушениям мышления относили трудности абстрагирования, в связи с невозможностью больных отвлечься от всех несущественных признаков, анализируемых одновременно (Goldstein, 1944; Kasanin, 1944); буквальность мышления при объяснении пословиц, трудности в понимании их переносного смысла при способности использования символики в собственной речи (Benjamin, 1944), хотя и с очевидным отсутствием стремления к реализации ее коммуникативной функции (Angyal, 1936; Kasanin, 1944; Sullivan, 1962), а также обобщение внутри одного класса понятий, которые оказываются несвязанными между собой (Angyal, 1936).

Феноменология патологий мышления при шизофрении чрезвычайно многообразна. По данным Т. В. Чередниковой можно выделить около 70 различных по своему содержанию феноменов, наиболее известными из которых являются соскальзывания, разноплановость, сверхобобщения,

абсурдность, бессвязность и непонятность высказываний, конкретность мышления, утрата способности к абстрагированию, алогизмы, perseverации, стереотипии, выхолощенность, формальность, потеря целенаправленности, туманность и непонятность высказываний, обстоятельность, символизм, неологизмы, высокопарная речь и т.д. (Чередникова, 2011).

Также существовала идея, при которой нарушения мышления трактуются как вторичные проявления нарушений особой «активности», «интенции» психики. Такова предложенная Г. Груле метафора, надолго ставшая популярной при описании мышления больных шизофренией о том, что машина работает, но она плохо управляема (Клиническая психиатрия, 1967).

Трактовка мышления как особого вида «духовной активности» ярко выражена у К. Ясперса, противопоставившего интеллект мышлению. Если мышление он определял как проявление интрапсихической активности, то интеллект он рассматривал как совокупность способностей, где целое не является простой суммой частей, таких как память, внимание и речь (Ясперс, 1997). Такое разделение стало популярным как в отечественной, так и в западной психиатрии.

Разделение интеллекта и мышления означало, что исследовательская парадигма, в которой работали исследователи, предполагала разное происхождение нарушений мышления при грубых органических заболеваниях и при шизофрении. При органических поражениях, таких как травмы, нарушения познавательных процессов назывались нарушениями «интеллекта» или «предпосылок интеллекта». Нарушения высших познавательных процессов при шизофрении интерпретировались как нарушения мышления. Концепция мышления как некой особой сущности получила широкое распространение. Исследователи стали выделять в психической деятельности больных шизофренией некое «основное нарушение». Несмотря на то, что из него выводились все особенности

изменений психики больного шизофренией, его сущность оказывалась до некоторой степени неопределенно спиритуальной, указывалось на «непонятность», причудливость мышления этих больных. Эта концепция непосредственно вытекала из «понимающей психологии» В. Дильтея, о том, что психику нельзя объяснить. Стала широко признана идея о том, что, «основным нарушением» у больного шизофренией является его аутичность, приводящая мышление к распаду (Дильтей, 2000).

Попытки анализа специфичности человеческого мышления в норме и патологии по материалам экспериментальных исследований привели значимых представителей отечественной психологической школы (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, Б. В. Зейгарник, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн) к выводам о том, что мышление стоит рассматривать как одну из форм человеческой деятельности (Выготский, 1999; Зейгарник, 1962; Гальперин, 1966; Леонтьев, 1977, 1981; Рубинштейн, 1998).

Для понимания природы мышления огромное значение имеет объяснение его происхождения. В отечественной психологии мышление определяется как обобщенное и опосредованное отражение действительности, формирующееся в тесной связи как с сенсорным познанием мира, так и практической человеческой деятельностью. Классиками отечественной психологии, такими как Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн мышление стало рассматриваться как целенаправленный процесс преобразования способов предметно-чувственной деятельности. Отечественная школа делает акцент на личностном аспекте в процессе мышления. Этот принципиальный прорыв в изучении мышления был сделан благодаря переходу к анализу основных средств мышления. Л. С. Выготский в 30-х годах XX века писал, что основу мыслительного акта составляют процессы анализа и синтеза, абстракции и обобщения и что специфическим содержанием мышления является понятие, основу которого составляет значение слова, являющееся основным орудием мышления (Выготский, 1999).

Однако даже блестящий структурный ум Л. С. Выготского в исследованиях мышления больных шизофренией становился чуть «спиритуальным». В программной статье «Нарушение понятий при шизофрении» Л. С. Выготский последовательно доказывает, что в центре мышления больного шизофренией лежит процесс распада понятий мышления, преимущественное использование комплексных связей и изменение значения слов. В конце, однако, Л. С. Выготский делает неожиданный поворот и уподобляет мышление шизофреника сновидению, говоря о нарушении такого больного контакта с самим собой как о ядерном нарушении (Выготский, 1956).

Несмотря на то, что последующие работы Б. В. Зейгарник опровергли выводы Л. С. Выготского о процессе распада понятий как основном механизме шизофренического мышления, доказав, что при шизофрении имеет место искажение процессов обобщения (Зейгарник, 1962), развитие его мысли очень важно. Сейчас кажется неочевидно целесообразным использование несуществующих понятий при исследовании абстрактного мышления, но сама логика его рассуждений служит основой для всей патопсихологии. Остается вопрос как именно, какой дорогой идет процесс мышления при обобщениях абстрактных понятий, в частности ценностных категорий, как контакт с самим собой связан с социальными по происхождению категориями мышления – ценностями и можно ли использовать диалог о ценностях как метод восстановления этого контакта, преодоления расщепленности и социальной изоляции (Леонтьева, 2017).

Целостную картину особенностей поведения больных шизофренией, включающую и мотивационный, и ценностный, и поведенческий компоненты, возможно исследовать, применяя деятельностный подход, изучая больного в процессе его реальной деятельности, взаимодействия с окружающими (Зейгарник, 1986; Критская, Мелешко, 2015). Примером такого исследования является изучение Б. В. Зейгарник структуры патологически измененного мышления людей, страдающих шизофренией.

Рассматривая мыслительный процесс не как изолированную функцию, а как определенный вид деятельности, опосредованной и личностно мотивированной, Б. В. Зейгарник выделяет три вида патологии мышления, проявляющиеся в нарушении операциональной стороны мышления, динамики и личностного компонента мышления. Наиболее типичными для лиц, страдающих шизофренией, оказываются такие изменения как искажение процесса обобщения и нарушение мотивационного компонента мышления (Зейгарник, 1986). Для первого вида патологий характерно облегченное сближение больными любых отношений между предметами и явлениями, даже если они не адекватны конкретным жизненным фактам; используемые больными признаки в заданиях на обобщения описываются, как «латентные», формальные, бессодержательные и т.д. (Зейгарник, 1962).

Второй вид патологий мышления включает в себя такие проявления как разноплановость, разорванность мышления, резонерство, тенденции к непродуктивным многоречивым рассуждениям (Габриэл, 1973; Тепеницина, 1965). И. И. Кожуховская подчеркивает важность именно мотивационных нарушений у больных шизофренией, критичность которых значительно нарушена: больные практически не исправляют допущенные ошибки, а в случае разноплановости суждений их ошибки не поддаются коррекции (Кожуховская, 2000). Подобные изменения в мыслительной деятельности приводят к нарушению способности в распознавании юмора (и к снижению понимания контекста) и предпочтению смешных историй (анекдотов), основанных на парадоксе (смещении стилей, совмещении планов, включении ситуации в несоответствующий ей контекст) и на сравнении по отдаленному признаку (случайному, «латентному») (Иванова, Ениколопов, Максимова, 2005).

Также больным, страдающим шизофренией, свойственны нарушения динамики мышления в виде расплывчатости и нецеленаправленности. А. Б. Холмогорова рассматривает их как следствие нарушения саморегуляции мышления, когда в случае необходимости самостоятельной выработки

совершенно нового способа действия или его перестройки больные оказываются не только не способны к контролю собственных действий, но и не осознают их неадекватность (Холмогорова, 1983).

М. С. Лебединский отмечал нарушение направленности и устойчивости мышления при шизофрении, связывая это с отсутствием направленности ассоциативного процесса этих больных на конечную цель (Лебединский, 1948), что, вероятно, обусловлено отсутствием смыслообразования в экспериментальной ситуации (Соколова, 1976). Е. Т. Соколовой было показано, что смыслообразующими оказываются исключительно эмоциональные установки больных шизофренией, которые ведут к своеобразной фрагментарности восприятия, переоценки определенных элементов стимульного материала (Соколова, 1976). Зарубежные авторы беспорядочную речь при шизофрении рассматривают как проявления грубых искажений реальности, странного поведения и идей, и неупорядоченного мышления (Narrow et al., 2003).

Косвенно подход к анализу нарушений мышления Б. В. Зейгарник и ее последователей подтверждается зарубежными исследованиями, многие из которых рассматривают нарушения мышления как следствие не одного расстройства (ассоциативных процессов), а различных причин, основываясь на результатах факторного анализа (Andreasen, 1986; Narrow, Quinlan, 1985).

Т. Н. Страбахина связала нарушения мышления при шизофрении с информационной теорией психики Л. М. Веккера (Веккер, 1976). При изучении патологии понятийного мышления у больных параноидной шизофренией с помощью методики «Сравнения понятий» она выделила несколько этапов постепенной деструкции процессов обобщения: 1) понятийные ответы с актуализацией «слабых свойств»; 2) функциональные ответы с преобладанием образных и ассоциативных элементов; 3) ассоциативные комплексы (связывание объектов вместо их обобщения по каким-либо признакам сходства). Автор связала эти нарушения, подобно Б. В. Зейгарник, с расстройством операциональной стороны мышления, но не

только с искажением одной операции – обобщения, а с постепенным распадом всего целостного ансамбля взаимобратимых операций мышления (анализа – синтеза; сравнения по сходству и различию; обобщения – абстрагирования – конкретизации). Ею было установлено, что в здоровой популяции наличие целостной системы операций сочеталось с их взаимобратимостью (или взаимной координацией) – то есть переходом от одной операции к противоположной парной операции или к другой паре ансамбля операций, если требовалась проверка выбранного решения в ходе рассуждения. У больных же, по мере нарастания выраженности расстройств мышления, наблюдался переход от автономного функционирования сначала отдельных пар операций, затем – одной операции из пары, а в итоге – распадались и сами отдельные операции. Например, больные могли отрицать и сходство, и различие объектов, так как не способны были выполнить хотя бы одну из противоположных операций сравнения (Страбахина, 1980). Однако Т. В. Чередникова высказывает критику предлагаемой генерализации выявленного механизма на весь спектр расстройств мышления (Чередникова, 2014).

О. К. Тихомиров, рассматривая нарушения мышления, формулирует представление о наличии трех факторов (или звеньев) в структуре мышления при шизофрении, объясняющих симптоматику и наиболее полно соответствующих клинко-психологическим наблюдениям (Тихомиров, 1969).

Первое звено (и первичный фактор) предполагает нарушения мотивационной сферы, в результате чего у больных шизофренией возникают изменения личностного смысла предметов и явлений, часто не совпадающего с общепринятыми или обусловленными реальной ситуацией.

Вторым звеном является уравнивание стандартных и нестандартных информативных признаков, последним из которых часто отдается предпочтение при решении мыслительных операций.

Третье звено представляет собой нарушение селективности

информации, что проявляется, по данным Ю. Ф. Полякова с коллегами, как в нарушениях избирательности информации в связи с прошлым опытом (Критская, Мелешко, Поляков, 1991), так и в дезорганизации вероятностной возможности привлечения элементов прошлого опыта и их использования для прогнозирования будущего (Фейгенберг, 2008). По мнению В. М. Блейхера, данная трехфакторная модель нарушения мышления, с одной стороны, соответствует взглядам А. Р. Лурии о взаимосвязи между функционированием отдельных структур головного мозга и особенностями клинических проявлений нарушений высших психических функций, в частности мышления, а с другой стороны, объясняет особенности клинической картины в каждом конкретном случае в зависимости от доминирующих нарушений одного из представленных звеньев (Блейхер, Крук, 1986).

Поиску общих компонентов в структуре различных когнитивных процессов (перцептивных, мыслительных и речевых) были посвящены многочисленные исследования под руководством Ю. Ф. Полякова, в результате анализа которых в качестве основного было выделено звено избирательного извлечения (актуализации) сведений из памяти на основе прошлого опыта. Эти работы показали, что общие компоненты структур когнитивных процессов не сводятся к чисто семантическим (Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Поляков, 1974; Поляков, Жирнова, 1988; Поляков, Курек, Гаранян, 1986; Поляков, Мелешко, Алейникова, 1980).

Избирательность мышления отражает семантическое содержание, а также степень усвоения отношений и признаков, которые оказываются социально значимыми, поэтому ослабление влияния прошлого опыта, расширение круга сведений совместно с уравниванием вероятностей, актуализации стандартных и нестандартных признаков ведет к своеобразным проявлениям мыслительной и речевой деятельности при шизофрении (Поляков, 1974), когда новые суждения возникают без опоры на прошлый опыт, без опосредования нового материала имеющимися

знаниями (Молочек, 1938). Также выделен своеобразный когнитивный стиль, полнезависимость, присущие больным шизофренией и более широкому кругу лиц шизоидного склада, обусловленные снижением социальной направленности и регуляции, снижением социальной перцепции, определенных особенностей формирования ментального опыта (Критская, Мелешко, 2015). Описанные особенности мышления рассматриваются некоторыми клиницистами как фактор, относящийся к преморбидным, конституционно обусловленным характеристикам, обеспечивающим определенный фон развития заболевания (Снежневский, 1969; Критская, 1974).

В настоящее время большое внимание уделяется изучению когнитивных дисфункций в контексте понимания природы болезни, лекарственной терапии и психосоциальной реабилитации больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра (Вербенко В.А., 2007; Шмуклер А.Б., 2010). Нейрокогнитивный дефицит определяется при этом как недостаточность познавательных функций, которые развились вследствие структурно-функциональных нарушений головного мозга, и включает в себя нарушения внимания, памяти, исполнительских функций, скорости переработки информации, а также концептуального и контекстуального компонентов мышления (Goldberg, Gold, 1995; Morise, Delahunty, 1996; Servan-Schreiber et. al., 1996; Stratta et. al., 1998; Velligan, Bow-Thomas, 2002).

Показано, что у большинства больных шизофренией когнитивный дефицит является важным самостоятельным или даже ведущим расстройством, который коррелирует со структурой психопатологических расстройств (Иванов, Незнанов, 2008). М. В. Алфимова с коллегами в структуре когнитивного дефицита, наблюдаемого у больных шизофренией, выделяют четыре фенотипически независимых компонента, отражающих соответственно уровень мыслительной активности, нарушения внимания/рабочей памяти, снижение вербальной беглости и особенности

кратковременной памяти и избирательности мышления. Когнитивный дефект распространяется на три вида навыков: восприятие или расшифровка (идентификация или артикуляция комплекса элементов проблемы), обработка или принятие решения (цельный адекватный ответ на проблему), посылка или кодирование (последовательное представление одного из этих ответов в социально адекватной форме). Как известно, навыки восприятия, обработки и кодирования тесно связаны с уровнем когнитивного функционирования, особенно с чувствительностью к интерперсональному сигналу, бдительностью, когнитивной лабильностью, качеством понятийного аппарата, краткосрочной памятью (Алфимова и др., 2008).

Когнитивный дефицит выявляется как при обострениях, так и в ремиссиях заболевания (Saykin et. al., 1991), существенным образом сопряжен с негативными психопатологическими синдромами и в значительной степени определяет терапевтический прогноз и функциональные (социальные) исходы (Saykin et. al., 1991; Breier, 1999; Sharma, Harvey, 2000).

Как показали А. В. Степанова с коллегами, при неманифестных проявлениях заболеваний шизофренического спектра (шизотипических расстройств) когнитивные функции тесно связаны с изменением психического состояния, оказываясь чувствительными даже у пациентов с относительно негрубой выраженностью психопатологической симптоматики. При этом по мере психопатологического «отягощения» вектор когнитивных расстройств смещается от нарушений внимания, памяти и исполнительских функций – к снижению скорости переработки информации и характера концептуального компонента мышления, то есть, по сути, приближаясь по своему характеру к проявлениям «негативной» симптоматики (Степанова и др., 2014).

На сегодняшний день, как указывает М. В. Магомедова, не удалось выделить патогномичный для шизофрении паттерн нейропсихологических нарушений (нейрокогнитивный синдром): есть данные о диффузности

нейрокогнитивных нарушений и наличии сохранных сфер нейрокогнитивного функционирования. Данные о связи нейрокогнитивного функционирования с дисфункцией или морфологическими изменениями конкретных участков мозга крайне неоднозначны. Наиболее обоснованными считаются гипотезы функционального нарушения связи различных отделов мозга, преимущественно лобной доли с височной, теменной с мозжечком, между полушариями, и дискоординацией нейрофизиологических процессов, об анатомических изменениях в области гиппокампа (Магомедова, 2000). Также в литературе последних лет встречаются неоднозначные данные о морфологических изменениях в мозге, например, часто указывается на уменьшение серого вещества в головном мозге больных шизофренией (связанного не только с последствиями приема антипсихотических препаратов) (Голдберг, 2003; ван Харен и др., 2008; Thompson et al., 2001), при этом получены новейшие данные о его спонтанном восстановлении (Guo et al., 2016).

Однако ни изучение этой болезни, ни тем более лечение не возможно без активного участия самих больных. Поэтому особенно актуальным становится увеличение числа исследований, в которых включены мотивированность действий, их целенаправленность, возможность контроля, регуляция, критичность, то есть все то, что позволяет осуществлять патопсихологический эксперимент, направленный на анализ индивидуальной личности, а не отдельных черт (Зейгарник, 1962). Подобный анализ может осуществляться через изучение ценностного содержания личности, что в свою очередь позволяет выстраивать реалистичные программы реабилитации этих пациентов.

В школе классической патопсихологии была предпринята попытка (фактически единственная) апробации методики, исследующей ценности психически больных, в частности, больных шизофренией. Е. А. Левада под руководством Б. В. Зейгарник предложил методику «Выбор ценностей» (дипломная работа 1961 г.). Было обнаружено, что больные шизофренией с

выраженным дефектом часто делают выбор ценностей на основании формальных признаков (Рубинштейн, 2010).

Современные подходы к изучению шизофрении (Кемпинский, 1998) все больше уделяют внимание снижению социального функционирования личности (Вишневская, Гвоздецкий, Петрова, 2012; Кирьянова, Сальникова, 2010; Прибытков, 2012; Руденко, Рычкова, 2013; Burns, 2006; Casiozzo et al., 2014; Maj, 2014). Собственно обеспокоенность снижением социального функционирования этих пациентов служит главным фактором обращения за психологической помощью самих пациентов и членов их семей. Нарушения социального функционирования – один из основных факторов снижения качества жизни у пациентов с шизофренией. Эти нарушения проявляются практически в каждой области жизни больных – в их занятости, межличностных отношениях, социализации и независимом проживании. Именно нарушения социального функционирования ведут к инвалидизации и являются одним из факторов, поддерживающих инвалидность среди больных шизофренией на достаточно высоком уровне (Семенова, Гурович, 2014). Снижение социальной активности выражено двумя основными направлениями – нарушением или снижением трудовой активности и уменьшением общения, межличностных контактов, направленности на создание семьи или ее поддержание. При прогрессировании болезни нарастание социальной дисфункции практически неизбежно. Возникает вопрос: является ли такое снижение сознательным выбором человека, обусловленным изменением его ценностного мышления? Если же этот выбор является сознательным, то имеют ли должный эффект реабилитационные усилия множества специалистов, ориентирующихся на «естественные» для общества представления о «нормальных» ценностных выборах человека?

Несмотря на то, что патопсихология обладает внушительным объемом данных об особенностях мышления при шизофреническом процессе, остается неясным, насколько эти изменения влияют на личность больного,

на его мировоззрение, систему ценностей и их переоценку. Каким образом нарушается (или не нарушается) мышление о ценностях? Существует ли прямая связь между нарушением предметного мышления, на диагностике которого во многом построен патопсихологический эксперимент, и нарушением мышления о ценностях? *И самый важный для практики вопрос – какие именно сохранные звенья ценностных ориентаций могут служить фундаментом для реабилитации этих пациентов?* На данный момент вопросов больше, чем ответов.

Клинические наблюдения говорят о том, что изменения ценностей происходят и существенно влияют на жизнь больного. Широко используемое психиатрическое понятие «изменение личности» (Гиндикин, 1997) включает в себя помимо изменений в эмоциональной сфере, изменения в сфере ценностей.

Специалисты в сфере психиатрической помощи отмечают оскудение, изменение ценностных ориентаций, так называемую «переоценку ценностей» у пациентов, находящихся в остром периоде болезни и реабилитационном периоде, но отсутствие адекватной методологии и небольшое количество исследований не позволяют утверждать это обоснованно. Кроме того, для разных пациентов эти наблюдения могут быть прямо противоположными (Леонтьева, Головина, 2011).

Людам, имеющим отдаленные представления о психиатрии, как и специалистам в сфере психиатрической помощи, такие пациенты могут представляться как люди либо с отсутствующей, либо с совершенно иной, чем у «нормальных» людей системой ценностных ориентаций. То есть восприниматься как некая группа опасных маргиналов. Такое представление порождает развернутые страхи у потребителей психиатрической помощи, препятствует ранним обращениям за социальной и медицинской поддержкой, а у самих пациентов не позволяет сформироваться адекватному отношению к необходимости лечения, внутренней картине болезни, способствующей лечению, адаптации и интеграции обратно в повседневную

реальность вне психиатрического дискурса (Link et al., 2001). Широко распространенная проблема стигматизации и самостигматизации людей с психическими расстройствами может быть связана с неизученностью и эмпирической неизвестностью особенностей ценностной сферы таких пациентов (Hert et al., 2007; Mellor et al., 2013; Финзен, 2001). Пациенты с диагнозом шизофрения нуждаются в понимании, отличаются ли их ценностные ориентации от ценностей современного общества, в котором они живут (Леонтьева, 2013). Еще в прошлом веке Р. Лэйнг настаивал на том, что лечение психоза индивида зависит от радикального изменения общества, в котором этот индивид находится, и что общество должно стать более толерантным к девиантному поведению, дабы дать возможность большему числу людей избежать принуждения к «нормальному» «псевдосуществованию» (Лэйнг, 1995). Движение к этому возможно через изучение ценностных ориентаций больных шизофренией. Отдельные попытки ответа на поставленные ранее вопросы предпринимаются в современных работах (Букановская, 2011). Как отмечают Р. D. McGorry, E. Killackey, A. Yung, необходимо сфокусироваться на усилении социального аспекта выздоровления (McGorry, Killackey, Yung, 2008).

На наш взгляд экспериментальные перспективы исследования именно мышления о ценностях (как результата процессов рефлексии и выбора) дают выход за пределы существующего понимания мышления больных шизофренией.

### **1.3. Выводы теоретической части**

Изучение ценностного аспекта шизофренического процесса и, опосредованно, мышления о ценностях продиктовано непосредственными задачами реабилитации больных шизофренией. Обеспокоенность снижением социального функционирования этих пациентов служит главным фактором обращения за психологической помощью самих пациентов и членов их семей. Снижение социальной активности выражено двумя основными направлениями – нарушением или снижением трудовой

активности и уменьшением общения, межличностных контактов, направленности на создание семьи или ее поддержание.

Поиски резервов компенсации для реабилитационного процесса предполагает исследование процессов мышления о ценностях как результата рефлексии и осмысления ценностной сферы в рамках диалогической модели патопсихологического исследования.

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

*Ценность* представляет собой психологический мета-конструкт, 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 респондентом и исследователем, которые позволяют разворачиваться рефлексии ценностных ориентаций участников исследования. Инструментом такой деятельности служит мышление о ценностях, а целью – сообщение другому человеку о своей системе ценностей.

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

Теоретический обзор позволяет сформулировать основные требования к исследованию:

1. Клиническое исследование ценностных ориентаций должно быть организовано с помощью синтетической методологии разных психологических подходов для того, чтобы в процессе ценностного диалога актуализировалась ценностная направленность личности в культурно-

историческом контексте, а результаты этой деятельности могли быть представлены в единицах процесса мышления.

2. Исследование должно удовлетворять требованиям персоналистической аксиологии. Ценности должны быть исследованы как значимости-для кого-то, а не сами по себе, то есть в исследовании необходимо изучение субъективно близких ценностей.

3. Двойственная природа ценностного должна включать в себя изучение соотношенности ценностей конкретного человека с ценностями того общества и культуры, в котором он живет.

4. На основании гуманистического подхода и диалогической традиции патопсихологического исследования необходимо моделирование диалога о ценностях между специалистом и участником исследования.

5. Набор ценностей для исследования не должен быть чрезмерным.

6. В клиническом контексте ценностные ориентации должны изучаться с привлечением методов патопсихологического исследования через рассмотрение мышления о ценностях как результата рефлексии человека и его выбора.

7. В соответствии с принципами деятельностного подхода необходимо создание специальных условий для разворачивания рефлексии и осмысления ценностей участниками исследования.

Изучение опосредованного процесса мышления о ценностях, по сути осознанной системы выборов, позволяет выделить в огромном поле аксиологии непосредственно психологическое, – то, что психологи знают как изучать, не увязая в бесконечных спорах о том, что же такое ценности «на самом деле». Задачей исследования становится особая организация процесса так, чтобы мыслительная деятельность участников исследования носила развернутый и опосредованный характер и позволяла фиксировать процесс на ключевых его стадиях. Когнитивный этап мышления о ценностях предшествует ценностному выбору – отношению, проявленному в непосредственном выборе, назывании, отвержении, сравнении ценностей

между собой и др. И, если участнику исследования доступен такой уровень рефлексии (для целей исследования отбирались только такие пациенты), соответственно мы можем с большой вероятностью утверждать, что сделанные выборы будут отражаться в поведении этих людей.

Подробный анализ мышления о ценностях позволяет ответить на вопрос о том, как представлены в сознании комплексы сложных абстрактных понятий – ценностей, обнаружить базовые элементы таких комплексов-объединений, а также выявить разницу в использовании той или иной стратегии мышления у разных групп людей. Необходимо также поставить вопрос о том, какую именно психологическую природу носят отличия мышления о ценностях между условно здоровым человеком и человеком с диагнозом шизофрения. Анализ этих отличий внесет вклад в понимание личностных особенностей таких пациентов, что, в свою очередь, позволит выработать новые подходы в теории и практике реабилитации. Вслед за Е. Е. Соколовой можно утверждать, что практика исследований с опорой на деятельностный подход позволяет решать проблему соотношения двух психотехнических «парадигм» майевтической и манипулятивной (Соколова, 2010), актуальную для поддерживающей и восстановительной работы с пациентами.

Таким образом, необходимо провести экспериментальное исследование ценностной сферы больных шизофренией с использованием методов, используемых в патопсихологии. Методы, изучающие рефлексивное мышление о ценностях, могут связать представление о личности больного с исследованием процессов его мышления. Также это необходимо для принципиального прорыва в реабилитации больных шизофренией, во время и после медикаментозного лечения. Как отмечает J. Parnas, утонченное владение психопатологическим знанием специфики заболеваний шизофренического круга является необходимым условием для прицельного и плодотворного привлечения научных и технических альтернатив, предлагаемых стремительно развивающейся областью

нейронаук (Parnas, 2012). Эта идея соответствует смещению интереса с манипуляций с пациентом к человекоцентрированному диалогу в рамках любой области клинической практики. Подобный подход получает все большее распространение в психотерапии и нейрореабилитации (Варако, 2014), способствует получению положительного эмоционального и коммуникативного опыта (Критская, Мелешко, 2015), в котором так нуждаются наши пациенты.

## **Глава 2. Постановка проблемы и программа исследования**

### **2.1. Общие основания исследования**

Ценностное сознание представляет собой основу миропонимания каждого индивида и определяет его отношение к окружающему миру (Суетина, 2008). Психиатрическое понятие «изменение личности», как было показано в теоретическом анализе темы, подразумевает нарушения эмоционально-волевой, мотивационной, а также ценностно-смысловой сфер личности, приводящие к затруднениям в адаптации. Было продемонстрировано, что расстройства мышления, эмоций, восприятия, возникающие при шизофрении, изучены достаточно широко и подробно, при этом экспериментальное исследование нарушений ценностной сферы субъекта, страдающего расстройством шизофренического спектра, а также качество, степени выраженности и глубины изменений ценностной сферы является весьма затруднительной задачей, в том числе и потому, что ни в одной из областей социальных наук нет четкой и ясной формулировки понятия «ценностная норма».

При изучении личностных изменений пациентов на всех этапах болезни непосредственно встает вопрос об изменении их ценностных ориентаций. В психологической науке распространено мнение о том, что психические расстройства влияют на ценностную сферу и приводят к снижению значимости этических, моральных ценностей у этих людей. Так, например, М. С. Яницкий утверждает: «Представляется достаточно очевидным, что картина изменений личности при различных нервно-психических расстройствах, в частности при шизофрении... включает распад системы ценностно-смысловых ориентаций или ее трансформацию, сопровождающуюся снижением значимости высших морально-этических ценностей» (Яницкий, 2000, с. 84). В этом контексте стоит особым образом акцентировать важность ценностной проблематики для теоретических аспектов патопсихологии, ведь подобные утверждения основываются не на

экспериментальном изучении данного вопроса, а на особом практическом опыте и некоторых априорных установках специалистов, которые могут только усиливать «навешивание ярлыка, клиширования, отвержения, потери статуса и дискриминации» (Link, Phelan, 2001). Л. А. Микешина подчеркивает, что чем очевиднее положения или принципы, выступающие в качестве предпосылочного знания, тем труднее они осознаются в этом своем качестве и дольше существуют в имплицитной форме (Микешина, 2007). Пока некая предпосылка в силу своей очевидности присутствует в тексте имплицитно, трудно ставить вопрос о ее истинности, обнаружить несостоятельность, задаться целью проверить в эксперименте и т.д., тем более что она принимается как непроблематичное, заведомо истинное знание (Микешина, 2007).

На сегодняшний день в патопсихологии ценностные ориентации пациентов изучены достаточно слабо. Точнее, само понятие «ценностные ориентации» фактически не используется. Патопсихология оперирует понятием «социальная направленность». Представляется очевидным, что понятия «ценностная ориентация» и «ценностная система» неразрывно связаны с таким понятием, как «социальная направленность», которое является центральным для построения синдромного анализа при шизофрении. Именно социальная направленность, по утверждению патопсихологов, в основном страдает при шизофрении и является мишенью реабилитационной работы (Мелешко, Критская, 2013).

В психологической науке вопрос о предпосылках и последствиях рассогласования индивидуального смысла жизни с культурными и историческими стандартами общественного образа жизни пока еще не обсуждается. Между тем, как отмечает К. В. Карпинский, решение данного вопроса представляется чрезвычайно значимым для понимания психической феноменологии, механизмов и закономерностей смысложизненного кризиса в развитии личности (Карпинский, 2010). Очевидно, что больные шизофренией выпадают из культурно-ценностного стандарта, особенно в

моменты обострения болезни, которые каждый раз становятся смысложизненным кризисом. Поэтому развернутые исследования этого вопроса имеют принципиальное значение для понимания самой сути психологической реабилитации.

К. J. Gergen отметил, что, в отличие от академической психологии, современная психологическая практика развивается в русле постмодернистской мысли, имеет дело с развивающейся индивидуальностью человека и сосредоточивается на контекстуальных смыслах человеческой деятельности. В результате, по его мнению, теоретическое знание академической психологии часто вступает в конфликт с эмпирическим знанием современности, а психологическая практика предпочитает теоретическому знанию гетерогенные и качественные знания повседневной жизни, приобретающие достоверность в личном опыте психолога (Gergen, 1994). Можно согласиться с позицией А. В. Юревича, который считает, что психологическая практика активно впитывала методологию и культуру постмодернизма, в то время как академическая психология не освободилась от влияния позитивизма (Юревич, 2011).

На практике можно видеть, что важность и сложность реабилитационной работы для пациентов, переживших психоз или обострение шизофрении, находится сейчас в фокусе интереса огромного количества психиатров и клинических психологов. Этому вопросу посвящены многие работы отечественных и зарубежных специалистов. Успехи, достигнутые в диагностике нарушений мышления таких пациентов, не могут удовлетворить психологов-практиков, каждый день сталкивающихся с задачами реабилитации и с непреодолимыми сложностями в этой работе.

Многочисленные исследования биологических механизмов психических расстройств (в частности, шизофрении) связывают большие надежды с фармакологическим основанием лечения этих заболеваний. Однако клеточные модели, как отмечает N. J. Bray с коллегами, не могут

охватить всей сложности психических заболеваний (Bray et al., 2012). Кроме того, подчеркивается отсутствие прямой связи между успешным фармакологическим лечением психотических симптомов и адаптацией больных в повседневной жизни (Вид, 2001; Коцюбинский, 2004). Необходимость фокусироваться на усилении социального аспекта выздоровления (Шендеров, 2010; Корень, Степунина, 2013; McGorry et al., 2008 и др.) только возрастает.

По данным исследования К. В. Шендера, использование комплексного подхода к лечению больных шизофренией (включающего не только фармакологическое вмешательство, но и психосоциальную поддержку) позволяет улучшить социальное функционирование пациентов, увеличить (в сравнении с традиционным подходом) интенсивность общения, снизить выраженность психопатологических переживаний, улучшить показатели соблюдения режима терапии. Это способствует уменьшению числа и длительности последующих госпитализаций и поступлений в дневной стационар, более длительному удержанию пациентов в амбулаторных условиях (Шендеров, 2010).

К сожалению, на данный момент не существует единого подхода к методике реабилитации, который был бы применим в условиях отечественного стационара (впрочем, как и в условиях амбулатории), и еще шире – в рамках философии психиатрической помощи в России, хотя основы психопрофилактики были заложены достаточно давно (Кабанов, 1985; Семичев, 1987). Достаточно популярной на сегодняшний день является биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни (Бобров, Довженко, Кулыгина, 2014), однако как считают Е. И. Рассказова и А. Ш. Тхостов, еще требуется обсуждение иерархической и динамической организации биологических, психологических и социальных групп факторов для понимания психического здоровья (Рассказова, Тхостов 2015). А Г. В. Залевский к биологическим, психическим и социокультурным факторам добавляет необходимость факторов духовного измерения,

связанного с ценностным компонентом, обосновывая биопсихосоциоэтическую модель (Залевский, 2015). Именно с ноэтической составляющей некоторые современные исследователи связывают интеграцию целостной организации личности, которая, в конечном итоге, определяет и «индивидуальную ответственность человека за свое здоровье» (Никифоров, 2002, с. 275).

Многие практики с оптимизмом сообщают о современных подходах к диагностике (Гурович, Папсуев, 2015; Коцюбинский и др., 2013; Коцюбинский и др., 2014; Семенова, Гурович, 2014) и медико-реабилитационной работе (Ильин, Лосев, 2014; Папсуев и др., 2015; Шеллер и др., 2014; Gordon, Ellis, 2013), когда осуществляется комплексное взаимодействие медиков, клинических психологов и социальных работников. Н. Д. Семенова и И. Я. Гурович отмечают рост количества публикаций в литературе, предлагающих разного рода тренинговые программы, нацеленные на социально-когнитивные, нейрокогнитивные и мотивационные нарушения больных шизофренией, и делают их обзор (Семенова, Гурович, 2014). Однако в этих работах либо недостаточно внимания уделяется непосредственному содержанию психологической помощи, либо не затрагивается ценностная сфера личности.

На наш взгляд достаточно сложно работать с мотивацией к реабилитации больных шизофренией, определяя ее как внутреннее относительно устойчивое стремление пациента к преодолению болезни, отражающее степень его готовности сберечь и сохранить социальные достижения и позиции, а в случаях их утраты, предпринять усилия к их восстановлению (Семенова, Гурович, 2014), без прикосновения к ценностным ориентациям пациента.

В сообщении О. И. Осокиной работе с ценностной сферой больных шизофренией уделяется специальное внимание. Автор, благодаря разработанной методике, говорит о переструктурировании ценностей, целей, жизненных смыслов (свободы, ответственности, бессмысленности,

принятия решений, трансценденции). Некоторыми этапами являются идентификация системы ценностных ориентаций пациента и сопоставление ее с требованиями социокультуральной действительности; формирование у пациента ценностей в качестве предметов осознания и переживания их как потребностей, побуждающих к деятельности по освоению, созиданию, реализации этих ценностей в жизнедеятельности личности; выявление у пациента интрапсихических конфликтов, блокирующих осознание истинных ценностей; помощь пациенту в осознании необходимости реализации в своем поведении «новой» системы ценностных ориентаций, что дает ему права и возможности придерживаться своей жизненной позиции и отличать ее от другой позиции, основанной на иной системе ценностей (Осокина, 2014). Однако, исчерпывающих ответов на вопросы – какова ценностная норма текущего культурно-исторического периода, что мы можем считать истинными ценностями, в чем специфика ценностных ориентаций больных с психическими расстройствами, мы в литературе не нашли, и остается сомнение – а в какую социокультурную действительность интегрируются пациенты? Кроме того, автор упоминает возникновение ценностного «вакуума» при несоответствии прежней системы ценностных ориентаций ограничениям ситуации, однако обоснованных подтверждений этому утверждению в литературе по клиническим исследованиям мы также не встретили.

Обобщая вышеизложенное, можно с уверенностью утверждать, что патопсихология на данный момент нуждается в выделении ценностного фактора в патопсихологическом синдроме, а также выделении ценностной позиции субъекта, страдающего расстройствами шизофренического круга. На основании этого были сформулированы следующие **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.

## **2.2. Методы и материалы исследования**

### **2.2.1. Предварительное исследование: пилотажное исследование ценностных ориентаций больных шизофренией и ограничения используемых методик**

До основного этапа исследования ценностных ориентаций больных шизофренией проводилось пилотное исследование с использованием одних из наиболее распространенных приемов и методик в изучении ценностной сферы.

В этом исследовании для обеих групп участников исследования применялась типологии ценностей Ш. Шварца и У. Билски. Диагностика позволяет делать выводы о типе ценностной организации участников исследования, наличии и типах ценностных конфликтов в разных группах. В основе исследования лежит предположение о том, что все ценности можно разделить на *социальные* и *индивидуальные*. При этом отметим, что в понимании Шварца и коллег, все личностные ценности человека представляют собой интериоризированные личностью ценности социокультурных групп, что само по себе может считаться спорным. В этом смысле определение ценностей, предлагаемое Ш. Шварцем, является близким к определению М. Рокича, о котором мы уже писали выше. *Ценностная* организация на индивидуальном уровне является результатом психологической динамики конфликта и совместимости, которые человек испытывает в процессе преследования разных целей в повседневной жизни. При этом сама структура системы ценностей культурного уровня, в соответствии с этой теорией, отражает различные модели, которые общества

используют для решения проблем, связанных с регулированием деятельности индивида. Основным теоретическим предположением Ш. Шварца и У. Билски является то, что ценности представляют собой когнитивные репрезентации трех универсальных человеческих потребностей – *потребности индивидов как биологических организмов, потребности координации социального взаимодействия и потребности сохранения и благополучия социальных групп*. При этом на основе различий в мотивационном содержании ценностей Ш. Шварц и У. Билски, разработали типологию, которую они считают универсальной (Шварц и др., 2012).

В рамках исследования по изучению нарциссической регуляторной системы (дипломная работа, Леонтьева, 2007) были исследованы специфические адаптационные механизмы личности, ценностные ориентации и особенности самооценки у различных клинических групп (больные с диагнозом шизофрения, больные с депрессивными расстройствами и больные с химическими зависимостями – алкоголизмом), а также в норме. Для решения исследовательских задач был применен набор методик, среди которых присутствовали модифицированный тест Ш. Шварца и У. Билски, модифицированная методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн, мини-сочинение.

В методике исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (Рубинштейн, 2010) применялись 4 шкалы (две стандартные – «красота» и «ум», а также две дополнительные – «успех» и «ценность»), а в мини-сочинении выявлялись представления об идеальной семье. Семья является отправной точкой для каждого человека, и представления о ней служит матрицей, как объектных отношений, так и ценностных ориентаций. Инструкция предлагалась в максимально неопределенной форме: «Изложите свое представление об идеальной семье, если вы считаете, что она существует».

Оригинальный опросник Ш. Шварца и У. Билски состоит из двух частей (Карандашев, 2004). Первая часть опросника предназначена для изучения ценностей, идеалов и убеждений, оказывающих влияние на личность, но не всегда проявляющихся в социальном поведении; состоит из двух списков существительных, включающих 56 ценностей. Участник исследования оценивает каждую из предложенных ценностей по шкале в семь баллов. Вторая часть опросника предназначена для изучения ценностей, наиболее часто проявляющихся в социальном поведении личности; состоит из 40 описаний человека в виде прилагательных, характеризующих 10 типов ценностей. Для оценки описаний используется шкала из пяти баллов.

В пилотажной работе был использован вариант методики А. Л. Лихтарникова, адаптированный специально для русскоязычной выборки (Лихтарников, 2004). Исходный перевод теста был преобразован в опросник из 75 ценностей вместо 56. В новом варианте все слова толкований инструментальных ценностей, приведенных в скобках, стали отдельными пунктами-ценностями, в связи с тем, что в нашей культуре обнаружилось наличие самостоятельных ценностей, которые не выделялись Шварцем в отдельные категории, а являлись пояснениями к имеющимся 56 ценностям. Основными шкалами у Шварца являлись: 1) Наслаждение (hedonism); 2) Достижения (achievement); 3) Социальная власть (social power); 4) Самоопределение (self direction); 5) Стимуляция (stimulation); 6) Конформизм (restrictive conformity); 7) Социальность (prosocial); 8) Безопасность (security); 9) Зрелость (maturity); 10) Поддержка традиций (tradition maintenance); 11) Социальная культура (culture specific values); 12) Духовность (spiritual). Вводится классификация этих мотивационных сфер ценностей по трем категориям: индивидуальные (1-5 шкалы), коллективные (6-8 шкалы) и двойные – индивидуальные и коллективные (9-12 шкалы) интересы. Также А. Л. Лихтарниковым были выделены 2 дополнительных домена: 13) Социализация и 14) Независимость.

С помощью обозначенных методик были изучены две группы участников исследования. В клиническую группу вошли 37 человек, разделенные на 3 подгруппы в соответствии с диагнозом, поставленным психиатром. Одну из подгрупп составили больные с диагнозом шизофрения (14 человек). В контрольную группу вошли 47 человек, не имеющих выявленных психических расстройств и не состоявших на учете у психиатра, условно здоровых. В обе группы вошли мужчины и женщины в возрасте от 21 до 47 лет.

Выбор возрастного диапазона обусловлен предположением о том, что люди в этом возрасте уже имеют выраженные ценностные ориентации, доступные для осознания, имеют опыт возможных изменений в этой сфере, но еще не пережившие кризисы развития более позднего жизненного периода (45-60 лет). Отметим, что участники исследования из контрольной группы не были членами каких-либо общественных или религиозных организаций, определяющих наличие особых ценностей или особого к ним отношения.

По результатам проведенного исследования (Приложение 1) удалось обнаружить, что **в ценностных ориентациях и самооценке между клиническими группами и условной нормой имеются существенные различия.**

Так, в норме центральным звеном, так сказать фундаментом самооценки, является чувство собственной ценности, на которое участники этой группы преимущественно опираются и на которое надстраиваются оценки других качеств. **В клинической группе наиболее выраженной оказывается оценка ума по сравнению с другими категориями. При этом были получены статистические различия по шкалам «красота», (реальная самооценка:  $U=146,0$ ,  $p < 0,01$ ), «успех» (реальная самооценка:  $U=145,0$ ,  $p < 0,01$ ; идеальная самооценка:  $U=168,5$ ,  $p < 0,05$ ), «ценность» (реальная самооценка:  $U=138,0$ ,  $p < 0,01$ ; идеальная самооценка:  $U=176,0$ ,  $p < 0,05$ ) между группой больных шизофренией и нормы. По всем**

перечисленным показателям самооценка пациентов с диагнозом шизофрения была ниже условной нормы.

Также для больных шизофренией оказался характерным дисбаланс в сторону значимости индивидуальных ценностей, особой важностью достижений, что соотносится с такими проявлениями этого расстройства, как трудности контакта, обеднение социальных сетей и др. В группе больных шизофренией ценности «достижения» В группе больных шизофренией ценности «достижения» ( $U=191,0$ ,  $p < 0,05$ ) и «социальная культура» ( $U=116,5$ ,  $p < 0,01$ ) оценивались более высоко, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

Наиболее выраженными ценностями у больных шизофренией стали «самоопределение», «безопасность» и «достижения». В группе условной нормы на ведущих позициях оказались ценности «независимость», «самоопределение», «зрелость». В обеих группах наименьший ранг получила ценность «социальная власть». На этом этапе исследования стало очевидно весьма значительное место ценности «безопасность» в клинической группе. Согласно А. Маслоу, потребность в безопасности является базовой (Маслоу, 2002), в более поздних исследованиях Ш. Шварц отмечает, что ценности, относящиеся к коллективной безопасности, в значительной степени выражают цель безопасности и для личности, поэтому он выделяет только один домен под названием безопасность (Шварц, 2008).

Проведенный корреляционный анализ позволил обнаружить значимые связи выраженности ценностных ориентаций с самооценкой. Наиболее многочисленные связи в группе условной нормы были выявлены в отношении категории «успех» и «ценность», а в группе больных шизофренией – «красота» и «успех».

Рассмотрение представлений участников исследования об идеальной семье позволило заключить, что основная разница между клинической группой и группой сравнения состоит в важности таких категорий как

уважение, доверие, самоактуализация, которые более явно звучат у условно здоровых людей. Также в обеих группах были особо отмечены важность дружбы и любви.

**Совокупность результатов на предварительном этапе исследования позволила сделать вывод о диагностической значимости для исследования ценностной сферы таких категорий как *безопасность, власть, доверие, любовь, дружба, красота, ум, успех.***

Особо стоит уделить внимание специфике выполнения данного задания на определение ценностных ориентаций участниками исследования из обеих групп. Этот опросник вызвал наибольшие затруднения в клинической группе, именно при его заполнении у респондентов возникало наибольшее количество вопросов, нежелание выполнять задание и т.д., тогда как у участников исследования из контрольной группы эта методика хотя и требовала некоторых усилий для выполнения, но не вызывала подобного сопротивления, а скорее пробуждала интерес и более развернутую рефлекссию.

В дополнение важно отметить, что результатом применения подобных методик исследования ценностных ориентаций, как разработанной М. Рокичем и Ш. Шварцем, является профиль ценностных представлений, интерпретация которых невозможна вне предложенных методикой конструкторов. Алгоритм работы с методикой заключается в выставлении участником исследования балльных оценок предложенным утверждениям, т.е. при ее выполнении в большей или меньшей степени доминирует мотив экспертизы (пациенты ранжируют ценности, опираясь скорее не на собственную систему ценностей, а на предположения о «правильности» выполнения задания, например, о необходимости использования всей шкалы оценок), который актуализируется благодаря процедуре выполнения таких методик. Кроме того, данная методика при всех ее многочисленных достоинствах и популярности не позволяет проанализировать

процессуальную сторону мышления о ценностях.

Также важной темой в отношении проведенного исследования является обнаруженные технические сложности в применении данной методики. Например, этот тест вызвал серьезные трудности у участников исследования экспериментальной группы, в том числе – у людей, с диагнозом шизофрения. Обилие пунктов, множественное ранжирование вызывало утомление и потерю интереса к исследованию. Количество объектов, которые необходимо оценивать, сопоставляя друг с другом, охватывает перечень из 30 и з 45 пунктов, как, например, в модификации методики Ш. Шварца и В. Билски, предложенной А. Л. Лихтарниковым (Лихтарников, 2004) или даже из 73 пунктов как в методике «Свободный выбор ценностей», разработанной Е. Б. Фанталовой (Фанталова, 2012). Такая процедура требует значительных усилий, чисто операционально подобные действия выполнять достаточно проблематично. Участники исследования утрачивали первоначальную увлеченность, тратили значительное время на многократное перечитывание списка ценностей, и в итоге начинали делать задание формально, что, безусловно, отражалось на качестве выполнения и конечном результате. В обратной связи именно этот тест участники исследования называли самым неинтересным и трудоемким. Остается согласиться с А. Э. Гегером, что специфика ответов в сильной степени определяется характером используемой методики, методом опроса, общим контекстом его реализации, при этом в подавляющем большинстве работ методологические и методические вопросы вообще не затрагиваются. Тем самым системы ценностей любых категорий населения как бы ясны априори, между используемыми системами вроде нет принципиальной разницы; проблема исследования только в получении конкретных количественных оценок (в конкретных баллах, рангах, процентах) (Гегер, 2010).

Современные исследователи констатируют, что самый распространенный подход к изучению ценностной сферы состоит в

использовании стандартизированных методик: предлагаются определенный список названий ценностей и способ однозначного их оценивания. Большинство исследователей обращаются к методике, разработанной американским социальным психологом М. Рокичем. Небольшая часть исследователей выбирает качественные методы, в основном это полуструктурированное интервью, интервью и его модификации, анализ автобиографий и другие методики. Встречается также смешанная стратегия – использование и качественных, и количественных (стандартизированных) методик на измерение ценностей в рамках одного исследования (Гегер, Гегер, 2015).

При этом критика применения тестирования для изучения ценностной сферы высказывалась неоднократно, упоминались ограничения теоретических моделей (Кричевец, 2010), инструментальных подходов (Лурье, 2010; Ялом, 2007). И хотя, как отмечает Л. Б. Эрштейн, имеющиеся методики не могут достаточно адекватно отразить структуру и ценности личности, тем не менее, нельзя не признать, что тесты как методы выявления ценностей имеют большие преимущества, так как они являются быстрыми и универсальными способами диагностики, и придумать для них соответствующий аналог очень непросто (Эрштейн, 2011). Возможно, что эта соблазнительная простота послужила одним из факторов лавинообразного количества исследований ценностей в России и за рубежом, в которых применяются методики М. Рокича и Ш. Шварца и их более современные модификации.

При этом в работах последних лет все чаще высказывается обоснованная критика этих методик. Так, А. Э. Гегер и С. А. Гегер среди недостатков методики М. Рокича отмечают следующие принципиальные моменты: 1) в методике используется для оценивания большое число в целом достаточно глобальных и неопределенных социальных сущностей – осознание их смысла затруднительно для респондента; 2) респондентам предлагают расположить 18 ценностей на 18 мест в порядке их важности –

однако высказывается сомнение, что у респондента имеется такое количество уровней значимости (дважды по 18 уровней); 3) в заданном списке может просто не быть существенных для конкретного человека позиций, при этом респондент по требованиям методики не имеет права отказаться от оценивания отдельных, даже нерелевантных для него ценностей (отказ от ответа не предусмотрен) – все 36 ценностей респондент должен признать как бы «своими» и выделить каждой место в собственной ценностной иерархии; 4) сомнительным представляется возможность использования единой жесткой методики для изучения ценностей представителей разных культур – американской и российской; 5) жесткий перечень и обязательность ответа приводит к тому, что индивидуальные и групповые ценности совпадают, отдельные индивиды и любые исследуемые социальные группы имеют один и тот же «пакет жизненных ценностей», разве лишь с вариацией значимости отдельных ценностей (Гегер, 2010; Гегер, Гегер, 2015). Сама методика М. Рокича, по мнению В. Г. Морогина не является экологически валидной, так как невозможно точно сформулировать ни одну человеческую ценность – каждый человек все равно будет понимать их по-своему, вкладывая в них свои собственные потребности (Морогин, 2006). В отношении методики Ш. Шварца и У. Билски позиция В. Г. Морогина также критична. По мнению автора, универсальные ценности не могут конфликтовать друг с другом (универсальность понимается через независимое функционирование ценностей, хотя возможна и их опосредованная связь).

Еще ранее в работах В. А. Ядова с коллегами проверялась устойчивость методики М. Рокича. Основными были следующие результаты проверочного эксперимента: ценности, занимающие у респондентов первые 3–4 места и последние 2 места, – были достаточно устойчивыми. Ценности же, помещаемые в срединную часть ранжирования, оказались очень размытыми – имели сдвиг в среднем у каждого респондента на 4–7 рангов. Терминальные ценности (ценности-цели) оказались более устойчивыми, чем

инструментальные (ценности-средства). При укрупнении рангов шкалы с 18-членной до 6-членной устойчивость повышалась (Ядов, 1979).

Также высказывается мнение, что путем опроса невозможно получить достоверные результаты, так как нормальная социализированная личность практически всегда пользуется многочисленными социально одобряемыми поведенческими шаблонами (Морогин, 2006). Еще ранее И. Г. Сенин, разрабатывая методику «Оценки терминальных ценностей», отмечал, что при работе с опросником терминальных ценностей, участники исследования часто бывают склонны давать социально-одобряемые ответы и показывать себя в более выгодном для них виде (Сенин, 2000). Поэтому, как считает В. Г. Морогин, истинную информацию о структуре ценностно-потребностной сферы личности можно получить только с помощью проективного метода (Морогин, 2006).

Подобная позиция находит поддержку среди современных исследователей. Так, для изучения ценностей используются опосредованные приемы: «Цветовой тест предпочтений» М. Люшера (Люшер, 1993), «Тест цветных пирамид М. Пфистера и Р. Хайсса (Прошанский, 2000), «Цветовой тест отношений» А. Эткинда (Эткнд, 1980) (например, Сафиуллина, Зоткин, 2007). А. В. Хухорева совместно с Ю. М. Жуковым была разработана методика диагностики ценностей, позволяющая получать вербальные ответы на невербальные (графические) стимулы (в работе в качестве стимулов были использованы 6 гербов) (Хухорева, 2010). Как отмечает А. В. Хухорева, сложность диагностики ценностей состоит в том, что они зачастую мало осознаются респондентами (Хухорева, 2010). Однако В. Г. Морогин добавляет, что даже эти цветовые предпочтения осуществляются сознательно. Выходом из данного положения В. Г. Морогин считает использование тахистоскопической техники предъявления цветных стимулов, полагая, что в условиях дефицита времени предъявления стимула в кратковременную память перейдут только те объекты, которые связаны с насущными потребностями и жизненно

важными ценностями личности. Автором были предложены две экспериментально-психологических методики – «Цветовой Тахитоскоп» (с симультанным предъявлением цветowych стимулов) и «Цветовой Калейдоскоп» (с сукцессивным предъявлением) (Морогин, 2006). При этом из простого способа знакомства с системой ценностей человека исследовательская деятельность сразу становится сложной технической процедурой.

В противовес неудовлетворительным приемам и широко распространенным опросникам, А. Э. Гегер предлагает для изучения ценностных ориентаций рефлексивную методику выявления ценностей – метод открытых вопросов. Респонденту предлагается собственным языком вписать значимые для него 10 социальных ценностей. Вторая часть задания предлагает пояснить смысл каждой позиции. Этот прием можно назвать методом «двойных» открытых вопросов или методом «параллельных» открытых вопросов (разработка Г. И. Саганенко). Кроме того, предлагается осуществить количественную оценку каждой персонально записанной ценности – оценить значимость ее, исходя из максимума в 100 баллов. Возможно использовать и другие способы для оценивания ценности – абсолютные, независимые от оценок других ценностей, или относительные – с учетом значимости других ценностей (Гегер, 2010).

В данной работе при подготовке методического материала были учтены методологические и методические аспекты критики исследования ценностной сферы.

*Исследовательский план включает в себя задачу более глубокого изучения ценностных ориентаций больных шизофренией, а также проведение сравнительного анализа между известными особенностями мышления при шизофрении и особенностями мышления об абстрактных понятиях – ценностях. При планировании решения этой задачи стало очевидно, что использование стандартных, а также рассмотренных выше процедур в условиях клинической реальности представляется*

*проблематичным и нецелесообразным. В связи с этим был предпринят поиск альтернативных способов изучения ценностных ориентаций, которые давали бы возможность минимизировать инструментальные эффекты, были экологичны в применении к людям с расстройствами шизофренического спектра и позволяли бы сконцентрироваться непосредственно на изучении направленности мышления на ценностную составляющую образа мира субъекта. Для этих целей нами была модифицирована (Леонтьева, 2013) методика «Классификация предметов» (Рубинштейн, 2010). В качестве объектов для классификации были предложены не предметы, а ценности, набор которых был осуществлен на основании результатов пилотажного исследования (ценности, которые выбирали участники исследования из клинической группы) и последующего изучения литературы. Модифицированная методика получила название «Классификация ценностей».*

**2.2.2 Основное исследование: патопсихологическое исследование, модифицированная методика «Классификация ценностей», формализованное клиническое интервью и методика попарных сравнений**

## **ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Большинство участников исследования проходило патопсихологическое исследование. Патопсихологическое заключение на конкретного участника исследования прикладывалось к протоколу или в протокол вносились его параметры – данные об особенностях мышления пациента, нарушениях мышления, включение личностного компонента в мыслительный процесс, симптомы разноплановости, соскальзываний, нарушения опосредованности и др. В ходе патопсихологического исследования использовались следующие методики: «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. Для сравнения ценностных ориентаций с данными патопсихологического исследования применялся качественный анализ ответов респондентов.

## **ФОРМАЛИЗОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ И ЦЕННОСТНЫЙ ДИАЛОГ**

Первым этапом и задачей исследовательской процедуры стала организация **ценностного диалога в рамках формализованного клинического интервью** с каждым участником в духе диалогической модели патопсихологических исследований, подробно разработанной отечественными авторами (Библер 1996; Бурлакова, 1996; Готлиб, 2005; Ильин, 2006; Зейгарник, 1998; Николаева, Соколова, Спиваковская, 1979; Соколова, Бурлакова 1997; Соколова, 1995).

Как указывает Б. В. Зейгарник в принципах построения патопсихологического исследования: «Патопсихологический эксперимент является по существу взаимной деятельностью, взаимным общением экспериментатора и испытуемого. Поэтому его построение не может быть жестким. Как бы жестка ни была инструкция, часто взгляд экспериментатора, его мимика могут изменить ситуацию эксперимента, отношение больного, а это означает, что и его действия могут измениться неосознаваемо для самого испытуемого. Иными словами, качественный анализ потому и необходим, что ситуация патопсихологического эксперимента – это отрезок реальной жизни» (Зейгарник, 1998, стр.15). В соответствии с этими рекомендациями в настоящем исследовании ставилась задача совместить структурированность интервью (определенный порядок вопросов и заданий, их закрытый перечень) с моделированием такой исследовательской ситуации, в которой у респондента проявлялась

мотивация сообщить исследователю о своих ценностных ориентациях – организация ценностного диалога.

Принципиальным для клинического исследования ценностных ориентаций являются возможности методологии патопсихологического исследования. Н.С. Буралкова подчеркивает важность прояснения способов, посредством которых можно способствовать разворачиванию внутреннего опыта, дополнительные оси получения диагностического материала – ось проекции и ось экстериоризации. (Бурлакова, 2014). Настоящее исследование ставит своей задачей создание специальных условий для разворачивания ценностного диалога между психологом и участником исследования, используя экстериоризацию внутреннего опыта пациентов (исследование переоценки ценностей в связи с болезнью) и элементы проекции (исследование представлений о ценностях современного общества).

***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 своей системе ценностей.**

Ценностный диалог использовался как качественный метод в духе традиции глубинных интервью (Ядов, 2001). Как отмечается во многих работах, посвященных качественным методам (Готлиб, 2005; Ильин, 2006 и др.), глубинное интервью дает преимущества в ситуациях, когда необходимо обсудить личные, имеющие отношение к социальным нормам вопросы, на которые участник исследования не в полной мере может ответить в группе или в формализованном формате исследования, также глубинное интервью обладает особой ценностью для предварительного

изучения проблемы (Иванова, 2013). Кроме того, индивидуальное интервью позволяет более свободно высказываться участникам исследования, которые излишне чувствительны к комментариям других лиц.

В целом исследователь такой сложной темы как ценностные ориентации благодаря структурированному диалогу получает возможность формировать более серьезное, вдумчивое отношение к исследованию, более полно и глубоко собирать информацию, наблюдать и учитывать невербальные реакции респондентов, корректировать и адаптировать ход исследования под каждый конкретный случай при соблюдении основных содержательных вех. Однако, структурированный ценностный диалог в настоящем исследовании не носил специальной психотерапевтической задачи и не обладал качествами интервью, направленного на постановку структурного диагноза (Кернберг, 2001), то есть не включал в себя направленные конфронтации, интерпретации и т.д.

Важным моментом стало то, что в отличие от необходимости создания мотива экспертизы для проведения патопсихологического исследования, исследование ценностных ориентаций требовало избрания другой тактики – не создавать, а скорее, снимать мотив экспертизы. Подобную тактику можно назвать «проективной». В ставшем хрестоматийным пособием по подготовке клинических психологов «Спецпрактикуме по патопсихологии» отмечается, что главная задача такой тактики «создать доверительную, непринужденную атмосферу, уменьшить напряженность, возникающую у больного... Однако, если перед исследующим ставится специальная задача исследования личности больного, например, с помощью проективных методик, личностные качества психолога, его умение завоевать доверие больного, расположить его к себе, по возможности снять защитные барьеры во многом определяют удачу или неудачу исследовании... Психолог-экспериментатор может использовать проективную тактику не только при работе с проективной техникой» (Николаева, Соколова, Спиваковская, 1979, стр. 20).

Для снятия мотива экспертизы отдельно подчеркивалось, что правильного выполнения заданий и ответов на вопросы исследования не существует, каждый имеет свои индивидуальные ценности. И именно эти индивидуальные ценности интересны исследователю. Такая установка способствовала повышению самоуважения среди психиатрических пациентов (что представляется нам важным реабилитационным ресурсом), а также созданию особой мотивации к развертыванию рефлексии участников исследования и вызвала особый интерес со стороны группы пациентов с диагнозом шизофрения и пациентов с выявленными акцентуациями по истерическому типу.

После выяснения необходимых анамнестических и других данных (возраст, образование, количество госпитализаций, психологическое состояние, заинтересованность в исследовании и др. клинические характеристики) и исключения негативного влияния на когнитивные способности участника исследования (способами наблюдения, оценки лечащего врача, на основании жалоб пациентов), экспериментатор предлагал перейти к работе с ценностями.

### **МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА «КЛАССИФИКАЦИЯ ЦЕННОСТЕЙ»**

Данная методика является модификацией основополагающей диагностической методики «Классификация предметов» (Рубинштейн, 2010). Можно сказать, что «Классификация предметов» – основная методика в арсенале клинического психолога, представляющая из себя метод опосредованного изучения мышления. Методика по сути является универсальным алгоритмом изучения того, как человек мыслит о самых разных вещах, и, если использовать иной (непредметный) материал для классификации, можно ставить задачи глубокого изучения личности и мышления пациентов. Это достигается благодаря использованию различных ценностей в качестве основного материала исследования.

Важным принципом диагностики является тот принцип, что человек ничего не делает случайно, любые слова и действия человека являются отражением каких-либо ценностей данного конкретного человека (Эрштейн, 2011).

Помимо обозначенных в теоретическом обзоре требований к методологии исследования мы придерживались принципов, сформулированных А. В. Хухоревой: 1) удобство (как требование, чтобы методика была проста в использовании, понятна респондентам); 2) стандартность (как требование возможности использования методики в различных по характеру группах и организациях); 3) надежность (Хухорева, 2010).

Еще одно выдвинутое требование «непрозрачности» методики для респондентов (как требование задавать вопросы опосредованно, чтобы снизить возможность фальсификации данных) мы не поддерживали, опираясь на принципы уважения к тому, что сообщает или не сообщает о себе участник исследования, и открытого диалога, и делали акцент на том, чтобы методика не провоцировала поиск «правильных» и «неправильных» ответов (истинных и ложных ценностей).

Взяв за основу методику «Классификация предметов» (Рубинштейн, 2010), успешно применяемую в клинике уже много лет для изучения предметного мышления, необходимо было определиться с перечнем ценностей, которые будут предлагаться участникам исследования.

Зачастую, как отмечает А. Э. Гегер, задача формирования списка ценностей не представляется проблемной и нередко остается «за скобками» обоснований исследователя (либо вообще не включается в описание методики) (Гегер, 2010). Соглашаясь с позицией данного исследователя, что от того, какой список ценностей в итоге будет предложен респондентам, неминуемо зависит и конечный результат исследования (Гегер, 2010), тем не менее, склонны поддержать мнение М. Рокича, что «общее число ценностей,

являющихся достоянием человека, сравнительно невелико» (цит. по: Леонтьев, 1999, с. 11).

В методике сами ценности должны быть сформулированы предельно неопределенно, так что участник исследования мог бы в достаточно широком диапазоне самостоятельно их трактовать. Экспериментатор при попытках уточнения значений ценностей просто предлагает сравнивать ценности так, как участник исследования сам их понимает (Морогин, 2006). Поэтому обобщенные названия категорий предъявлялись респондентам без каких-либо расшифровок.

В модифицированной методике, которая была названа «Классификация ценностей» (Леонтьева, 2011; Леонтьева, Корнеев, 2014), используется набор из 22 ценностей. Выбор ценностей для методики делался с учетом современных социологических и психологических исследований (Гегер, 2010; Морогин, 2006; Сурженко, 2011 и др.), решая задачу сократить этот список для того, чтобы его можно было использовать в условиях клинической практики. Также выбор конкретных ценностей основывался на результатах пилотажного исследования автора работы. Были включены те ценности, на которые достоверно чаще опирались участники исследования из клинической группы и конфликтные ценности. В финальный перечень вошли такие категории как *безопасность, богатство, вера, власть, доверие, дружба, здоровье, истина, красота, любовь, правда, признание, развитие, реальность, свобода, семья, справедливость, творчество, удовольствие, ум, уникальность, успех.*

Каждое понятие напечатано на отдельной карточке. Экспериментатор выкладывает 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» (Приложение 2).

Участники исследования не ограничены во времени. Таким образом

задается ситуация неопределенности, которая усиливается дополнительными указаниями психолога об отсутствии правильных и неправильных решений, что связано с задачей раскрытия индивидуального мышления о ценностях. Это дает возможность участникам исследования свободно и спонтанно оперировать предложенным материалом, опираясь на субъективные представления, что в итоге приводит к выявлению индивидуальных и личностных особенностей каждого конкретного человека.

После завершения группирования ценностей, исследователь просит дать такое название каждой из полученных групп, которое бы отражало обобщающий и объединяющий принцип. Содержание групп, их названия и особенности выполнения задания фиксируются в протоколе.

Алгоритм выполнения позволяет реализовываться мотивации, основанной на глубокой потребности человека сообщить другому о своей системе ценностей (Ялом, 2007). Такая потребность у пациентов с диагнозом шизофрения выражена особенно. Это люди с уникальным опытом восприятия реальности и, как показывает длительная практика, они хотят им поделиться.

Кроме того, в данном подходе к исследованию мышления о ценностях реализован современный аксиологический дискурс, указывающий на необходимость изучения ценностей не просто как значимостей-самих-по-себе, а как значимостей-для-кого-то (Шохин, 2006) и, таким образом, позволяющий не увязать в процессе определения, что такое ценности «на самом деле», а исследовать индивидуальное мышление о ценностях феноменологически.

Способы категоризации ценностей при их объединении в группы были подвергнуты качественному анализу (объединение по принципу цепи, ядра, выделение отвлеченного признака, смешанный способ). Дальнейшая работа была проделана на основе количественного анализа: использовались описательные статистики (минимальные, максимальные, средние значения,

стандартные отклонения), значимость различий между группами определялась с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. При рассмотрении ядерного способа классификации и отделившихся фрагментов применялся частотный анализ, значимость различий определялась с помощью критерия  $\chi^2$ -Пирсона на основе таблиц сопряженности, применяемых при анализе номинативных данных.

Кроме этого, ценности, объединяемые в группы, были изучены с помощью иерархического кластерного анализа на основе таблиц близости (более подробно описаны далее). В данной работе использовался метод Уорда.

Для изучения ценностных ориентаций в структуру **формализованного клинического интервью** включались **дополнительные вопросы**. Они задавались после выполнения процедуры классификации ценностей. Вопросы предъявлялись в устной форме и поддерживали диалог с участником исследования.

Среди предлагаемых вопросов были следующие:

- *Есть ли такие ценности, которые обязательно нужно было бы включить в предлагаемый перечень, без которых данный перечень недостаточно полный, но которые отсутствуют?*
- *Какие ценности являются для Вас наиболее важными, значимыми в настоящий период жизни? Назовите не более 5 ценностей.*
- *Какие из ценностей для Вас являются не близкими, хотя Вы знаете, что для других людей они могут быть важными, значимыми, но лично для Вас – нет? Назовите не более 5 ценностей.*
- *Как Вам кажется, какими ценностями характеризуется наше современное общество?*
- *Есть ли на Ваш взгляд самостоятельная ценность в*

*психических расстройств и в чём она?*

- *Произошла ли у вас переоценка ценностей, связанная с болезнью или госпитализацией?*

В исследовании ставилась задача выявления ценностей, которые не попали в список (в том числе, тех, которых не хватает в списке конкретным участникам исследования). Рефлексивный подход, направленный на выявление ценностей, позволяет обнаруживать ценностное разнообразие, реагировать на изменения социальной среды, к которой люди принадлежат. В этом случае выявляются наиболее обобщенные и активные на данный момент времени элементы ценностной структуры респондентов, включающие в себя и готовые стереотипы из окружения респондента, и элементы общественного дискурса. Представленный исследовательский подход, как показано, обладает множеством познавательных возможностей, реагирующим на специфику конкретной исследовательской ситуации (Гегер, 2010, с. 10).

### **ВЫБОР БЛИЗКИХ И НЕБЛИЗКИХ ЦЕННОСТЕЙ**

Далее участникам исследования предлагалось выделить из рабочего списка ценностей близкие и неблизкие ценности. Прямой выбор и отвержение ценностей является важнейшей задачей исследования ценностной сферы. Не опосредованные задачей классифицирования и категоризации ценностные выборы участников исследования представляли собой осознанные действия по ориентации в собственных ценностных установках и сообщения об этом исследователю. Полученные данные подвергались количественной обработке. Исследование близких, неблизких ценностей и ценностей современного общества, как номинативных данных, также проводилось с помощью частотного анализа и критерия  $\chi^2$ -Пирсона.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЦЕННОСТЯХ**

## **СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА**

Также экспериментатор предлагал участникам исследования назвать те ценности, которые, по их мнению, присущи современному обществу, то есть тому обществу, в котором живет и участник исследования и экспериментатор. Ценности современного общества были выбраны в качестве материала для вопроса, потому что представление о социальной стороне ценностной системы, о культурно-ценностном пространстве человека может дать важную информацию о его картине мира, ее аксиологической составляющей, об адекватной ориентации в ней. Полученные данные подвергались количественной обработке.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕОЦЕНКИ ЦЕННОСТЕЙ**

Изучение переоценки ценностей, связанной с болезнью и госпитализацией – важный этап исследования ценностных ориентаций больных шизофренией. На основании результатов произошедшей переоценки возможно построение индивидуальной программы работы с психологом, становление критики пациентов к своему состоянию. Применялся качественный анализ – для выявления основных ценностей, которые подверглись переоценке. В дальнейшем был проведен частотный анализ этих ценностей.

## **МЕТОДИКА ПОПАРНЫЕ СРАВНЕНИЯ**

Участники исследования выполняли методику «Попарные сравнения», где сравнивали все ценности друг с другом. Респондентам предлагалась следующая инструкция: «Перед Вами таблица, в которой используется набор ценностей. Ваша задача сравнивать пары ценностей, выбирая в каждой паре ту, которая для Вас наиболее значима. Свой ответ нужно заносить в соответствующую ячейку таблицы». В качестве объектов сравнения выступили те же 22 ценности (вера, власть, любовь, безопасность, признание, успех, здоровье, семья, удовольствие, красота, истина, правда,

творчество, развитие, доверие, богатство, свобода, уникальность, ум, справедливость, реальность, дружба), что и в методике «Классификация ценностей». Время на выполнение данной методики не ограничивалось, а для участников исследования с психическими расстройствами допускалось выполнение в несколько этапов.

После того, как все пары ценностей были сравнены, а соответствующие поля таблицы заполнены, производился подсчет общего количества выборов по каждой ценности в отдельности. В результате данной процедуры каждой из 22 ценностей приписывался свой ранг, полученный простым подсчетом количества предпочтений этой ценности. Минимальный возможный ранг соответствует числу 0 (данная ценность при сравнении с другими ни разу не была выбрана), а максимальный возможный ранг соответствует числу 21 (при сравнении с другими ценностями данная ценность выбиралась во всех парах). Сами предпочтения и отвержения определялись на основе ранговых значений каждой из категорий. Граница отсечения для предпочтений было значение ранга 18 и выше (т.е. та или иная ценность в процессе парного сравнения выбиралась по сравнению с другими 18 раз или чаще), а для отвержения – значение ранга 3 и ниже (ценность выбиралась меньше 3 раз из 22 возможных).

Дальнейшая статистическая обработка данных производилась с использованием программы SPSS 16.0. Для понимания общей картины были вычислены средние ранговые значения по каждой ценности во всех группах, для определения значимости межгрупповых различий использовался U-критерий Манна-Уитни.

### **2.2.3 Организационные аспекты исследования**

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.)

Средняя продолжительность исследования с пациентами составляла около 45-50 минут, с условно здоровыми участниками исследования – 30-40 минут.

Исследование проводилось в стационарных условиях индивидуально с каждым участником, в первой половине дня, когда работоспособность пациентов была максимальной. Предварительно были получены результаты стандартной патопсихологической диагностики, позволяющей оценить когнитивный статус участников исследования (интеллектуальную сохранность). В случае необходимости исследование проводилось в 2 приема. Подобное разделение диагностической процедуры позволяло предотвратить утомление и пресыщение участников исследования, которые могут негативным образом отразиться на результатах диагностики, внося существенные погрешности.

Исследование с условно здоровыми участниками также проводилось индивидуально, лично. Все результаты фиксировались в специальном протоколе (Приложение 3).

После сбора всех необходимых материалов, полученные данные были подвергнуты качественной и количественной обработке. Для статистической обработки данных была использована программа SPSS16.0 и Statistica 7.0. Были получены основные статистики (минимальные, максимальные значения, средние значения и стандартные отклонения), проведен частотный и кластерный. Значимость различий определялась с помощью критерия Манна-Уитни,  $\chi^2$ -Пирсона (Наследов, 2012; Рубцова,

Леньков, 2005; Сидоренко, 2003).

#### **2.2.4 Особенности групп участников исследования**

Всего в исследовании приняло участие 305 человек.

В организационные задачи входило отобрать группу пациентов, страдающих шизофренией, исключив диагностически сомнительные случаи и пациентов со значительно выраженным постпсихотическим дефектом и грубым нарушением когнитивных функций, случаи с сочетанной наркологической патологией.

Поэтому часть результатов не была использована в дальнейшем анализе. В первую очередь отсеивались участники исследования с ярко выраженным побочным действием психофармакологического лечения, существенно снижающим скорость протекания когнитивных процессов. Также не были использованы данные участников с критически низкой мотивацией к исследованию, что приводило к формальному выполнению заданий. Исключены были результаты участников, для которых русский язык не является родным. Кроме этого, были отсеяны протоколы с частичным выполнением исследовательской процедуры.

В итоге были проанализированы результаты 273 участников исследования, которые сформировали 3 группы. Возрастной диапазон участников исследования включал в себя период от 20 до 50 лет, и был обусловлен одной из исследовательских задач по выявлению возможных специфических особенностей ценностных ориентаций на том или ином возрастном отрезке.

#### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ**

**Первую – экспериментальную – группу (таблица 1) составили 111 человек с диагнозами: параноидная шизофрения, постшизофреническая**

депрессия, остаточная шизофрения, простой тип шизофрении (коды F20.0, F20.4, F20.5, F20.6 по МКБ-10). В клинической картине первично и повторно госпитализированных пациентов на момент госпитализации на первый план выступали расстройства восприятия и бредовые идеи. При этом тяжесть расстройства первично и повторно госпитализированных пациентов можно характеризовать как среднюю и тяжелую (данные истории болезни).

В выборку вошли 48 мужчин и 63 женщины в возрастном диапазоне от 20 до 50 лет ( $34 \pm 8.7$ ) с длительностью заболевания  $5.4 \pm 4.5$  года.

31 человек были с первичной госпитализацией и 80 – с повторной (более одного раза). Далее в таблицах группа обозначена как Sch.

Таблица 1. Распределение участников исследования основной клинической группы по полу и возрасту (количество человек)

<b>Возраст</b>	<b>20-29 лет</b>	<b>30-39 лет</b>	<b>40-50 лет</b>	<b>Итого</b>
<b>Пол</b>				
Мужчины	17	21	11	49
Женщины	25	18	19	62
<b>Итого</b>	42	39	30	111

Все пациенты, составившие клиническую выборку, на момент обследования находились в стационаре или в дневном стационаре ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева и НЦПЗ РАН, однако среди них не было пациентов, находившихся в состоянии, препятствующем проведению исследования, наблюдалась редукция психотической симптоматики.

Анализ психофармакотерапии, получаемой больными, показал, что лечение больных шизофренией обследованной группы включало назначение нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов в соответствии с общепринятыми принципами и стандартами лечения. Все пациенты находились на заключительных этапах лечения в стационаре или посещали дневной стационар. Участники исследования были доступны

продуктивному контакту.

Часть пациентов, которая была госпитализирована впервые, обнаруживала особую заинтересованность в патопсихологическом исследовании и исследовании ценностных ориентаций, активно интересовалась результатами исследования и стремилась к контакту с психологом.

Участники исследования клинической группы имели высшее или незаконченное высшее образование, что стало одним из важнейших критериев отбора. Социально-демографические характеристики лиц основной и контрольной групп сопоставимы, хотя у больных шизофренией параметры трудового статуса и образовательного статуса ниже (Приложение 4).

В ходе проведения патопсихологического исследования и исследования ценностных ориентаций часть пациентов демонстрировала наличие критики к болезни и заинтересованность в лечении, часть отрицала наличие психического расстройства. Негативно настроенные и подозрительные пациенты допускались к участию в исследовании, если выражали такое желание. Необходимо отметить, что в ходе проведения исследования ценностных ориентаций обнаруживалась высокая мотивация на диалог о ценностях с исследователем, а также более развернутое и критическое отношение пациентов к болезни и своему состоянию. Например, при выборе ценности *здоровье* в качестве близкой ценности, большинство участников исследования сообщали о том, что испытывают проблемы с психическим здоровьем. Особенно ярко критика к своему состоянию проявлялась в обсуждении с исследователем переоценки ценностей после болезни. Важность ценностей *здоровье* и *семья* – главное, что сообщали пациенты о том, какая переоценка у них произошла. Например: *«На здоровье раньше не обращал внимание, сейчас понимаю, что это большая ценность, перестал бояться психиатрии»*.

В исследовании ценностных ориентаций принимала значительная

группа пациентов в возрастном диапазоне от 40 до 50 лет, большая часть из которых имела стаж заболевания более 10 лет и повторные госпитализации в анамнезе. Однако из исследования исключались пациенты с выраженным эмоциональным дефектом, дабы снизить влияние инвалидизации и дефекта на результаты исследования (данные истории болезни и патопсихологического заключения). Среди участников исследования было несколько пациентов (4 человека) на инвалидности, при этом они имели трудовой стаж более 10 лет на высококвалифицированных рабочих местах (врач, преподаватель).

Дополнительные критерии исключения (для всех групп): алкоголизм и токсикомания, органические нарушения ЦНС, грубые когнитивные расстройства, членство в каких-либо специфических организациях.

**Вторую клиническую** группу участников исследования (таблица 2) составили 60 человек, страдающих расстройством зрелой личности и аффективными расстройствами невротического уровня с различными клиническими симптомами (легкий депрессивный эпизод, паническое расстройство, смешанные тревожные и депрессивные расстройства, эмоционально-неустойчивое расстройство личности, истерическое расстройство личности (коды F32.0, F41.0, F41.2, F60.3, F60.4 по МКБ-10), из них 51 женщина и 9 мужчин в возрастном диапазоне от 20 до 50 лет ( $34 \pm 6.5$ ) со стажем заболевания  $4.5 \pm 5.1$  лет, проходящие лечение в психиатрическом стационаре. У большинства участников исследования были выявлены акцентуации по истерическому типу: отмечались жалобы на эмоциональную лабильность, преувеличенность в выражении эмоций, демонстративность поведения, эгоцентризм и т.д. (данные истории болезни и патопсихологического заключения) (далее в таблицах группа обозначена L).

Таблица 2. Распределение участников исследования дополнительной клинической группы по полу и возрасту (количество человек)

<b>Возраст</b>	<b>20-29 лет</b>	<b>30-39 лет</b>	<b>40-50 лет</b>	<b><i>Итого</i></b>
<b>Пол</b>				
Мужчины	5	3	1	9
Женщины	17	16	18	51
<b><i>Итого</i></b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>60</b>

Пациентов с первичной госпитализацией было 27 человек, повторно проходили лечение 33 человека.

Участники исследования из дополнительной клинической группы также на момент исследования находились в психиатрическом стационаре в санаторном отделении или в дневном стационаре. Отбор участников исследования также включал в себя когнитивную сохранность и наличие высшего или незаконченного высшего образования.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППЫ СРАВНЕНИЯ**

Третью – **контрольную** группу участников исследования (таблица 3) – составили 102 условно здоровых человека (далее в таблице группа обозначена N), из них 49 мужчин и 53 женщины в возрастном диапазоне от 20 до 50 лет ( $32.9 \pm 8.6$ ). Группа набиралась из добровольцев, жителей Москвы, служащих и работников государственных и частных предприятий.

Таблица 3. Распределение участников исследования группы сравнения по полу и возрасту (количество человек)

<b>Возраст</b>	<b>20-29 лет</b>	<b>30-39 лет</b>	<b>40-50 лет</b>	<b><i>Итого</i></b>
<b>Пол</b>				
Мужчины	18	17	14	49
Женщины	20	21	12	53
<b><i>Итого</i></b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>26</b>	<b>102</b>

Ключевые основания, на которых включенных в исследование участников можно отнести к контрольной группе, были следующими: без диагноза из психиатрической и неврологической области в прошлом и настоящем времени; без опыта госпитализации по психиатрическому профилю; самостоятельно никогда не обращавшихся к врачам-психиатрам; без текущих жалоб на симптоматику, потенциально указывающую на психическое расстройство.

Также были важны несколько дополнительных критериев:

- желание участвовать в исследовании;
- возрастные рамки от 20 до 50 лет;
- наличие законченного или незаконченного высшего образования (последние два критерия соответствуют аналогичным в клинической группе).

Все участники контрольной группы не были членами каких-либо общественных или религиозных организаций, определяющих наличие особых ценностей или особого к ним отношения.

Группы участников исследования выравнились по возрасту и полу, что позволило разделить всех респондентов по следующим возрастным диапазонам: 20–30 лет, 30–40 лет, 40–50 лет. Возрастные подгруппы состояли из сопоставимого количества мужчин и женщин. Исключение составила лишь дополнительная клиническая группа – в ней число женщин оказалось существенно больше, чем мужчин. Мы понимаем ограничения тех выводов, которые могут быть сделаны на основании результатов этой группы.

Именно в связи с тем, что основной контингент второй клинической группы были женщины (мужчин с подобными особенностями в исследовании крайне мало), то отдельной линией работы стало выделение влияния фактора пола. Сопоставлялись не только различия между мужчинами и женщинами в норме и при шизофрении, но также отдельно

анализировались результаты трех чисто женских подгрупп (пациентки с диагнозом шизофрения, условно здоровые женщины и женщины с личностными расстройствами). Этот анализ, на наш взгляд, позволит более точно оценить вклад фактора болезни и личностных особенностей по сравнению с фактором пола.

### **Глава 3. Результаты сравнительного, клинико-психологического исследования больных шизофренией**

#### **3.1. Сравнение результатов исследования ценностных ориентаций с данными патопсихологического исследования**

Сравнение результатов формализованного клинического интервью, методики «Классификация ценностей» и методики «Попарные сравнения» с результатами патопсихологического исследования представляет собой отдельную задачу и самостоятельную сложность. Сравнение проводилось с помощью анализа заключений патопсихологического исследования, их результирующей части и анализа конкретных протоколов. Сопоставление проводилось индивидуально по каждому пациенту.

У всех участников группы больных шизофренией были выявлены нарушения мышления разной степени выраженности: снижение целенаправленности, разноплановость, соскальзывания, неравномерность процессов обобщения и др. Обнаружилось, что наиболее всего влияют на мышление о ценностях больных шизофренией и их ценностные ориентации такие симптомы как разноплановость, выраженный субъективизм, отвлеченность, снижение целенаправленности мышления, соскальзывания, нарушения мышления по типу актуализации латентных признаков. Это выражается в том, что при нарушении целенаправленности мышления, мышление о ценностях также начинает носить более вязкий, подробный характер, выбирается цепная или ядерная стратегия классификации ценностей, увеличивается количество ценностей, не вошедших в общую классификацию (фрагментов).

Актуализация латентных признаков как типичное нарушение мышления больных шизофренией в случае мышления о ценностях выражается в следующих случаях: назывании определенных групп нетипичными названиями, иногда носящими вычурный или сверхабстрактный характер, а также в необычных типах структурирования

ценностей. Например, пациент выделяет категорию *«точность»*, *«работа головного мозга»*, наименование групп называет *«заголовками»*. Или пациент не раскладывает ценности по группам, а строит из них пирамиду, исходя из личностных предпочтений.

Конкретность и ситуационность мышления выявляется также при классификации ценностей. Так, например, пациент объединяет в одну группу: *«истина – она равна правде, и справедливость – от слова «правда»*. Или пациентка, делая выбор неблизких ценностей, обозначает, что это ценности *«недоступные здесь, в больнице»*.

Также обнаруживается выраженный субъективизм мышления, личностный компонент при объединении ценностей. Те пациенты, которые в результатах патопсихологического исследования описывались как склонные к выраженной отгороженности, интровертированности, малообщительные и ведущие изолированный образ жизни, выделяли такие группы как *«индивидуальные ценности»*, *«плохие и хорошие ценности»*, *«те, которые мне нравятся»*, *«близкие»*, *«безразличные»*, *«добрые»* и др. Еще один участник, в результатах патопсихологического исследования описанный как пациент с выраженными нарушениями мышления в виде субъективизма и разноплановости, объединяет ценности *безопасность, власть, богатство, справедливость, правда и признание* в *«жестокие стороны характера»*, выражая при этом свое негативное отношение к таким ценностям.

Пациентка при доступности высокого уровня обобщения и абстрагирования при объединении предметов, склонная к сверхобобщениям, разноплановости, субъективизму и опоре на латентные признаки предметов, объединяет группу *«семья»*: *«люди, которые положительно относятся к жизни»*, группу *«то, что окружает жизнь ребенка»* – включает туда мальчика, глобус, уборщицу (*«которая может быть его мамой»*), метлу (*«потому что всю жизнь мету метлой»*). При классификации ценностей все ценности делит на две группы: *«понятные мне и непонятные мне»*.

Другая пациентка, классифицируя предметы, делит все карточки на черные и белые, а классифицируя ценности, делит все карточки на *семью* и *успех*.

Личностные особенности проявляются также в том, какая ценность выделяется в психическом расстройстве. Так, пациентка с выраженной гистрионной акцентуацией характеризует ценности как *«специальное чувство, от которого дух захватывает»*. Пациент с психопатоподобной акцентуацией и нарушениями мотивационной стороны мышления в виде резонерства и др. характеризует психическое расстройство как уникальный опыт, сравнивает с наркотическим «трипом» и в качестве его ценности выделяет *«научный интерес и новую информацию о будущем»*.

Также формальные, отгороженные пациенты с депрессивным компонентом склонны категорически отрицать какую-то ценность в психических расстройствах.

**Таким образом, сравнение результатов патопсихологического исследования с результатами изучения ценностных ориентаций показывает, что в мышлении о ценностях проявляются типичные особенности и нарушения мышления больных шизофренией, а ценностный диалог способствует актуализации личностного аспекта мышления.**

## **3.2. Способы категоризации ценностей**

### **3.2.1. Типы категоризаций**

После анализа данных о нарушении мышления участников по результатам патопсихологического исследования, к рассмотрению поступили результаты категоризации ценностей в группе пациентов с диагнозом шизофрения, группе пациентов с личностными расстройствами, и в группе условной нормы.

Мы выделили следующие способы категоризации: **выделение обобщающего понятия, ядерные комплексы, цепные комплексы**. Типы

категоризаций согласуются с теорией Л. С. Выготского о стадиях развития понятий (Выготский, 1999), что в данном случае представляется уместным в силу прочной интегрированности в научное мышление этой концепции и корреляции этих данных, полученных методами исследования ценностных ориентаций и мышления о ценностях. В отдельных случаях встречались смешанные способы, то есть такие, при использовании которых участники в рамках выделения одной группы пользовались разными способами объединения (например, цепной способ переходил в объединение на основании отвлеченного признака).

### ***Способ объединения по принципу цепи***

Участники исследования в ходе решения задачи объединения ценностей между собой, в их категоризации использовали длинные цепочки рассуждений, в ходе которых одна ценность непосредственно вытекает из другой по принципу *цепи*.

*«Вера в справедливость рождает истину, истина определяет веру (вера, правда, истина, справедливость).*

*«Все познается в развитии, здоровье, доверие, уникальность, ум, богатство. Если здоровый и умный человек, то он будет понимать, что его богатство будет способствовать развитию других людей» (здоровье, доверие, уникальность, ум, богатство, развитие).*

*«Успех – уникальность, успех не ко всем приходит, а к уникальным» (успех, уникальность).*

*«У богатых есть власть и успех, а у красивых много удовольствия плюс безопасность, чтобы богатство сохранить» (власть, успех, красота, удовольствие, безопасность).*

*«Вера в справедливость рождает истину, истина определяет веру» (вера, правда, истина, справедливость).*

Рассуждение может заканчиваться или не заканчиваться обобщением (называнием группы). Обычно такой способ занимает гораздо больше времени, участники исследования непосредственно рассуждают, «мыслят»,

процесс носит развернутый характер. В ходе категоризации могут быть внесены изменения. Отмечается потребность подробно объяснить и показать ход мысли экспериментатору.

### ***Способ выделения ядра***

Часть участников во всех группах не использует для объединения ценностей обобщающие категории, а выделяет ведущую ценность в группе (ЯДРО) и по ее имени называет всю группу. Например: ценности *правда, справедливость, истина, вера* объединены в группу под названием «правда»; *успех, власть, богатство, признание* – в группу «успех» и т.д.

Для ***ядерного способа*** не характерен поиск отвлеченного объединяющего признака. Скорее, в интуитивно выбранной группе выделяется *наиболее сильное объединяющее ядро*. Такое ядро и служит категорией для данной группы. Участники исследования, как правило, не стремятся объяснить, почему они выбрали ту или иную ценность в качестве ядра, при этом правильность выбора не подвергается сомнению. Такой способ выглядит экономичным – и по времени, и по эмоциональной включенности участника.

### ***Способ привлечения отвлеченного признака***

Этот способ характеризуется использованием некоего объединяющего отвлеченного признака для категоризации. Участники исследования использовали некие известные названия для категорий. Такие группы ценностей как «индивидуальные», «духовные», «семейные», «главные», «второстепенные», «гармония», «желания», «стремления», «необходимости» и так далее. Такие названия либо прямо классифицируют ценности на группы, либо определяют существо ценностей через привлечение других категорий. Такая категоризация занимает гораздо меньше времени и отличается меньшим эмоциональным включением участников исследования.

Среди необычных, лично окрашенных названий для категорий, в группе больных шизофренией встречались, например, следующие:

*«Те качества, которые развивают гордость»* (богатство, уникальность, успех, признание, власть, творчество).

*«Плохие ценности»* (богатство, власть, признание, безопасность, доверие, удовольствие, успех, уникальность).

*«Точность, нет лукавства, все ясно-понятно, все точно. Согласие на лечение (может разрушить мою систему ценностей) – обмен истины на свободу, бумага не соответствующая (если подписал, чтобы реальность осталась точной)»* (истина, вера, справедливость, правда, реальность).

Принимая за основную единицу анализа мыслительную операцию выделения группы, была проанализирована доля применения каждого способа в процессе категоризации. Для этого было посчитано отношение количества

групп категоризированных тем или иным способом к общему количеству групп (совершенных мыслительных операций) для каждого человека. Среднегрупповые результаты представлены на рисунке 1 (Приложение 5).



Рисунок 1. Частота использования способов классификации

В группе условной нормы подавляющее большинство операций (74,0%)

связано с формулировкой полноценных обобщающих понятий для определения выделяемых групп. В 23,6% используется емкий ядерный способ, при котором выделяется ведущая ценность в созданной группе. И только в исключительных случаях применяется цепной или смешанный способы.

У пациентов с диагнозом шизофрения около половины операций (51,3%) приводят к обобщающим понятиям, в 31,5% выделяется ведущая ценность (ядро) и гораздо чаще, чем в норме, обнаруживается использование цепных комплексов (8,7%) и смешанного способа (8,7%).

Группа с личностными расстройствами по особенностям категоризации сходна с группой нормы, однако чаще, чем в норме применяет цепные комплексы (различие на уровне статистической тенденции).

Статистический анализ с помощью U-критерия Манна-Уитни показал высокосignificant различия в способах категоризации ценностей между условной нормой и больными шизофренией в применении обобщенных понятий ( $U=3566$ ,  $p < 0,01$ ), цепных комплексов ( $U=4256,2$ ,  $p < 0,01$ ) и использовании смешанного способа ( $U=4432,5$ ,  $p < 0,01$ ).

Вместе с тем обнаруживаются некоторые половые различия в применении различных способов категоризации – только женщины из группы больных шизофренией статистически чаще используют цепной комплекс по сравнению с мужчинами ( $U= 1201$ ,  $p < 0,01$ ). Именно женщины делают основной вклад в статистический общегрупповой результат, тогда как достоверных различий между мужчинами, больными шизофренией, и условно здоровыми мужчинами не обнаруживается (Приложение 5).

В итоге подтверждается результат, что мужчины и женщины с шизофренией существенно чаще, чем в норме, используют смешанные способы ( $U=862,5$ ,  $p < 0,05$  и  $U=1375,5$   $p < 0,1$  соответственно), но реже применяют обобщающие понятия ( $U=870,0$ ,  $p < 0,05$  и  $U=1237,5$ ,  $p < 0,05$

соответственно). Также женщины с шизофренией по сравнению с нормой достоверно чаще используют цепную стратегию ( $U=1174,5$ ,  $p < 0,01$ ) и ядерную ( $U=1197,0$ ,  $p < 0,05$ ). И хотя в целом в группе больных шизофренией достоверно чаще используется цепной комплекс по сравнению с условно здоровыми участниками исследования и по сравнению с группой с личностными расстройствами ( $U=1336,5$ ,  $p < 0,05$ ), использование цепного комплекса более свойственно именно женщинам экспериментальной группы, а не мужчинам.

**Таким образом, в мышлении о ценностях встречаются несколько устойчивых способов категоризации. В норме подавляющее большинство участников исследования, описывая и называя созданные группы, формулирует обобщающие понятия или выделяют одну ведущую ценность, которая оказывается смысловым ядром группы. Для условно здоровых людей не характерно использование цепного комплекса или смешанного способа. Выделение ведущей ценности (ядерная стратегия) интересна для анализа, так как очевидно показывает разницу в ядерных элементах мышления и сам результат не требует первичной интерпретации и перевода в другие единицы, что с точки зрения валидности результатов выглядит особо ценным.**

### **3.2.2. Особенности ядерного комплекса**

Для содержательного анализа использования ядерного способа были проанализированы частоты выделения конкретных ценностей при обобщенном назывании группы ценностей. Были вычислены проценты встречаемости каждой ценности в качестве ядра группы среди тех участников исследования, которые применяли данный способ категоризации (таблица 4).

Среди участников контрольной группы исследования наиболее частотными ядрами оказались такие ценности как *семья* (абсолютный лидер

– 63%), *творчество, дружба, здоровье, справедливость.*

Пациенты с диагнозом шизофрения применяют в качестве ядер чаще всего ценности *семья, успех, творчество, власть, дружба, здоровье.*

Таблица 4. Выделение ведущей ценности в ядерном комплексе (в процентах)

Ценности	N	Sch	L	Ценности	N	Sch	L
<i>Безопасность</i>	0,0	3,3	3,3	<i>Признание</i>	0,0	1,7	6,7
<i>Богатство</i>	18,0	6,7	10,0	<i>Развитие</i>	13,0	18,0	10,0
<i>Вера</i>	5,0	6,7	6,7	<i>Реальность</i>	10,0	6,7	<b>20,0</b>
<i>Власть</i>	10,0	<b>20,0</b>	<b>20,0</b>	<i>Свобода</i>	7,5	6,7	13,0
<i>Доверие</i>	2,5	5,0	6,7	<i>Семья</i>	<b>63,0</b>	<b>53,0</b>	<b>53,0</b>
<i>Дружба</i>	<b>23,0</b>	<b>22,0</b>	17,0	<i>Справедливость</i>	18,0	3,3	0,0
<i>Здоровье</i>	<b>23,0</b>	15,0	6,7	<i>Творчество</i>	<b>40,0</b>	<b>22,0</b>	13,0
<i>Истина</i>	5,0	8,3	10,0	<i>Удовольствие</i>	5,0	5,0	6,7
<i>Красота</i>	2,5	3,3	0,0	<i>Ум</i>	10,0	10,0	17,0
<i>Любовь</i>	7,5	18,0	13,0	<i>Уникальность</i>	5,0	3,3	6,7
<i>Правда</i>	5,0	8,3	0,0	<i>Успех</i>	13,0	<b>30,0</b>	17,0

В группе пациентов с личностными расстройствами наиболее популярные ядра – *семья, реальность, власть.*

Статистически значимые различия обнаружены между частотой использования таких ценностей как *справедливость* ( $\chi^2=4,076$  (1),  $p < 0,01$ ), которая чаще применяется в норме по сравнению с больными шизофренией и *успех* ( $\chi^2=5,697$  (1),  $p < 0,05$ ), которая чаще используется больными шизофренией. Использование ценностей *власть* и *любовь* чаще в группе больных шизофренией имеет лишь статистическую тенденцию ( $\chi^2=2,822$  (1),  $p < 0,1$  и  $\chi^2=3,390$  (1),  $p < 0,1$  соответственно).

В группе пациентов с личностными расстройствами по сравнению с нормой реже встречаются в качестве ядер ценности *справедливость* ( $\chi^2=4,681$  (1),  $p < 0,05$ ) и *творчество* ( $\chi^2=3,481$  (1),  $p < 0,05$ ). По сравнению с

больными шизофренией в группе личностных расстройств чаще используется ценность *реальность* ( $\chi^2=3,110$  (1),  $p < 0,1$ ), возможная причина чего будет обсуждаться ниже.

Относительно половых различий можно отметить, что в группе больных шизофренией достоверные различия между мужчинами и женщинами обнаружены только по категории *реальность* ( $\chi^2=5,446$  (1),  $p < 0,05$ ). Мужчины достоверно чаще используют эту ценность для названия группы (8,3%), тогда как женщины не применяют эту категорию совсем (Приложение 6). По остальным ценностям существенных различий в применении той или иной категории в качестве обобщающего названия для группы между мужчинами и женщинами, страдающими шизофренией не выявлено.

В норме статистически значимые различия были получены для ценностей *богатство* ( $\chi^2=4,501$  (1),  $p < 0,05$ ) и *справедливость* ( $\chi^2=4,501$  (1),  $p < 0,05$ ). Категория *богатство*, как и *справедливость* мужчинами используется для названия группы достоверно чаще, чем женщинами (по 14,0% и 2,1% соответственно).

При этом обнаруживаются несколько различий в применении ценностей в различных группах мужчинами и женщинами.

Ценность *власть* мужчинами, страдающими шизофренией, используется чаще, чем женщинами в норме, которые данную категорию совсем не используют для обобщения ценностей (10,4% и 0% соответственно, ( $\chi^2=4,740$  (1),  $p < 0,05$ ).

Ценность *реальность* больные шизофренией женщины совсем не используют, в отличие от женщин группы нормы ( $\chi^2=4,047$  (1), 6,3%,  $p < 0,1$ ) и женщин с личностными расстройствами (9,8%,  $\chi^2=6,460$  (1),  $p < 0,05$ ), которые достоверно чаще называют эту ценность в качестве обобщающего понятия. При этом категория *успех*, наоборот, пользуется большей популярностью в качестве ядерного понятия у женщин, страдающих шизофренией (15,9%) по сравнению с женщинами группы нормы (4,2%,

$\chi^2=3,872$  (1),  $p < 0,1$ ).

**Таким образом, обнаруживаются различия в предпочтении использования разных ценностей при выделении ядра между всеми группами, и особенности в предпочтениях между мужчинами и женщинами. В целом можно сказать, что фактор пола в применении ядерного комплекса сильнее выражен в норме.**

### **3.2.3. Общее количество групп ценностей и ценности, не включенные в классификацию (фрагменты)**

#### *Количественные характеристики*

С помощью частотного анализа было посчитано количество групп, выделяемых при свободной классификации ценностей (Приложение 7). Выделение группы принимается за одну мыслительную операцию.

На рисунке 2 хорошо заметно, что 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 с личностными расстройствами – 74,6%). Статистическая проверка показывает отсутствие значимых различий между группами по этому параметру (Приложение 5).

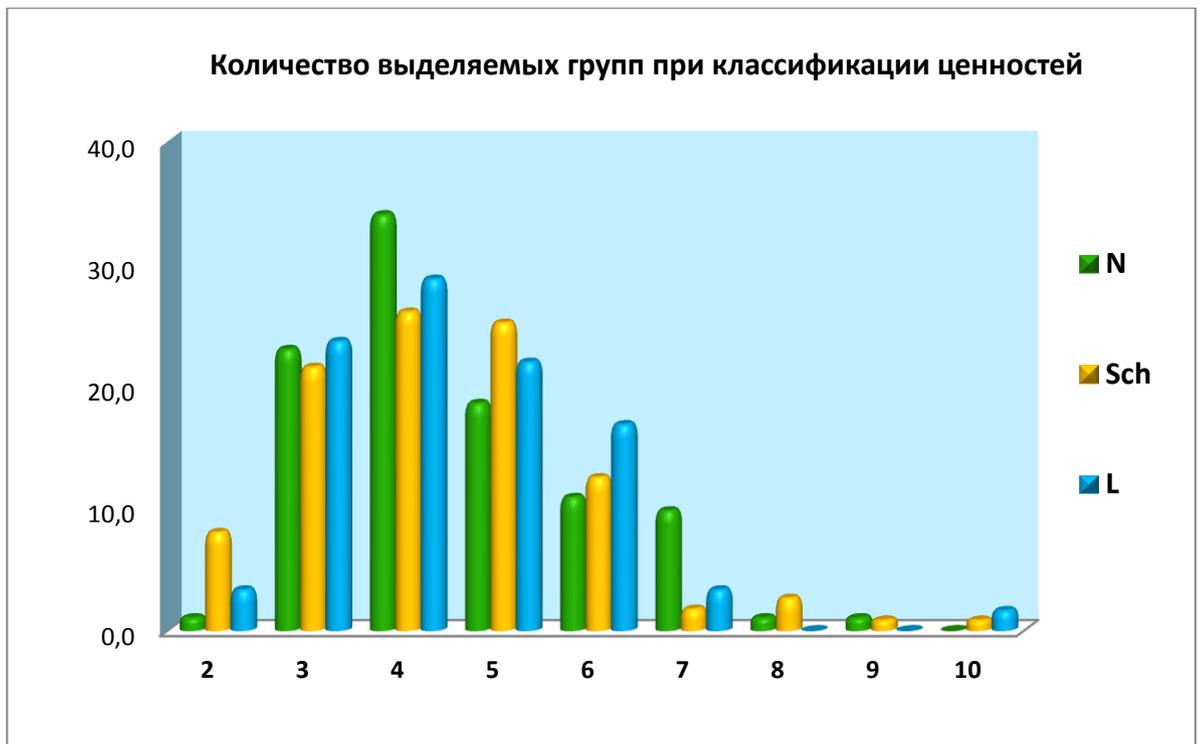


Рисунок 2. Распределение количества выделяемых групп (совершенных мыслительных операций)

Можно отметить, что кластеризация ценностного содержания количественно имеет сходство в разных группах.

Кроме того, важно заметить, что мужчины и женщины во всех трех группах не показывают достоверных различий по количеству выделяемых групп и отделившихся фрагментов. То есть структурирование ценностного содержания у мужчин и женщин внутри групп происходит похожим образом.

Эти данные отличаются от результатов выполнения кластеризации другого содержания (предметного – «животные» и «фрукты»), полученные К. А. Дроздовой, Г. Е. Рупчевым и Н. Д. Семеновым. В группе нормы при свободном назывании среднее количество кластеров было почти в два раза больше, чем у клинической группы. В процессе генерации списка слов больные шизофренией использовали меньшее количество кластеров, чем группа нормы (Дроздова, Рупчев, Семенова, 2015). Такой результат может говорить о принципиальной разнице объектов для классификации,

различиях между предметным мышлением и мышлением об абстрактных понятиях-ценностях, о влиянии значения конкретных ценностей, влияния их конфликтности на процесс обобщения.

Однако при объединении 22 ценностей в группы встречались участники исследования, которые не включали те или иные ценности ни в одну группу (*отделившиеся фрагменты*) (Приложение 8).

Можно заметить (рисунок 3), что 71,8% в группе пациентов с диагнозом шизофрения и 67,0% в группе условной нормы формируют группы из всех предложенных ценностей. Таких участников исследования в группе пациентов с расстройствами личности только 52,5%.

Статистическое сравнение показывает значимое отличие в клинических группах, т.е. в группе с выявленными расстройствами личности значительно чаще допускается выпадение ценностей из создаваемой системы по сравнению с нормой ( $U=2275$ ,  $p < 0,1$ ) и с больными шизофренией ( $U=2777,5$ ,  $p < 0,01$ ), что может говорить о неустойчивости мышления этих пациентов, тенденции к фрагментарности.

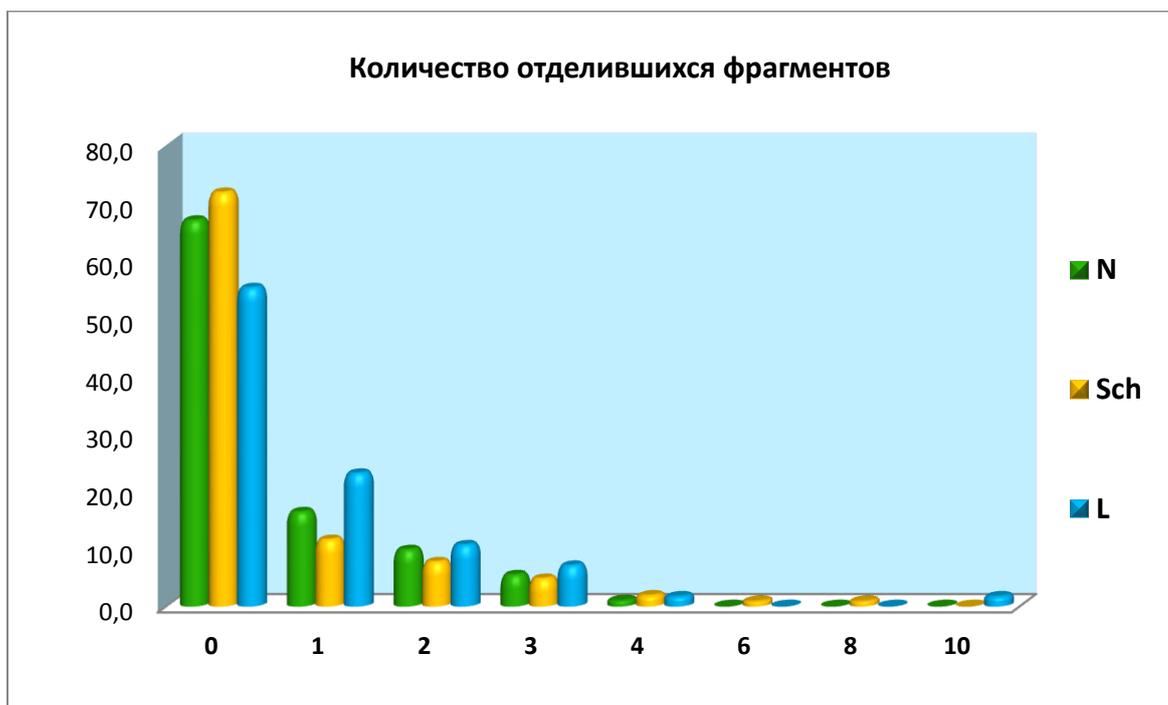


Рисунок 3. Количество отделившихся фрагментов при классификации

Для полноты картины было рассмотрено, какие именно ценностные категории исключались участниками исследования из групповых объединений.

### **Содержательные характеристики отделившихся фрагментов**

Содержательный анализ категорий, не входящих в группы ценностей (отделившиеся фрагменты) и частота их использования представлены в таблице 5.

В группе нормы чаще всего выпадают такие ценности как *реальность*, *вера*, *здоровье* и *удовольствие*. Больные шизофренией чаще других не могут вписать такие ценности как *реальность*, *безопасность*, *власть*, *свобода* и *удовольствие*. В группе личностных расстройств исключаются ценности *реальность*, *власть* и *уникальность*.

Статистически значимые различия в частотах подобных фрагментов между больными шизофренией и нормой получены по ценностям *свобода* ( $\chi^2=6,829$  (1),  $p < 0,05$ ) и *реальность* ( $\chi^2=3,363$  (1),  $p < 0,05$ ), которые больными шизофренией исключаются чаще, чем условно здоровыми людьми.

Таблица 5. Частота не вошедших в группы ценностей (отделившиеся фрагменты), жирный шрифт указывает на значимые различия

Ценности	N	Sch	L	Ценности	N	Sch	L
<i>Безопасность</i>	12,9	<b>26,5</b>	17,9	<i>Признание</i>	3,2	5,9	0,0
<i>Богатство</i>	3,2	8,8	0,0	<i>Развитие</i>	3,2	0,0	0,0
<i>Вера</i>	<b>22,6</b>	14,7	14,3	<i>Реальность</i>	<b>32,3</b>	<b>52,9</b>	<b>46,4</b>
<i>Власть</i>	12,9	<b>26,5</b>	<b>25,0</b>	<i>Свобода</i>	0,0	<b>23,5</b>	14,3
<i>Доверие</i>	3,2	5,9	0,0	<i>Семья</i>	3,2	8,8	10,7
<i>Дружба</i>	3,2	2,9	3,6	<i>Справедливость</i>	3,2	2,9	7,1
<i>Здоровье</i>	<b>19,4</b>	8,8	7,1	<i>Творчество</i>	0,0	2,9	14,3
<i>Истина</i>	3,2	11,8	7,1	<i>Удовольствие</i>	<b>19,4</b>	<b>23,5</b>	10,7
<i>Красота</i>	9,7	14,7	10,7	<i>Ум</i>	3,2	0,0	3,6

<i>Любовь</i>	0,0	0,0	3,6	<i>Уникальность</i>	6,5	8,8	<b>18,0</b>
<i>Правда</i>	3,2	2,9	3,6	<i>Успех</i>	3,2	2,9	0,0

Предположительно это может объясняться тем, что пациенты с шизофренией имеют уникальный опыт существования в иной реальности, недоступной другим людям, при чем не только людям условно психически здоровым, но и другим людям, страдающим шизофренией, так как бредовые концепции и связанное с ними восприятие реальности весьма, хоть и культурно зависимы, но при этом индивидуальны, так же как галлюцинаторные переживания.

В уже упоминаемом исследовании «вербальной беглости» у больных шизофренией, проведенном К. А. Дроздовой, Г. Е. Рупчевым и Н. Д. Семеновой, средний процент слов, названных вне кластеров, у группы нормы оказался существенно ниже, чем у клинической группы. В списке слов, сгенерированных клинической группой, чаще встречались слова, не относящиеся ни к предшествующему, ни к последующему кластеру. У группы нормы данный паттерн проявлялся реже. Данный феномен авторы трактуют согласно концепции А. I. Troster и соавт. (Troster et al., 1998) как нарушение кластеризации, что, в свою очередь, является индикатором нарушения структуры семантической сети у больных шизофренией (Дроздова, Рупчев, Семенова, 2015). Не споря с этой трактовкой, однако, можно предположить, что ценности не включаются в общие кластеры и по другим причинам – из-за личностной пристрастности, конфликтности именно этих ценностей для конкретного человека.

Важно добавить, что достоверных различий между мужчинами и женщинами, как в клинической группе, так и в группе нормы не выявлено. Исключение на уровне статистической тенденции ( $\chi^2=3,348$  (1),  $p < 0,1$ ) обнаруживается в группе условно здоровых участников исследования для ценности *реальность*. Мужчины реже, по сравнению с женщинами исключают эту категорию из групповых объединений (4,7% и 16,7%

соответственно) (Приложение 9). Также на уровне статистической тенденции женщины, больные шизофренией, чаще мужчин исключают из групповых объединений ценность свобода (11,1% и 2,1% соответственно,  $\chi^2=3,320$  (1),  $p < 0,1$ ).

При этом у женщин, больных шизофренией, достоверно чаще, чем у женщин группы нормы выпадающим фрагментом оказывается ценность *свобода* (11,1% и 0% соответственно,  $\chi^2=3,967$  (1),  $p < 0,05$ ).

А среди мужчин, больные шизофренией реже исключают ценность *вера* по сравнению с нормой (2,1% и 11,6%), но чаще ценность *реальность* (16,7% и 4,7% соответственно). Однако эти различия обнаруживаются лишь на уровне статистической тенденции ( $\chi^2=3,355$  (1) и  $\chi^2=3,348$  (1),  $p < 0,1$  соответственно).

Исключенные фрагменты указывают на ценности, содержащие в себе определенные конфликты для той или иной группы, например, пациенты с личностными расстройствами в 18% случаев исключают ценность *уникальность*, что для других группам не характерно (в общегрупповом тренде обнаружена лишь статистическая тенденция, а для женских подгрупп при этом статистических различий не выявлено). Можно предположить наделение этих ценностей особым содержанием, смыслом, что, требует, конечно, дополнительных исследований.

**Таким образом, большинству участников исследования свойственно создавать компактные множества ценностей, включающие 3-5 составных частей, при этом большинству в группе условной нормы и с диагнозом шизофрения свойственно вписывать все имеющиеся элементы, тогда как участники исследования с личностными расстройствами истерического спектра в половине случаев допускают выпадение отдельных ценностей из общей системы. Также участники исследования разных групп исключают разные ценности, что может**

**указывать на чувствительность конкретных ценностей к типу расстройства и психологическому конфликту.**

Отметим, что кроме отделившихся фрагментов, были еще ценности, не вошедшие в общую классификацию. Это те ценности, которые участники добавили в список, которых, как они считают, не хватило в списке для классификации. В большинстве случаев речь шла о частных понятиях, входящих в более общие понятия. Например, многие добавили в список ценности: дети, муж, родители, мир в семье, которые связаны с имеющейся в списке ценностью *семья* – межличностные отношения, или ценность материальное благополучие, достаток, которые могут быть заменены на ценность *богатство*, которая также имеется в списке.

Количество действительно оригинальных ценностей, не попадающих ни в одну категорию, оказалось не велико. Больше всего их встречается в группе пациентов с диагнозом шизофрения. Среди таких: ответственность, доброжелательность, доброта, соучастие, социальная защита. Наверное, самым оригинальным в группе пациентов, страдающих шизофренией, была ценность «безразличие» (которую участник исследования определил как «не реагировать на окружающих»), что выглядит не таким уж странным, на фоне самой оригинальной не хватающей в списке ценности в группе нормы – «наркотики и секс».

**Включение дополнительных ценностей участниками (особенно клинических групп) может говорить об их включенности, настроенности на диалог с исследователем, высокой мотивации донести свои ценностные ориентации, потребность конкретизировать и наполнить уникальным содержанием обобщенные ценности.**

### **3.3. Результаты кластерного анализа**

#### *Первичная обработка результатов*

На основании результатов классификации ценностей были построены

таблицы близости между предложенными участникам исследования ценностями. Мера близости между двумя ценностями рассчитывалась как мера частоты встречаемости объединения их в одну группу во всей анализируемой выборке участников исследования, нормированная относительно размера выборки. Затем производилась оценка расстояний между ценностями путем вычитания рассчитанной величины близости из единицы. Таким образом, была получена общая матрица расстояний между ценностями, в которой минимальное расстояние равнялось нулю (пара ценностей объединяется в одну группу всеми участниками исследования), а максимальное – единице (пара ценностей не объединяется в одну группу ни одним из участников исследования). Такие матрицы были построены отдельно для всех возрастных групп участников исследования.

Для выявления различий в структуре ценностей в группах каждая из полученных матриц расстояний подвергалась иерархическому кластерному анализу. Анализ проводился в статистическом пакете Statistica 7.0. В качестве метода кластерного анализа был выбран метод Уорда (Ward's method), так как он позволяет выделить в данном случае наиболее четкую кластерную структуру (Рубцова, Ленков, 2005).

#### *Общие результаты кластерного анализа*

В результате проведения кластерного анализа в трех экспериментальных группах были выделены 5 (в отдельных случаях 6) кластеров, в которые объединялись 22 исходные ценности. Количество кластеров определялось на основании анализа дендрограмм и таблиц агломерации. Были выделены кластеры **межличностного общения (семья), абстрактные ценности, ценности социальности, ценности, связанные с телесностью и ценности, связанные с самореализацией.**

Для более наглядного представления отличий в межгрупповой структуре ценностных ориентаций была составлена таблица 6.

Таблица 6. Состав выделенных кластеров в трех группах (курсивом отмечены различия)

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

Таким образом, в межгрупповом анализе обнаруживаются стабильные для всех участников исследования множества ценностей. Кластер семьи и социальности или социальной силы для всех групп оказывается идентичен. Для группы больных шизофренией характерно разделение кластера абстрактных ценностей на два блока и присоединение ценности *удовольствие* к кластеру телесности. В группе нормы *удовольствие* присоединяется к группе ценностей самореализации. Также обнаруживаются особенности группы с

**акцентуациями – ценность *вера* присоединяется к кластеру *семья*, а *безопасность* и *удовольствие* к кластеру *телесности*.**

Далее представлены результаты кластерного анализа в разных возрастных группах:

В группе условной нормы (20-30 лет) было выделено 4 кластера (рис. 4):

1. *Безопасность, вера, свобода, правда, истина, справедливость, реальность.*
2. *Семья, дружба, доверие, любовь.*
3. *Богатство, власть, признание, успех.*
4. *Развитие, ум, творчество, уникальность, удовольствие, здоровье, красота.*

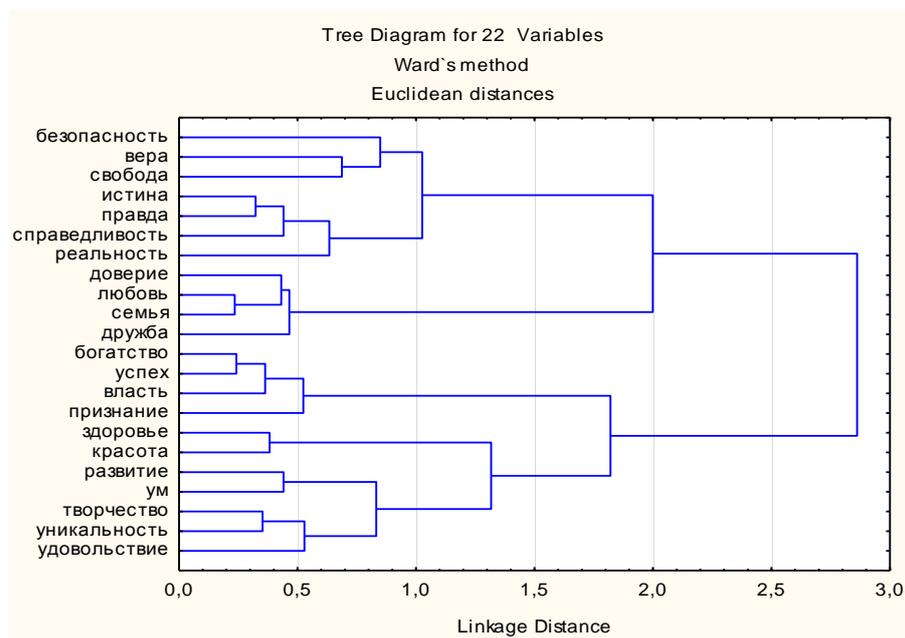


Рисунок 4. Группа условной нормы 20-30 лет

Кластер телесности не выделяется в отдельный кластер, а соединяется с ценностями самореализации. Красота и здоровье связываются с творчеством, развитием, умом, уникальностью и удовольствием.

В группе условной нормы (30-40) лет было выделено 5 кластеров (рис.

5):

1. *Безопасность, вера, дружба, свобода, красота, удовольствие.*
2. *Семья, доверие, любовь, здоровье.*
3. *Правда, истина, справедливость, реальность.*
4. *Богатство, власть, признание, успех.*
5. *Развитие, ум, творчество, уникальность.*

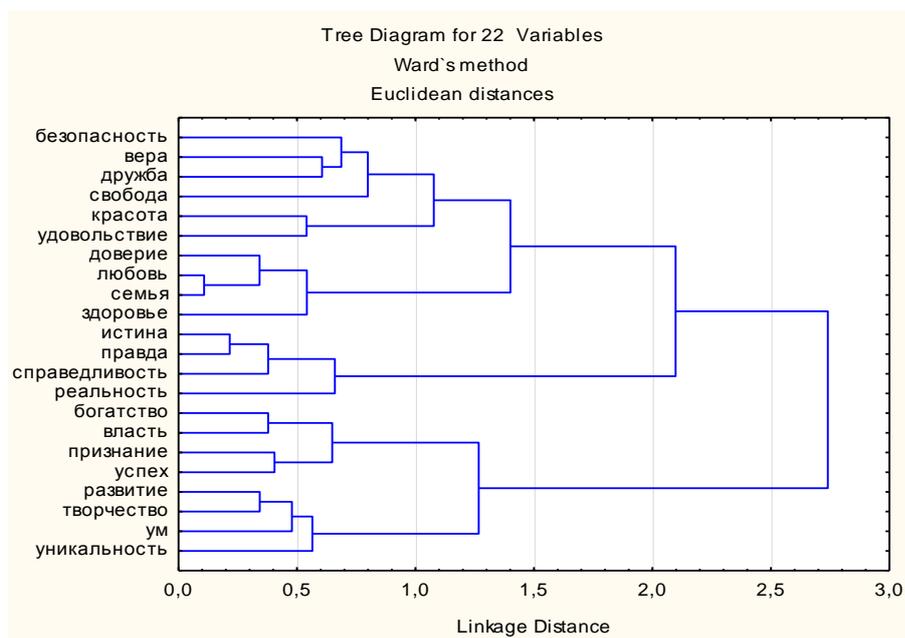


Рисунок 5. Группа условной нормы 30-40 лет

Кластер телесности еще не выделен в отдельный. Здоровье соединяется с кластером семьи, а красота с абстрактными ценностями.

В группе условной нормы (40-50 лет) было выделено 5 кластеров (рис.

6):

1. *Безопасность, свобода, богатство, власть.*
2. *Красота, здоровье.*
3. *Признание, успех, ум, развитие, творчество, уникальность, удовольствие.*

4. *Вера, истина, правда, справедливость, реальность.*

5. *Семья, любовь, доверие, дружба.*

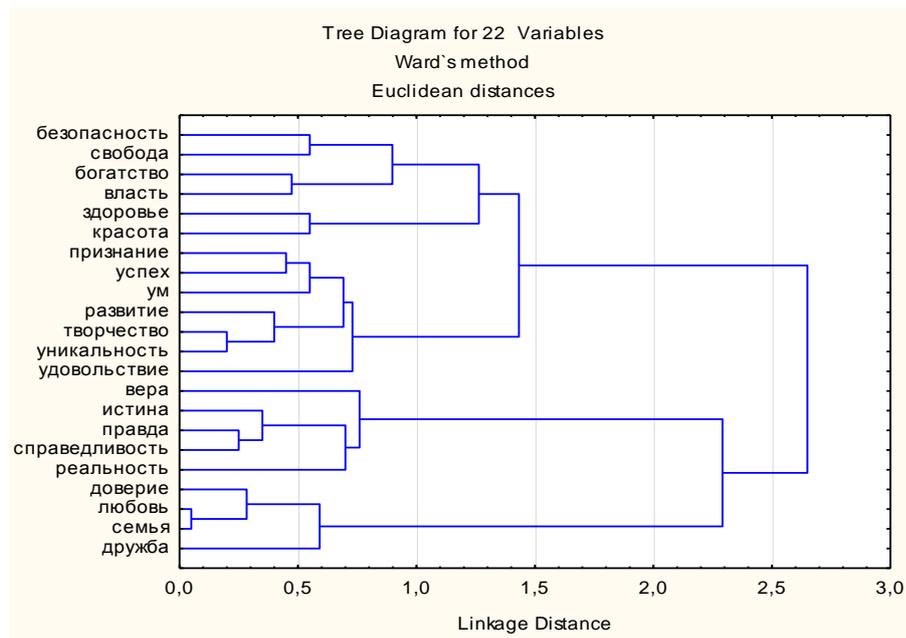


Рисунок 6. Группа условной нормы 40-50 лет

Кластеры приходят в динамику по сравнению с предшествующим возрастным периодом 30-40. Выделяется отдельный кластер телесности (здоровье, красота), а *безопасность* утрачивает свое абстрактное значение и присоединяется к кластеру социальной силы (Бурдые, 1999; Тульчинский, 2001). Согласно Э. Эриксону (Эриксон, 1996) для этого возраста характерна переоценка своих социальных достижений и своего места в мире с точки зрения общечеловеческого контекста, некоторая ревизия и рефлексия пройденного пути. В современном мире человек, принадлежащий к условной норме, скорее склонен оценивать свой социальный успех, люди большинства профессий в этом возрасте выходят на пик карьерного роста или же понимают, что не выполнили свою социальную программу. Кроме этого, социальная успешность обеспечивает большую безопасность в мире без определенных социальных гарантий. По последним опросам важность достижения успеха отмечает 89% наших российских современников (ВЦИОМ, 2013).

В клинической группе пациентов с диагнозом шизофрения (20-30 лет) по результатам кластерного анализа было выделено 5 кластеров (рис. 7):

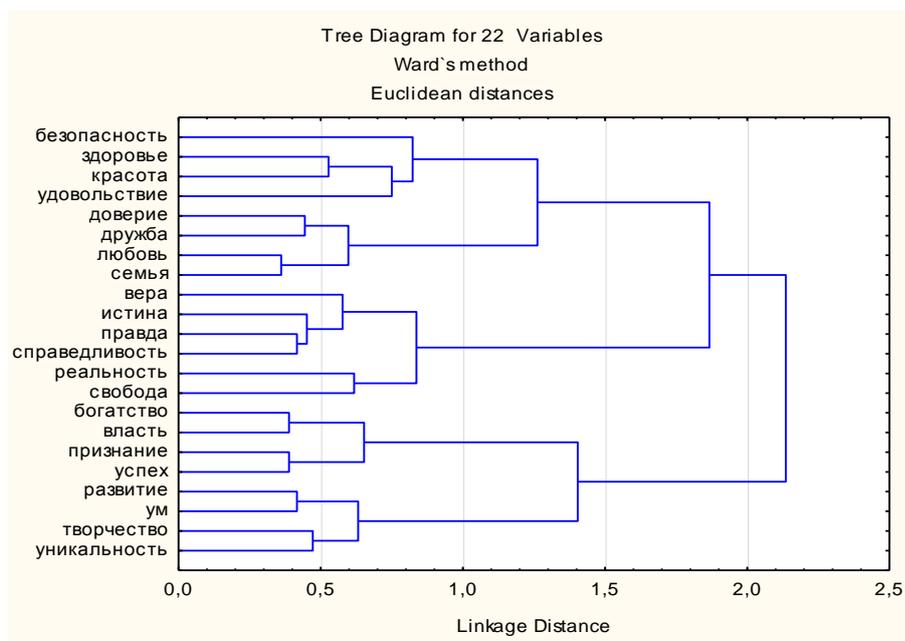


Рисунок 7. Группа пациентов с диагнозом шизофрения 20-30 лет

1. *Безопасность, здоровье, красота, удовольствие.*
2. *Любовь, семья, доверие, дружба.*
3. *Правда, справедливость, истина, вера, реальность, свобода.*
4. *Богатство, власть, признание, успех.*
5. *Развитие, ум, творчество, уникальность.*

Важное отличие от группы нормы в том, что ценности *безопасность* и *удовольствие* соединяется с кластером телесных ценностей, что может говорить о большой значимости в этой возрастной группе ценности телесности и особой важности безопасности именно физического тела. *Удовольствие* связывается также с телесностью и это различается с

результатами аналогичной возрастной группы условной нормы, в которой кластер телесности соединяется с кластером самореализации. У многих пациентов к этому времени появляется первый опыт недобровольной госпитализации, что влияет и на общее ощущение безопасности.

В группе больных шизофренией (30-40 лет) были обнаружены 5 кластеров (рис. 8):

1. *Безопасность, реальность, свобода, здоровье, красота, удовольствие.*
2. *Любовь, семья, доверие, дружба.*
3. *Правда, истина, справедливость, вера.*
4. *Богатство, власть, признание, успех.*
5. *Развитие, ум, творчество, уникальность.*

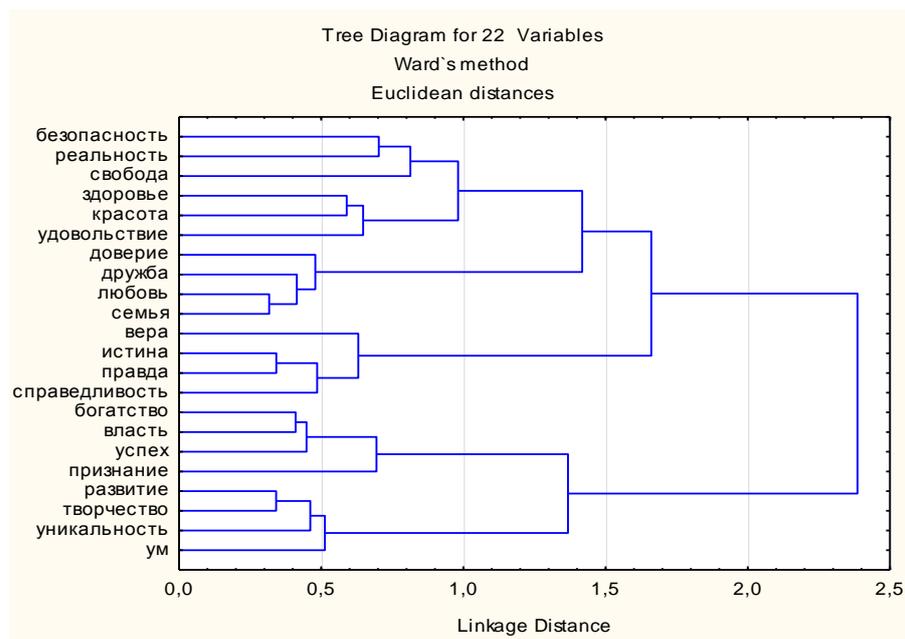


Рисунок 8. Группа пациентов с диагнозом шизофрения 30-40 лет

Кластер телесности продолжает расширяться и включает в себя класс абстрактных ценностей: *свободу, удовольствие, реальность*. Можно предположить, что эти ценности утрачивают свое собственно изначальное значение, теряя свою абстрактную природу и привязываясь к конкретным

бытийным проявлениям, постепенно выходят на первый план. С другой стороны, т.к. похожую тенденцию можно наблюдать в группе уловной нормы, можно предположить иную трактовку – в современном мире у взрослого человека телесность в некоторой степени отчуждается, что позволяет ей переходить в ранг абстрактного и, соответственно, сцепляться на смысловом уровне с другими абстрактными ценностями. Как пишет А. Ш. Тхостов: «Наиболее важно в этом феномене [отчуждение телесности] то, что граница локализации ощущений (т.е. граница между Я и не-Я) прямо зависит от границы автономности/предсказуемости» (Тхостов, 2002, с. 64), что может быть причиной таких сложных отношений пациентов с диагнозом шизофрении с категорией телесности, ведь при шизофрении мир человека даже в ремиссии отличается непредсказуемостью, а переживание опыта психоза сдвигает границы реальности.

В самой старшей группе больных шизофренией (40-50 лет) было выделено 4 кластера (рис. 9):

- 1. Безопасность, здоровье, семья, дружба, вера, доверие, любовь, красота.*
- 2. Богатство, власть, признание, успех, свобода, удовольствие.*
- 3. Развитие, уникальность, реальность, ум, творчество.*
- 4. Правда, истина, справедливость.*

Все кластеры приходят в движение, что говорит о том, что этот возрастной период у пациентов с шизофренией в смысле динамики ценностного содержания максимально активен. Важно, что все кластеры смешиваются, и наблюдается наибольшее различие с контрольной группой именно в этом возрасте. Ценности удовольствие и свобода соединяются с ценностями социальной силы – богатством, властью, признанием, успехом.

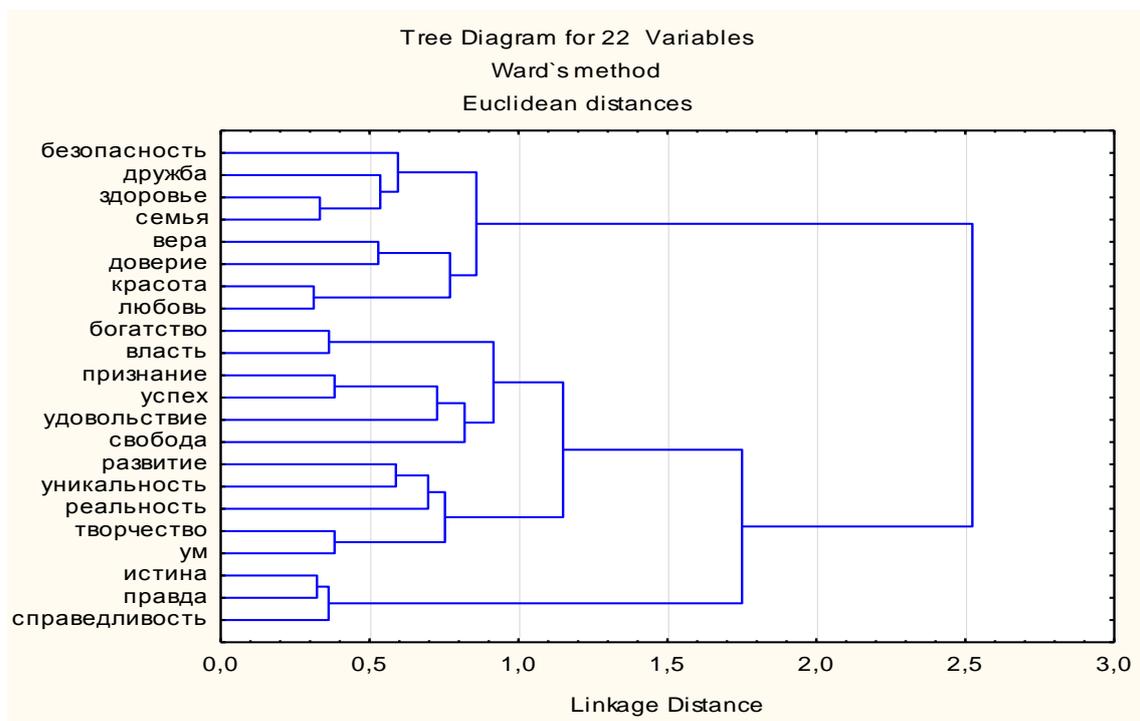


Рисунок 9. Группа пациентов с диагнозом шизофрения 40-50 лет

Это может объясняться как тем, что к возрастному периоду 40-50 лет человек приходит к рефлексии своего экстремального опыта (опыта как психоза, так и госпитализаций, длительного лечения нейролептиками).

В наиболее молодой группе пациентов с расстройством личности истерического спектра (20-30 лет) можно выделить 5 кластеров (рис. 10):

1. *Любовь, семья, доверие, дружба, здоровье, безопасность.*
2. *Истина, справедливость, правда, реальность.*
3. *Призвание, успех, богатство, власть.*
4. *Вера, свобода, красота, удовольствие.*
5. *Развитие, творчество, уникальность, ум.*

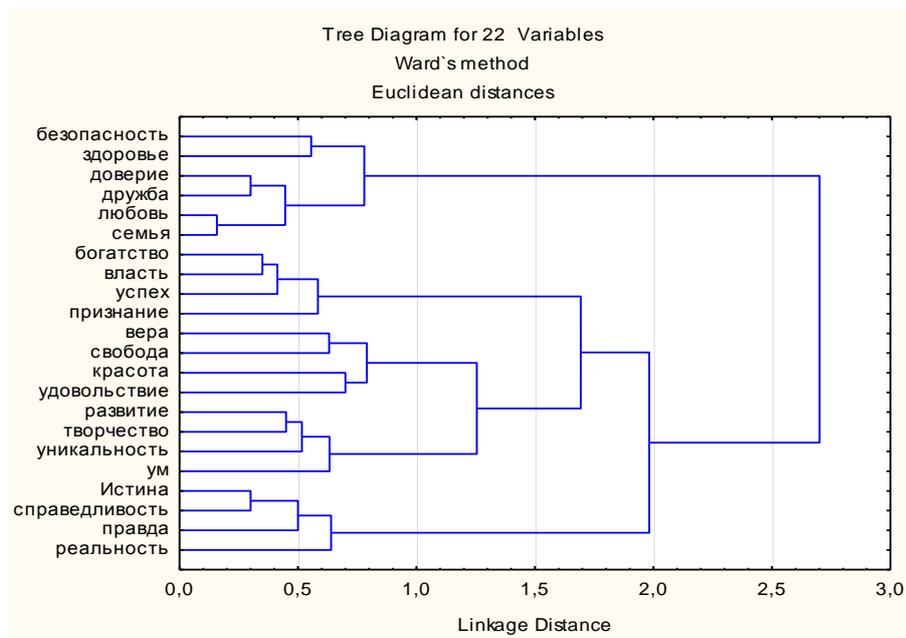


Рисунок 10. Группа пациентов с расстройством личности 20-30 лет

Наблюдается выраженное отличие от группы условной нормы и группы пациентов с диагнозом шизофрения: телесность объединяется с кластером семьи и абстрактными ценностями, *красота* и *удовольствие* объединяются с *верой* и *свободой*. Существенные отличие этой группы можно объяснить сущностью расстройств, о которых, ссылаясь на опыт предшественников, А. Е. Личко писал: «Психопатии – это такие аномалии характера, которые, по словам П. Б. Ганнушкина (1933), «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают... приспособляться к окружающей среде» (Личко, 1983, с. 3).

Истерическая акцентуация формируется длительно по ходу развития человека и в силу таких особенностей как внушаемость, жажда внимания и успеха должна влиять на ценностные ориентации специфическим образом. Ценности телесности, соединяемые с абстрактными ценностями, также говорят о специфическом феномене отчуждения тела, но совсем в другом ключе, чем в норме и у больных шизофренией. Предположительно это

может быть связано с особенностями самосознания: «На феноменологическом уровне большей дифференцированности соответствует большая осознанность и подконтрольность аффективных переживаний и телесного опыта, их опосредованность и представимость на языке значений и индивидуальных личностных смыслов. Психологическая недифференцированность и зависимость, согласно развиваемой нами концепции, составляют основное, системообразующее свойство "пограничного самосознания"» (Соколова, Николаева, 1995, с. 359).

В более зрелой группе пациентов с расстройством истерического спектра (30-40 лет) было выделено 5 кластеров (рис. 11):

1. *Любовь, семья, доверие, дружба.*
2. *Правда, истина, справедливость, вера.*
3. *Свобода, красота, удовольствие, реальность, здоровье, безопасность.*
4. *Признание, успех, богатство, власть.*
5. *Развитие, творчество, уникальность, ум.*

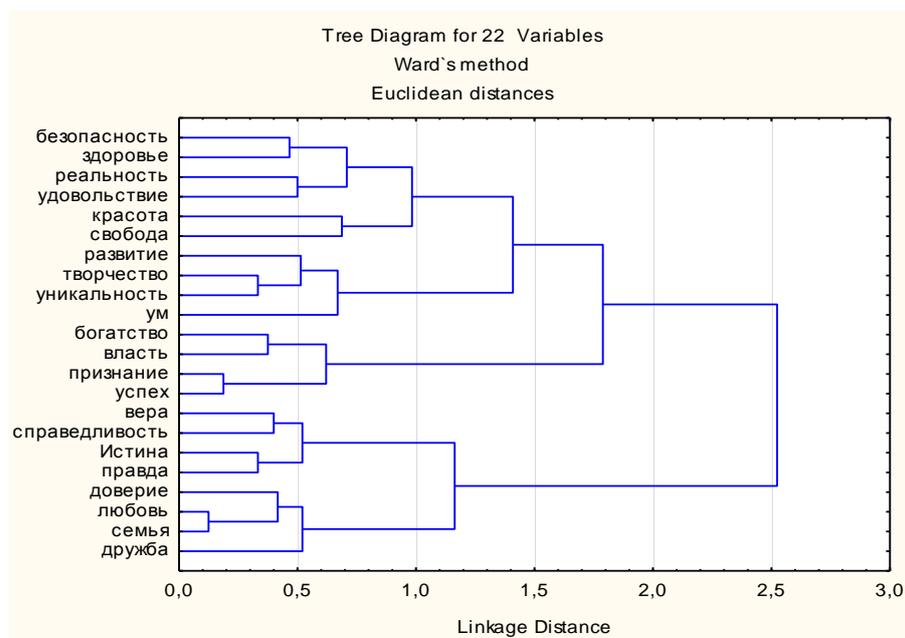


Рисунок 11. Группа с расстройством личности истерического спектра 30-40 лет

Тенденция предыдущего возрастного периода сохраняется. Ценность *здоровье* примыкает к кластеру абстрактных ценностей.

В самой старшей группе пациентов с расстройством личности истерического спектра (40-50 лет) можно выделить 5 кластеров (рис. 12):

1. *Любовь, семья, доверие, дружба, вера.*
2. *Свобода, безопасность, истина, правда, справедливость.*
3. *Здоровье, красота, удовольствие.*
4. *Признание, успех, развитие, творчество, уникальность.*
5. *Богатство, власть, реальность, ум.*

Наряду с сохранением предыдущих тенденций и сильным отличием от двух других групп участников исследования, можно наблюдать соединение ценностей социальной силы с абстрактными ценностями, но отличными от тех, что мы видели в соответствующей возрастной группе условной нормы: *богатство* и *власть* соединяются с *реальностью* и *умом*. Это может объясняться тем, что человек с личностными особенностями отличается большой неконформностью (Куликова, 2011).

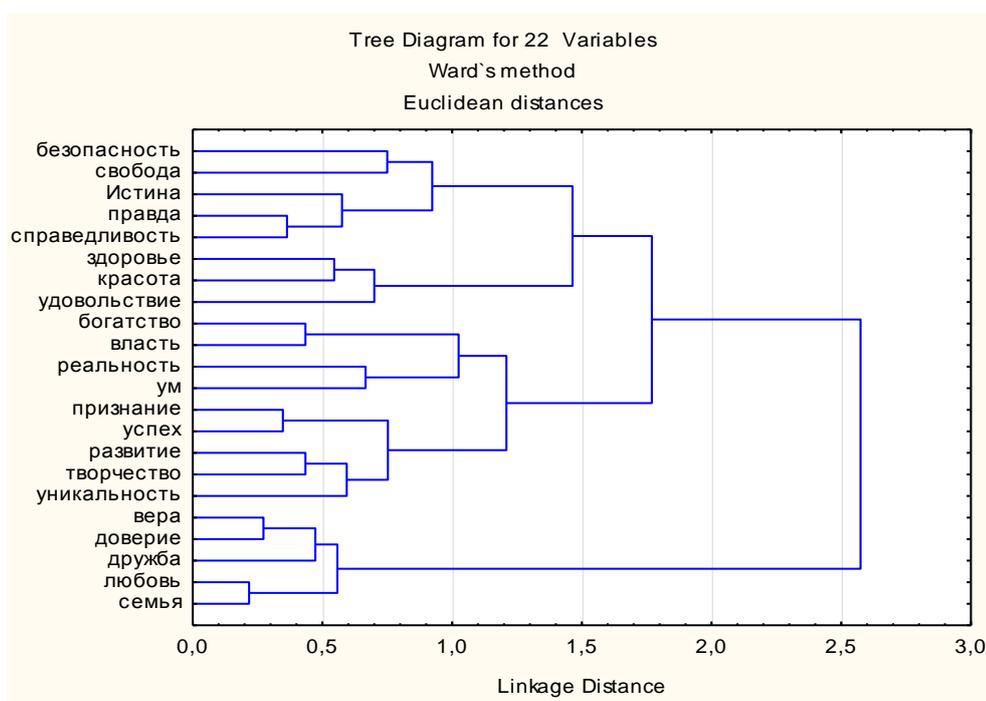


Рисунок 12. Группа пациентов истерического спектра 40-50 лет

Фактически еще А. Е. Личко, описывая таких пациентов, говорит о неконформности, неписанности в общесоциальный контекст людей с личностными расстройствами. В результате такой пациент сталкивается с нападками на свое видение мира и бытия в нем, и в момент переоценки своих достижений, характерной для возрастного этапа 40-50 лет, для таких пациентов важна не только оценка социальных достижений, но и того, насколько их видение реальности совпадало с реальностью объективной, и насколько правы были их критики.

### **3.4. Предпочитаемые ценностные ориентации**

Одной из локальных задач стало выявление ценностных ориентаций (или ценностных блоков), отражающих смысловую структуру личности участников исследования через принимаемые (субъективно близкие) и отвергаемые (субъективно неблизкие) ценности, а также сопоставление этих структур с представлениями о ценностях современного общества. Таким образом, была предпринята попытка внутри системы ценностных ориентаций выделить и сопоставить фокус индивидуального с фокусом социального.

#### **3.4.1. Исследование близких ценностей**

##### **Исследование близких ценностей прямым названием**

Наиболее частотными среди пациентов с диагнозом шизофрения оказались такие ценности как *любовь, здоровье, семья* – их называют близкими более половины больных шизофренией (таблица 7). Гораздо реже упоминаются ценности *доверие, безопасность, развитие, успех и правда*, а остальные ценности, среди которых *богатство, красота, признание, реальность, справедливость, уникальность, истина, удовольствие и власть* являются менее близкими больным шизофренией.

Таблица 7. Близкие ценности (прямое название, в процентах)

Ценности	N	Sch	L	Ценности	N	Sch	L
<i>Безопасность</i>	20,9	14,5	16,9	<i>Признание</i>	10,5	9,1	5,1
<i>Богатство</i>	15,1	12,7	8,5	<i>Развитие</i>	<b>32,6</b>	16,4	20,3
<i>Вера</i>	15,1	<b>29,1</b>	<b>28,8</b>	<i>Реальность</i>	5,8	10,9	1,7
<i>Власть</i>	1,2	1,8	1,7	<i>Свобода</i>	34,9	32,7	22,0
<i>Доверие</i>	32,6	18,2	39,0	<i>Семья</i>	<b>66,3</b>	<b>59,1</b>	<b>55,9</b>
<i>Дружба</i>	30,2	37,3	32,2	<i>Справедливость</i>	12,8	8,2	22,0
<i>Здоровье</i>	<b>61,6</b>	<b>63,6</b>	<b>57,6</b>	<i>Творчество</i>	17,4	22,7	20,3
<i>Истина</i>	10,5	9,1	13,6	<i>Удовольствие</i>	10,5	6,4	10,2
<i>Красота</i>	7,0	10,9	13,6	<i>Ум</i>	14,0	<b>29,1</b>	15,3
<i>Любовь</i>	<b>62,8</b>	<b>69,1</b>	<b>62,7</b>	<i>Уникальность</i>	4,7	8,2	3,4
<i>Правда</i>	4,7	12,7	13,6	<i>Успех</i>	10,5	12,7	13,6

В группе сравнения подавляющее большинство участников исследования (как и в клинической группе) считает близкими такие ценности как *семья, любовь и здоровье*. Около трети участников исследования контрольной группы называют близкими ценности *свобода, доверие, развитие, дружба*. Остальные ценности встречаются гораздо реже.

Важно отметить, что ценности *ум и вера* гораздо чаще являются близкими для больных шизофренией, чем для участников из контрольной группы (обнаруживаются статистические различия:  $\chi^2=6,152$  (1),  $p < 0,01$  и  $\chi^2=5,142$  (1),  $p < 0,05$  соответственно), а *развитие* гораздо чаще оказывается близким именно здоровым ( $\chi^2=7,310$  (1),  $p < 0,01$ ).

Эти же основные тенденции сохраняются при сопоставлении результатов мужских и женских подгрупп (Приложение 10).

Мужчины, больные шизофренией, по сравнению со здоровыми больше ценят *веру* ( $\chi^2=8,914$  (1),  $p < 0,01$ ), а также *ум* ( $\chi^2=3,386$  (1),  $p < 0,1$ ) и *правду* ( $\chi^2=3,239$  (1),  $p < 0,1$ ), но меньше, чем в норме выбирают *доверие* ( $\chi^2=5,947$  (1),  $p < 0,05$ ) и *развитие* ( $\chi^2=2,275$  (1),  $p < 0,1$ ).

Женщины, страдающие шизофренией, по сравнению с условно здоровыми женщинами больше ценят *дружбу* ( $\chi^2=2,910$  (1),  $p < 0,1$ ), ум ( $\chi^2=2,878$  (1),  $p < 0,1$ ), но меньше *развитие* ( $\chi^2=4,607$  (1),  $p < 0,05$ ) и *справедливость* ( $\chi^2=3,997$  (1),  $p < 0,1$ ).

Хотя в наборе наиболее приоритетных ценностей мужчин, страдающих шизофренией, появляется ценность *вера*, при этом меньший акцент делается на ценность *дружбы*, а у женщин-пациенток, наоборот, не так сильно звучит тема веры, сколько *дружбы* (что подтверждается статистически,  $\chi^2=7,507$  (1),  $p < 0,01$ ), а также наиболее близкими оказываются ценности *творчества* и *ума*. 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 также *свобода* ( $\chi^2=3,091$  (1),  $p < 0,01$ ).

В норме ключевые ценности (семья, любовь, здоровье, доверие) у мужчин и женщин совпадают.

В группе пациентов с расстройствами личности обнаруживается своя специфика в выборе субъективно близких ценностей. Эти участники исследования значительно чаще выбирают ценность *справедливость* по сравнению с двумя другими группами, также часто как больные шизофренией выбирают ценность *вера* и по сравнению с двумя группами очень низко оценивают ценность *реальность*.

Женщины с расстройствами личности по сравнению с женщинами, страдающими шизофренией, более значимыми называют ценности *доверие* ( $\chi^2=4,526$  (1),  $p < 0,05$ ), *справедливость* ( $\chi^2=10,627$  (1),  $p < 0,01$ ), но реже выделяют ценности *дружба* ( $\chi^2=5,159$  (1),  $p < 0,05$ ) и *реальность* ( $\chi^2=4,303$  (1),  $p < 0,1$ ). А по сравнению с нормой, женщины с расстройствами личности чаще в качестве близких ценностей называют *правду* ( $\chi^2=4,956$  (1),  $p < 0,05$ ), но реже *развитие* ( $\chi^2=4,361$  (1),  $p < 0,1$ ).

### ***Приоритетные ценности (метод попарных сравнений)***

Наиболее частотными ценностями по второй методике ценностных предпочтений в группе больных шизофренией оказались такие ценности как *здоровье, семья, любовь* (их устойчиво выбирают более трети пациентов основной клинической группы), а также категории *дружба, вера* и *свобода* (таблица 8).

Таблица 8. Предпочтения ценностных ориентаций по методике попарных сравнений (в процентах)

<b>Ценности</b>	<b>N</b>	<b>Sch</b>	<b>L</b>	<b>Ценности</b>	<b>N</b>	<b>Sch</b>	<b>L</b>
<i>Безопасность</i>	4,8	10,5	<b>17,0</b>	<i>Признание</i>	1,2	1,1	2,1
<i>Богатство</i>	1,2	2,1	0	<i>Развитие</i>	15,5	12,6	8,5
<i>Вера</i>	10,7	<b>22,1</b>	12,8	<i>Реальность</i>	7,1	<b>18,9</b>	6,4
<i>Власть</i>	0	3,2	0	<i>Свобода</i>	<b>20,2</b>	<b>22,1</b>	8,5
<i>Доверие</i>	14,3	9,5	14,9	<i>Семья</i>	<b>67,9</b>	<b>32,6</b>	<b>63,8</b>
<i>Дружба</i>	19	<b>23,2</b>	<b>31,9</b>	<i>Справедливость</i>	11,9	9,5	8,5
<i>Здоровье</i>	<b>41,7</b>	<b>48,4</b>	<b>55,3</b>	<i>Творчество</i>	8,3	10,5	4,3
<i>Истина</i>	7,1	12,6	12,8	<i>Удовольствие</i>	1,2	0	6,4
<i>Красота</i>	1,2	2,1	0	<i>Ум</i>	<b>21,4</b>	16,8	14,9
<i>Любовь</i>	<b>38,1</b>	<b>31,6</b>	<b>40,4</b>	<i>Уникальность</i>	4,8	4,2	0
<i>Правда</i>	2,4	7,4	8,5	<i>Успех</i>	1,2	2,1	2,1

Реже всего среди предпочитаемых ценностей у пациентов с диагнозом шизофрения оказываются такие категории как *богатство, красота, признание, успех* и *удовольствие*.

В группе нормы наиболее часто в качестве приоритетных ценностей оказались те же ценности *семья, здоровье, любовь*, а также *ум* и *свобода*. Крайне редко в качестве предпочитаемых ценностей выделяются категории *власть, богатство, красота, правда, признание, удовольствие* и *успех*.

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),  $p < 0,05$ ).

Важно добавить, что в норме профиль предпочтений, обнаруженный с помощью методики попарных сравнений, у мужчин и женщин совпадает. Есть лишь несколько ценностей, в которых проявляется фактор пола (Приложение 11). Так, мужчины выбирают в качестве близкой ценность *безопасность*, чего женщины в норме не делают совсем ( $\chi^2=4,620$  (1),  $p < 0,05$ ). При этом женщины, чаще мужчин близкими считают ценности *любовь* ( $\chi^2=3,635$  (1),  $p < 0,01$ ) и *ум* ( $\chi^2=3,616$  (1),  $p < 0,01$ ).

В группе больных шизофренией ведущие ценности схожи, но снова у мужчин на передний план, наряду с ценностями *здоровья, любви и свободы* выходит ценности *вера* и *ум*, а у женщин *семья* и *дружба* (как и при прямом назывании близких ценностей). Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами в отношении ценностных предпочтений несколько больше, чем в норме. Мужчины достоверно чаще женщин, больных шизофренией, ценят *развитие* ( $\chi^2=5,677$  (1),  $p < 0,05$ ), *творчество* ( $\chi^2=3,283$  (1),  $p < 0,1$ ) и *власть* ( $\chi^2=4,080$  (1),  $p < 0,01$ ), но существенно реже близкими считают ценности *семья* ( $\chi^2=5,647$  (1),  $p < 0,05$ ) и *здоровье* ( $\chi^2=4,046$  (1),  $p < 0,01$ ).

И снова, мужчины, страдающие шизофренией, по сравнению с мужчинами группы нормы чаще выбирают ценность *вера* ( $\chi^2=4,287$  (1),  $p < 0,1$ ), но гораздо реже ценность *семья* ( $\chi^2=15,498$  (1),  $p < 0,01$ ). Также, как и женщины, страдающие шизофренией, реже ценят *семью* по сравнению с условно здоровыми женщинами ( $\chi^2=8,941$  (1),  $p < 0,01$ ), меньше ценят *ум* ( $\chi^2=5,272$  (1),  $p < 0,05$ ), но больше *реальность* ( $\chi^2=4,438$  (1),  $p < 0,05$ ) и *безопасность* ( $\chi^2=4,293$  (1),  $p < 0,1$ ).

В группе с расстройствами личности истерического спектра наиболее приоритетными ценностями стали те же *семья, здоровье, любовь и доверие*. При этом совсем не выбираются в качестве близких такие категории как *богатство, власть, красота и уникальность*, и в единичных случаях

выбираются *признание* и *успех*.

Женщины с расстройствами личности истерического спектра по сравнению с пациентками, страдающими шизофренией, чаще в качестве близкой ценности называют *семью* (как и в норме,  $\chi^2=7,448$  (1),  $p < 0,01$ ), но гораздо реже предпочитают ценность *реальность* ( $\chi^2=3,894$  (1),  $p < 0,05$ ) и *свобода* ( $\chi^2=3,929$  (1),  $p < 0,05$ ). По сравнению с условно здоровыми женщинами они чаще предпочитают ценность *безопасность* ( $\chi^2=9,477$  (1),  $p < 0,01$ ) и *правда* ( $\chi^2=4,505$  (1),  $p < 0,05$ ), но реже выбирают ценность *свобода* ( $\chi^2=4,571$  (1),  $p < 0,05$ ).

Таким образом, можно констатировать, что наиболее приоритетные ценностные ориентации в норме и при шизофрении совпадают. Они составляют множество сверхценностей, куда входят категории *любовь, здоровье, семья*. За рамками этого ценностного блока обнаруживаются важные различия в субъективно близких ценностях обеих групп, которые особенно выражены в диадах *ум-развитие, вера-доверие* и на уровне тенденции в диаде *правда-справедливость*. Пациентам с диагнозом шизофрения свойственно больше ценить *ум, веру* и *правду*, чем *развитие, доверие* и *справедливость* (соответственно), а здоровым участникам исследования – наоборот. Пациенты с расстройствами личности истерического спектра делают акцент на ценности *справедливость* и низко оценивают *реальность*. В предпочитаемых ценностях отчетливо выделяется фактор пола: женщины, больные шизофренией, делают акцент на ценностях межличностного общения, а мужчины на самореализации и абстрактных ценностях, существенно ниже по сравнению с мужчинами в норме оценивания ценность *семьи*.

#### 3.4.2. Исследование неблизких ценностей

##### *Неблизкие ценности (прямое название)*

Важный материал для понимания ценностного мышления дает анализ результатов выбора неблизких ценностей. Само это действие – отвержение ценностей – представляет собой активный и осознанный процесс, за которым стоит выраженная ценностная позиция и личностное отношение.

Интересно отметить, что методическое ограничение предполагало название не более 5 отвергаемых ценностей. В норме только 26,3% отвергают одновременно 5 ценностей, аналогичная ситуация в группе с выраженными акцентуациями (25,9%). Подавляющее большинство выборки нормы (63,8%) и половина второй клинической группы (53,7%) отвергают 3 и менее ценности.

В группе больных шизофренией половина респондентов (48,9%) называют по 5 неблизких ценностей. 3 и менее ценности отвергают лишь 37,2% участников исследования. Здесь и далее можно заметить некоторую нечеткую структурированность ценностного материала в группе пациентов с шизофренией, наличие большого количества конфликтного материала.

Как и следовало ожидать, в результатах (таблица 9) не обнаруживается единодушия.

За исключением главной среди отвергаемых ценностей – ценности *власть* – ее считают неблизкими 75% участников исследования с диагнозом шизофрения, 79% условной нормы и 81% группы сравнения.

Таблица 9. Неблизкие ценности (прямое название, в процентах)

Ценности	N	Sch	L	Ценности	N	Sch	L
<i>Безопасность</i>	13,3	13,9	12,1	<i>Признание</i>	18,9	<b>34,3</b>	27,6
<i>Богатство</i>	28,9	<b>56,5</b>	34,5	<i>Развитие</i>	0,0	8,3	1,7
<i>Вера</i>	20,0	1,9	5,2	<i>Реальность</i>	28,9	12,0	24,1
<i>Власть</i>	<b>78,9</b>	<b>75,0</b>	<b>81,0</b>	<i>Свобода</i>	4,4	7,4	5,2
<i>Доверие</i>	2,2	7,4	1,7	<i>Семья</i>	0,0	6,5	1,7
<i>Дружба</i>	1,1	0,9	3,4	<i>Справедливость</i>	5,6	12,0	8,6
<i>Здоровье</i>	1,1	6,5	3,4	<i>Творчество</i>	4,4	12,0	22,4

<i>Истина</i>	18,9	13,0	10,3	<i>Удовольствие</i>	12,2	<b>30,6</b>	8,6
<i>Красота</i>	15,6	18,5	15,5	<i>Ум</i>	11,1	2,8	1,7
<i>Любовь</i>	2,2	2,8	0,0	<i>Уникальность</i>	25,6	30,6	34,5
<i>Правда</i>	20,0	7,4	5,2	<i>Успех</i>	11,1	13,0	12,1

Судя по всему, здесь проявляется специфический российский феномен сильного эмоционального ответа на всё, что связано с понятием и концептом «власти», мы остановимся на этом подробнее в обсуждении результатов.

Второе место среди неблизких ценностей в группе больных шизофренией занимает ценность *богатство* – 56,5%, в группе нормы этот показатель равен 28,9%, в группе сравнения – 34,5%.

Также пациенты с диагнозом шизофрения статистически выражено 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.

В норме существенных различий в отвергаемых ценностях между мужчинами и женщинами не проявляется.

Сопоставление результатов мужчин и женщин, страдающими шизофренией, показывает, что существенные различия имеются только по ценности *власть*, которую мужчины отвергают, хоть и очень часто, но существенно реже женщин ( $\chi^2=5,849$  (1),  $p <0,05$ ) (Приложение 12), а также по ценности *любовь*, которую мужчины с диагнозом шизофрения, наоборот, могут назвать в качестве неблизкой, когда женщины-пациенты этого не делают совсем ( $\chi^2=3,794$  (1),  $p <0,1$ ).

И снова, больные шизофренией мужчины, по сравнению с условно здоровыми мужчинами реже отвергают *веру* ( $\chi^2=9,783$  (1),  $p <0,01$ ) и *реальность* ( $\chi^2=4,537$  (1),  $p <0,05$ ). А женщины, страдающие шизофренией, по сравнению с женщинами группы нормы реже отвергают *реальность* ( $\chi^2=4,909$  (1),  $p <0,05$ ) и *веру* ( $\chi^2=9,206$  (1),  $p <0,01$ ), но чаще в качестве неблизких называют такие ценности как *богатство* ( $\chi^2=15,164$  (1),  $p <0,01$ ),

признание ( $\chi^2=5,739$  (1),  $p < 0,05$ ), и удовольствие ( $\chi^2=11,990$  (1),  $p < 0,01$ ).

Для группы пациентов с расстройством личности характерно высокое отвержение ценности *творчество*, что довольно неожиданно и в очередной раз показывает непредсказуемость и специфичность мышления этих пациентов.

Женщины с расстройством личности по сравнению с больными шизофренией женщинами реже отвергают ценности *богатство* (как и в норме,  $\chi^2=7,725$  (1),  $p < 0,01$ ) и *удовольствие* ( $\chi^2=8,745$  (1),  $p < 0,01$ ), но чаще неблизкой ценностью называют *веру* ( $\chi^2=3,640$  (1),  $p < 0,1$ ). По сравнению с нормой, акцентуированные женщины чаще отвергают ценности *правда* ( $\chi^2=5,347$  (1),  $p < 0,05$ ) и *ум* ( $\chi^2=7,853$  (1),  $p < 0,01$ ), но реже *признание* ( $\chi^2=4,455$  (1),  $p < 0,05$ ) и *творчество* ( $\chi^2=6,993$  (1),  $p < 0,05$ ).

#### **Отвергаемые ценности (метод попарных сравнений)**

Снова можно заметить, что самый явный лидер отвержения по методике попарных сравнений – это ценность *власть* (таблица 10).

Таблица 10. Отвергаемые ценности (метод попарных сравнений, в процентах)

Ценности	N	Sch	L	Ценности	N	Sch	L
<i>Безопасность</i>	8,3	14,7	10,6	<i>Признание</i>	15,5	<b>18,9</b>	17,0
<i>Богатство</i>	23,8	<b>33,7</b>	<b>36,2</b>	<i>Развитие</i>	2,4	1,1	4,3
<i>Вера</i>	25,0	14,7	6,4	<i>Реальность</i>	<b>36,9</b>	16,8	<b>23,4</b>
<i>Власть</i>	<b>70,2</b>	<b>70,5</b>	<b>78,7</b>	<i>Свобода</i>	0,0	2,1	0,0
<i>Доверие</i>	0,0	4,2	2,1	<i>Семья</i>	0,0	1,1	0,0
<i>Дружба</i>	1,2	4,2	4,3	<i>Справедливость</i>	9,5	3,2	4,3
<i>Здоровье</i>	1,2	4,2	2,1	<i>Творчество</i>	6,0	10,5	17,0
<i>Истина</i>	13,1	6,3	4,3	<i>Удовольствие</i>	<b>26,2</b>	<b>35,8</b>	<b>34,0</b>
<i>Красота</i>	<b>28,6</b>	<b>25,3</b>	12,8	<i>Ум</i>	4,8	1,1	2,1
<i>Любовь</i>	1,2	2,1	4,3	<i>Уникальность</i>	<b>29,8</b>	<b>20,0</b>	<b>23,4</b>
<i>Правда</i>	13,1	4,2	0,0	<i>Успех</i>	11,9	11,6	19,1

Существенно меньшим количеством участников, но все также единодушно в трех группах отвергаются ценности *удовольствие* и *уникальность*.

В норме *богатство* отвергается гораздо реже, чем при шизофрении и в группе с расстройствами личности, в которых эта ценность входит в пятерку лидеров.

В группе больных шизофренией существенно реже отвергается ценность *реальность*, которая тоже лидирует среди отвергаемых ценностей в норме ( $\chi^2=9,267$  (1),  $p < 0,01$ ) и в группе с расстройствами личности.

А в группе с расстройствами личности существенно реже отвергается ценность *красота*, которая также входит в набор наиболее часто отвергаемых ценностей по этой методике.

У мужчин с диагнозом шизофрения в целом сохраняется общегрупповая тенденция (Приложение 13). В пятерку лидеров входят те же четыре основные отвергаемые ценности: *власть*, *богатство*, *красота* и *удовольствие*. Но у них замыкает список ценность *реальность* (как в норме), а не *уникальность* (которая входила в пятерку лидеров в общей выборке основной клинической группы).

В норме у мужчин сохраняется общегрупповой тренд. Статистически значимых различий между результатами мужчин в норме и больных шизофренией не обнаружено.

У женщин, больных шизофренией, полностью сходная с общей выборкой картина: *власть*, *удовольствие*, *богатство*, *красота*, *уникальность*.

У женщин в норме отвергаются те же основные: *власть*, *удовольствие*, *уникальность*. А также *богатство*, которое отвергается в клинических группах, но гораздо реже отвергается мужчинами в норме. Кроме того женщины в норме чаще отвергают ценность *реальность*, что подтверждается статистически по сравнению с женщинами, страдающими шизофренией ( $\chi^2=13,522$  (1),  $p < 0,01$ ) и женщинами с истерической

акцентуацией ( $\chi^2=4,576$  (1),  $p < 0,05$ ).

В группе с расстройствами личности женщины отвергают чаще всего ценности *власть, удовольствие, богатство, уникальность*, а также *успех*.

Интересно добавить, что частота отвержения ценности *правда* в группе нормы и группе с расстройствами личности также отличается на статистически достоверном уровне ( $\chi^2=6,016$  (1),  $p < 0,05$ ). В норме эта ценность отвергается 13,6% респонденток, тогда как женщинами с расстройствами личности эта ценность не отвергалась ни разу.

*Власть*, хоть и является ведущей отвергаемой ценностью во всех группах, все же женщинами, страдающими, шизофренией, отвергается достоверно чаще, чем мужчинами ( $\chi^2=7,224$  (1),  $p < 0,05$ ). На уровне статистической тенденции это соотношение проявляется и в группе нормы ( $\chi^2=3,829$  (1),  $p < 0,1$ ).

Кроме того, в группе больных шизофренией женщинам, в отличие от мужчин, меньше свойственно отвергать ценность *реальность* ( $\chi^2=5,137$  (1),  $p < 0,05$ ). Также на уровне статистической тенденции можно увидеть, что женщины с шизофренией реже отвергают ценность *безопасность* ( $\chi^2=2,988$  (1),  $p < 0,1$ ), аналогичную картину можно наблюдать в группе нормы ( $\chi^2=4,443$  (1),  $p < 0,05$ ).

А ценность *красота* в норме отвергается чаще мужчинами, чем женщинами ( $\chi^2=4,887$  (1),  $p < 0,05$ ).

**Таким образом, в отвергаемых ценностных ориентациях подтверждаются как общегрупповые тренды (отвержение власти, богатства удовольствия и уникальности), так и особенности группы нормы – отвержение ценности реальность (женщины), красота (мужчины).**

**Также важно добавить, что результаты предпочтения и отвержения ценностей, полученные разными способами (прямым называнием и методом попарных сравнений) в целом оказались очень схожими – как в общем по группам, так и для мужчин и женщин.**

### 3.5. Исследование представлений о ценностях современного общества

Вопрос о ценностях современного общества задавался участникам для усложнения рефлексии ценностных ориентаций и углубления ценностного диалога. В ответе на это вопрос содержится, по сути, отношение к тому обществу, в котором живет участник исследования, а сравнение ценностей, приписываемых современному обществу с ценностями, выбираемыми участниками исследования в качестве близких позволяет судить о ценностном контексте, в котором человек находится. Как он соотносит себя и социум, живет ли он в свое время или существует в мире людей, ценности которых не разделяет. Особенно это актуально для людей с психическими расстройствами, для которых свойственно амбивалентное отношение к социуму.

В группе больных шизофренией (таблица 11) наиболее часто современному обществу приписываются такие ценности как *богатство, власть, здоровье, успех, семья и удовольствие*.

Таблица 11. Представления о ценностях современного общества

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
<i>Богатство</i>	<b>75,6</b>	<b>58,3</b>	<b>52,5</b>	<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
<i>Власть</i>	<b>66,7</b>	<b>36,9</b>	<b>42,4</b>	<i>Свобода</i>	24,4	17,5	15,3
<i>Доверие</i>	3,3	5,8	6,8	<i>Семья</i>	21,1	<b>31,1</b>	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	<b>35,0</b>	25,4	<i>Творчество</i>	10,0	1,9	1,7
<i>Истина</i>	3,3	3,9	6,8	<i>Удовольствие</i>	<b>46,7</b>	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>	<b>58,9</b>	<b>32,0</b>	<b>42,4</b>

В контрольной группе набор ценностей во многом похож: *богатство, власть, успех, удовольствие*. Но среди наиболее частотных ценностей появляются *безопасность и признание*. В группе людей с расстройствами личности современное общество определяется через ценности *богатство, власть и успех*.

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*, при чем различия обнаруживаются на высоком уровне статистической значимости ( $\chi^2=14,017$  (1),  $p < 0,01$  и  $\chi^2=9,661$  (1),  $p < 0,01$ ).

Значительно реже (менее четверти клинической выборки) больные шизофренией описывают современное общество в ценностных категориях *любовь, безопасность, красота, развитие, свобода, ум, признание*. Но в норме *любовь* считается ценностью современного общества еще реже, чем у больных шизофренией ( $\chi^2=8,851$  (1),  $p < 0,01$ ), а *признание*, наоборот, гораздо чаще ( $\chi^2=4,304$  (1),  $p < 0,05$ ).

Нехарактерными для представлений о современном обществе оказались такие ценности как *истина, доверие, правда, реальность, дружба, справедливость* (их упоминают менее 10% участников исследования во всех группах).

В группе больных шизофренией достоверных различий в представлениях о ценностях современного общества между мужчинами и женщинами не выявлено (Приложение 14). Лишь на уровне статистической тенденции намечаются различия в том, что мужчины реже женщин в клинической группе приписывают современному обществу значимость ценности *красота* (13,0% и 28,1% соответственно,  $\chi^2=3,422$  (1),  $p < 0,1$ ), но чаще женщин считают, что ценится развитие (28,3% и 14, % соответственно,  $\chi^2=3,174$  (1),  $p < 0,1$ ).

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. Также значимые различия проявились в представлениях мужчин и женщин по ценности *вера*, которую мужчины чаще соотносят с современным обществом (23,8%) по сравнению с женщинами (6,3%), что подтверждается статистически ( $\chi^2=5,589$  (1),  $p < 0,05$ ), и ценность *удовольствие* (57,1% и 37,5%,  $\chi^2=3,473$  (1),  $p < 0,1$ ).

При этом мужчины, страдающие шизофренией, реже по сравнению с условно здоровыми мужчинами приписывают современному обществу ценности *богатство* (58,7% и 81,0%,  $\chi^2=5,114$  (1),  $p < 0,05$ ), *власть* (45,7% и 71,4%,  $\chi^2=5,986$  (1),  $p < 0,05$ ) и *удовольствие* (23,9% и 57,1%,  $\chi^2=10,120$  (1),  $p < 0,01$ ), но чаще считают, что нашему социуму свойственно ценить *развитие* (28,3% и 9,5,  $\chi^2=4,945$  (1),  $p < 0,05$ ).

Женщины, больные шизофренией, реже, чем женщины в норме приписывают современному обществу ценности *успех* (26,3% и 70,8%,  $\chi^2=20,748$  (1),  $p < 0,01$ ), *власть* (26,3% и 39,6%,  $\chi^2=11,252$  (1),  $p < 0,01$ ) и *уникальность* (7,0% и 18,8%,  $\chi^2=3,306$  (1),  $p < 0,1$ ), но при этом полагают, что современному социуму свойственно ценить *любовь* (29,8% и 10,4%,  $\chi^2=5,926$  (1),  $p < 0,05$ ).

Женщины с расстройствами личности гораздо реже, чем в норме видят в современном обществе ценность *успех* (45,1% и 70,8%,  $\chi^2=6,705$  (1),  $p < 0,05$ ), но при этом приписывают эту ценность социуму достоверно чаще, чем женщины, больные шизофренией (26,3%,  $\chi^2=4,164$  (1),  $p < 0,05$ ). Также важно отметить, что существенно реже, чем в норме и при шизофрении, женщины с расстройствами личности отмечают ценность *красоты* в современном обществе, что подтверждается статистически для обеих групп

(в норме – 28,1%, при шизофрении – 27,1%, при расстройствах личности – 7,8; в сравнении с нормой  $\chi^2=6,436$  (1),  $p < 0,05$ , с группой больных шизофренией  $\chi^2=7,298$  (1),  $p < 0,05$ ). Кроме того, женщины с расстройствами личности по сравнению с нормой гораздо реже приписывают современному обществу такие ценности как *безопасность* (19,6% и 39,6%,  $\chi^2=4,764$  (1),  $p < 0,05$ ), *власть* (41,2% и 62,5%,  $\chi^2=4,501$  (1),  $p < 0,05$ ), *уникальность* (3,9% и 18,8%,  $\chi^2=5,505$  (1),  $p < 0,05$ ) и *творчество* (2,0% и 12,5%,  $\chi^2=4,180$  (1),  $p < 0,1$ ).

**Таким образом, обнаруживается фактор пола в представлении о ценностях современного общества. Наиболее он выражен для женщин группы нормы – именно они делают основной вклад в приписывании современному обществу ценностей *успех, богатство и власть* по сравнению со всеми остальными группами. Женщины, больные шизофренией, приписывают современному обществу ценность *любовь* достоверно чаще по сравнению с остальными группами женщин.**

Для сопоставления двух составляющих ценностных ориентаций мы сравнили наиболее частотные ценности, которыми описывается современное общество, и ценности, являющиеся субъективно близкими.

Ценностные предпочтения участников исследования из контрольной группы и их наиболее частотные представления о ценностях современного общества не пересекаются совсем (рисунки 13 и 14).

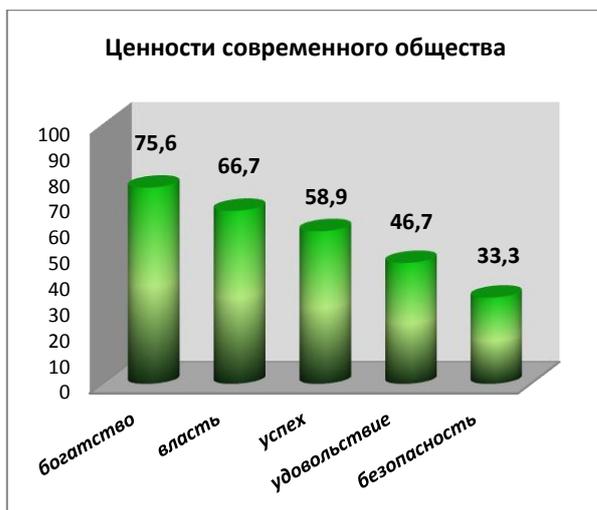


Рисунок 13. Ценности современного общества (контрольная группа)



Рисунок 14. Субъективно близкие ценности (контрольная группа)

Приоритетные ценности современного общества и субъективно близкие ценности у больных шизофренией (рисунки 15 и 16) практически не совпадают.

Исключение составляют ценности *здоровья* и *семьи*, которые являются близкими для большинства больных шизофренией, и которые приписываются современному обществу одной третьей участников исследования клинической группы.

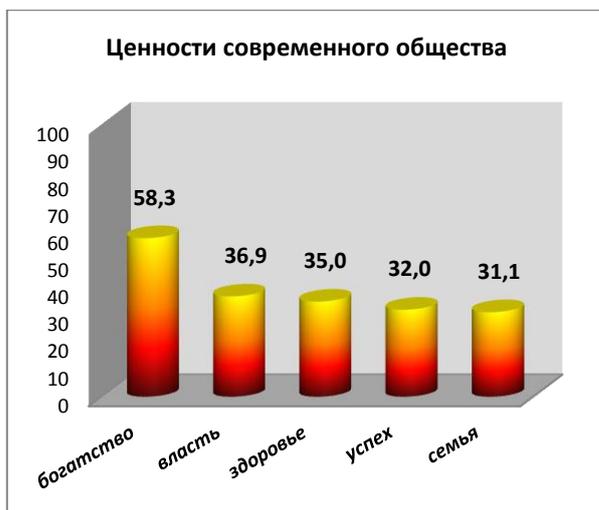


Рисунок 15. Ценности современного общества ( пациенты с диагнозом шизофрения)

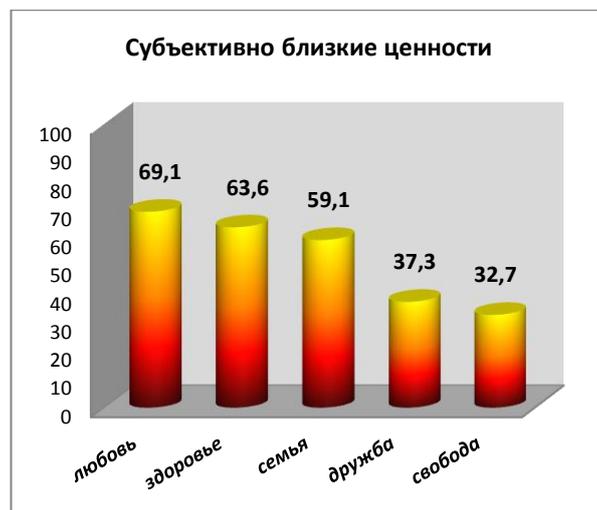


Рисунок 16. Субъективно близкие ценности (пациенты с диагнозом шизофрения)

Выборы наиболее предпочтительных субъективно близких ценностей и ценностей современного общества у пациентов с расстройствами личности также во многом не совпадают (рисунки 17 и 18).

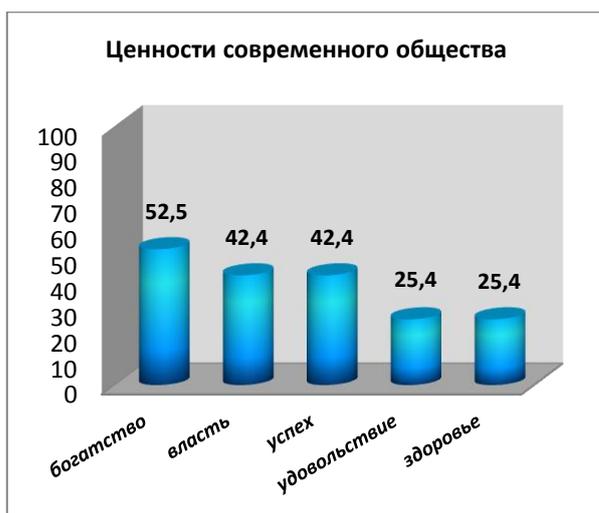


Рисунок 17. Ценности современного общества (пациенты с расстройствами личности)

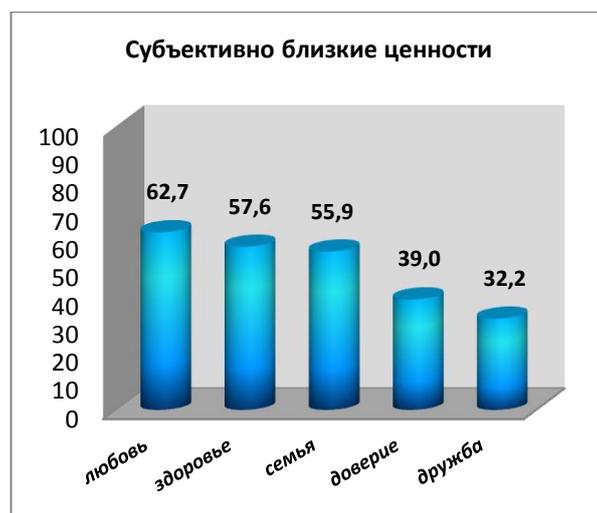


Рисунок 18. Субъективно близкие ценности (пациенты с расстройствами личности)

При этом снова исключением является ценность *здоровье*, которую проецируют на современное общество около четверти из группы участников с расстройствами личности.

Важно отметить, что ценность *власть*, которая лидирует в представлениях о современном обществе во всех трех группах, практически не встречается среди субъективно близких ценностей.

Кроме того, необходимо подчеркнуть, что частотный анализ совпадений индивидуальных ценностных предпочтений и представлений о ценностях современного общества показал, что почти у половины респондентов в норме и при шизофрении (44,2 % больных шизофренией и 42,9% условно здоровых) совпадений близких ценностей с представлениями о ценностях современного общества не встречаются совсем. И при этом в клинической группе 19,3% пациентов демонстрируют совпадения только не более двух ценностей, и 15,4% больных шизофренией показали значительное совпадение индивидуальных близких ценностей с ценностями современного общества (3 и более из возможных 5 выборов). В это же время в группе сравнения получается, что низкий уровень совпадения (не более 1-2 ценностей) имеют 38,1%, а высокий – лишь 9,5% респондентов.

В целом можно заметить, что подавляющее большинство условно здоровых людей имеют в качестве ценностной опоры такие ценности, которые или практически, по их мнению, не присущи современному обществу в целом, или пересекаются в минимальной степени. Тогда как среди больных шизофренией наряду с теми, кто совершенно не разделяет ценности современного общества, или разделяет их в малой степени, встречаются гораздо чаще, чем в норме, те, чей близкий ценностной комплекс имеет много общего с ценностями современного общества.

**Таким образом, приписываемые современному обществу приоритетные ценности и субъективно близкие ценности сильно расходятся. И в норме это расхождение оказывается выраженным**

**гораздо сильнее, чем у больных шизофренией или пациентов с расстройствами личности истерического спектра.**

### **3.6. Дополнительные результаты формализованного клинического интервью: переоценка ценностей и представления о ценности психических расстройств**

После окончания работы с карточками, совершения операции субъективного выбора и отвержения ценностей и обсуждения ценностей современного общества, участникам исследования задавался ряд вопросов более личного характера. Пациентов с диагнозом шизофрения просили рассказать о том, что произошло с их ценностными ориентациями после наступления болезни, а также считают ли они, что в психических расстройствах существует какая-либо ценность. Их свободные ответы записывались, а в дальнейшем подвергались качественно-количественной обработке. Важно отметить, что на поставленные вопросы все пациенты отвечали после достаточно глубокого погружения в ценностный диалог.

#### ***Переоценка ценностей после болезни***

Подавляющее большинство участников исследования (91,7%) отметили, что переоценка ценностей после болезни действительно произошла. Более того, почти все участники отмечают важность и масштабность для их личности этого процесса. Например, участник А.Б.К., 28 лет, (простая шизофрения) 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». При этом достаточно важным является факт, что 93,2% пациентов демонстрируют позитивный вектор переоценки тех или иных ценностей и только 6,8% пациентов заявляли об изменениях в субъективно негативную сторону.

*«Устал сильно – стимулы все к развитию исчезли; понял, что*

*справедливости нет, как и свободы тоже (в этой стране)». (участник С.В., 33 года, параноидная шизофрения).*

*«Раньше хотела семью, изменилась готовность к серьезным отношениям, мужчины вызывают недоверие, себя боюсь, не знаю, что от себя ждать, страх потерять контроль», «появилась вина; исчезло бурление творчества». (участница К.К., 26 лет, постшизофреническая депрессия).*

Наиболее распространенным позитивным изменением (35%) оказалось переоценка значимости семьи. Пациенты говорили:

*«Семья становится ближе во время и после болезни».*

*«Важно ощущение ... поддержки со стороны родных».*

*«Сейчас стал больше ценить семью».*

*«Семья – самое главное; моя болезнь всех сплотила».*

*«Стала очень важна семья. Хочется, чтобы родители не беспокоились, были довольны, хочется им угодить».*

*«Дом и семья стали больше цениться».*

*«Я не знаю, что бы я делала без поддержки семьи, друзей».*

*«Стала дорожить своими близкими родственниками, они дают поддержку, моральную и финансовую помощь».*

*«Поняла, что самое близкое – это семья; только совместными усилиями удавалось выкарабкаться, родные вселяли в меня веру, очень поддерживали» и др.*

К этому важно добавить, что увеличение значимости семьи отмечают 15% из всех мужчин, принявших участие в исследовании и 43% от всех женщин.

Почти четверть пациентов (26%) отмечают, что изменилось их отношение к здоровью. Среди ответов встречаются такие высказывания:

*«Понял, как это ценно быть здоровым».*

*«После болезни стал больше думать о здоровье».*

*«Стал чувствовать, что есть люди здоровые, а есть как я».*

*«На здоровье раньше не обращал внимание; сейчас понимаю, что это*

*большая ценность».*

*«... быть новым здоровым человеком».*

*«Здоровье стало более значимым» и т.п.*

Гораздо выше после перенесенного психоза стала цениться реалистичность восприятия себя и окружающего мира (16%):

*«Стал более трезво смотреть на вещи».*

*«Важно трезво оценивать реальность; если нет этого умения, то ничего не получится».*

*«Важно понимать себя».*

Больше ценить свободу стали 9,3% пациентов (*«стала важна свобода; сейчас чувствую себя несвободной, инвалидом»*), а дружбу – 12%.

*«Теперь больше придаю значение дружбе. Важно, чтобы были друзья, которые понимают и поддерживают».*

В 7% случаев пациенты говорили, что стали больше ценить безопасность:

*«Важно ощущение безопасности».*

*«Думать стал о своей безопасности»;*

ответственность:

*«Осознавать то, что делаю, ответственность за свою жизнь, появилась сознательность».*

*«Стал серьезней относиться к учебе».*

*«Если сам чего-то не сделаешь, то за тебя никто не сделает; можно рассчитывать на свои силы только»;*

творчество:

*«Когда болел, получил несколько творческих премий, творчество стало важно».*

*«Можно уйти в творчество, забыть от болезни»*

Также частым явлением было увеличение важности ценности *вера*: *«толчок для человечества понять, что мир не материален, понять, что есть другие миры и их нужно принять, другое восприятие».*

Важно отметить, что некоторые из приведенных выше изменений характерны более для мужчин, тогда как другие – более для женщин. Так, на увеличение значимости личной *безопасности* указывают мужчины, в то время как для женщин в фокусе переоценки оказались *вера, свобода, семья*.

**Таким образом, выявилось отчетливое лидерство нескольких ценностей (*семьи, дружбы, здоровья, безопасности и реальности*) в переоценке ценностей, что в нашем представлении может служить фундаментом для эффективной реабилитационной работы и понимания ценностного фактора в изменении социальной направленности этих пациентов.**

### ***Представления о ценности психических расстройств***

Мы столкнулись с нетривиальной разницей между участниками исследования разных групп в отношении этого вопроса. Если представители группы условной нормы говорили о психических расстройствах как об особом уникальном опыте, связанном со свободой и творчеством, например:

*«Можно выделиться из толпы, не прилагая при этом личных усилий. Возможность быть таким, каким хочется и не отвечать за это».*

*«Все гениальные люди шизофреники. Максимальное состояние может быть только при максимальной неуравновешенности психики».*

Пациенты, больные шизофренией подчеркивали то, что опыт болезни заставляет больше ценить реальность и здоровье, преодоление трудностей болезни:

*«Становишься ближе к вере, начинаешь верить в Бога, ценишь любовь, доверие, семью, дружбу сильнее, чем раньше».*

*«Есть ценность – после таких расстройств человек становится мудрым и получается качество, сочувствие. Они не могут освободиться от боли, они могут больше понимать людей и помогать им».*

*«На дальнейшую жизнь стал смотреть по-другому. Раньше деньги были дороже интереса к работе, сейчас стал понимать, что интерес к работе важнее денег».*

Многие пациенты говорили, что никакой ценности в психических расстройствах нет:

*«Никакой. Всегда лучше быть здоровым».*

Таким образом, выявлена существенная разница в представлении о ценности психических расстройств, причины которого будут обсуждаться ниже.

### **3.7. Краткое обобщение результатов исследования**

1. Сравнение результатов патопсихологического исследования с результатами исследования ценностных ориентаций показывает, что в мышлении о ценностях проявляются типичные особенности нарушения мышления больных шизофренией (снижение целенаправленности, неустойчивость процессов обобщения, резонерство, искажение мышления по типу актуализации латентных свойств), а ценностный диалог способствует актуализации личностного компонента мышления. При нарушении целенаправленности мышления, мышление о ценностях также начинает носить более вязкий, подробный характер, выбирается цепной или ядерный способ классификации ценностей, увеличивается количество ценностей, не вошедших в общую классификацию (фрагментов). Актуализация латентных признаков и личностный компонент в случае мышления о ценностях выражается в назывании определенных групп нетипичными названиями, иногда носящими вычурный или сверхабстрактный характер, в назывании групп названиями, отражающими личное негативное или позитивное отношение пациента, а также в необычных типах структурирования ценностей.

2. В ходе качественного анализа обнаружилось особенности в использовании разных способов категоризации ценностей. Выделены следующие способы: выделение обобщающего понятия, ядерные

комплексы, цепные комплексы. Пациенты с диагнозом шизофрения чаще используют способы категоризации, не опираясь на отвлеченный признак для объединения. Также были найдены статистически достоверные различия в ядерном комплексе объединения ценностей: в норме ценность *справедливость* служит ядром чаще, чем в группе больных шизофренией, в которой ценность *успех* служит одной из основных. Наиболее значимы различия между мужчинами и женщинами клинической группы выявляются в ценностных предпочтениях и стратегиях категоризации ценностей. Женщины, больные шизофренией, чаще используют цепной комплекс. В группе с расстройствами личности истерического спектра в качестве ядра выделяется ценность *реальность*.

3. В ходе анализа результатов модифицированной методики «Классификация ценностей» обнаружилось стабильное множество ценностей, которые объединяются стандартно большинством участников исследования. Большинство участников выделяет от 3 до 5 групп. В разных возрастах к стабильным множествам ценностей добавляются определенные ценности. Зачастую это добавление сопровождается тем, что ценности из кластера абстрактных ценностей распределяются по другим кластерам. Группы среднего возраста 30-40 показывают наибольшую стабильность кластеров, в группе 40-50 во всех группах кластеры приходят в движение. Ценности кластера телесности отражают межгрупповую специфику ценностных ориентаций. В норме кластер телесности соединяется с ценностями из кластера самореализации, в группе больных шизофренией абстрактные ценности *безопасность*, *реальность*, *свобода* соединяются с кластером телесных ценностей, отражая реальный опыт этих пациентов. В группе с расстройствами личности истерического спектра кластер телесности соединяется с абстрактными ценностями и ценностями семьи. Таким образом, нормативный феномен отчуждения телесности носит разную аксиологическую окраску для разных групп.

4. В задании на выбор предпочитаемых-близких и отвергаемых-неблизких ценностей обнаруживается совпадение наиболее приоритетных ценностей – *сверхценностей*, куда входит ценности *любовь, здоровье и семья*. Существенные различия особенно выражены в диадах *ум-развитие, вера-доверие, правда-справедливость*. Больные шизофренией выше ценят *ум, веру и правду*, чем *развитие, доверие и справедливость*, в группе нормы, наоборот. Пациенты с расстройствами личности истерического спектра делают акцент на ценности *справедливость*, а отвергают ценность *творчество*, что нехарактерно для других групп. Среди неблизких ценностей единодушно всеми группами выбирается *власть*. А также *богатство*, причем в группе шизофрении гораздо чаще. Также больным шизофренией свойственно отвергать *удовольствие*.

Ценностные предпочтения указывают на разные ценностные акценты в группе больных шизофренией у мужчин и женщин, а также разные ценностные ресурсы реабилитации. Так, например, *здоровье, семью, дружбу и доверие* женщины ценят значительно выше, чем мужчины, а мужчины делают вклад в предпочтение ценности *веры, ума и развития*. В норме такой разницы не выявляется, *семью* высоко ценят одинаково и мужчины, и женщины.

5. Подавляющее большинство участников исследования клинической группы отметили, что переоценка ценностей после болезни действительно произошла, и связывают с ней изменение отношений с людьми и поведения. Наиболее распространенным изменением по сообщению больных шизофренией стали переоценки ценностей *семья, дружба, здоровье, безопасность, реальность*.

Больные шизофренией переоценивают значимость ценностей социального успеха. Пациенты прямо на это указывают в большинстве случаев. Происходит осознанное изменение социальной направленности, которое, скорее всего, является не следствием болезненного процесса как

такового, а следствием опыта перенесенного психотического состояния, кризиса, госпитализации и переоценки ценностей.

6. В представлении о ценности психических расстройств обнаружилась существенная разница между группами респондентов. Для группы нормы свойственно романтизировать психическое расстройство, связывать его с гениальностью и свободой. В группе больных шизофренией картина более сложная. Пациенты говорят, что ценность в психических расстройствах есть и она выражена в том, что происходит переоценка ценностей, переосмысление всей жизни, обретается вера в Бога, творчество сопровождает болезненный процесс. Также многие пациенты честно указывают на выгоды от болезни: *«способ не делать что-то, что не хочешь делать»*, *«к больным приспосабливаются, иногда выполняют их желания. Хочу, чтобы все было, как я хочу»*.

7. Обнаруживаются статистически достоверные различия в представлениях о ценностях современного общества в разных группах участников исследования.

В норме ценность *власть* и *богатство* доминирует в таких представлениях, в группе больных шизофренией и группе с расстройствами личности истерического спектра они упоминаются намного реже, также и для ценностей *успех* и *удовольствие*.

В обратном соотношении выступили ценность *семья* и *здоровье*, их достоверно чаще упоминают больные шизофренией, чем группа нормы.

При сравнении близких ценностей и ценностей современного общества выявилось то, что набор этих ценностей практически не совпадает во всех группах, но в группе нормы они расходятся полностью. То есть всем группам свойственно противопоставлять свои ценности и ценности общества, в котором они живут. Это противопоставление имеет разную степень выраженности.

8. В полученных результатах проявляется фактор пола. В целом можно сказать, что мужчины и женщины, больные шизофренией, более

однородны в ценностных ориентациях, однако, женщины чаще используют способ категоризации по принципу цепи и выбирают ценности межличностного общения. Мужчины, больные шизофренией, достоверно чаще опираются на абстрактные ценности и ценности самореализации, а ценность семья оценивают значительно ниже по сравнению с мужчинами в норме и женщинами, больными шизофренией. Также обнаруживается значительный вклад именно женщин в норме в ценностную диссоциацию.

### **3.8. Обсуждение результатов**

#### **3.8.1. Ценностные ориентации и нарушения мышления, феномен переоценки ценностей**

В ходе исследования удалось выделить особенности способов мышления о ценностях пациентов с диагнозом шизофрения. Действительно, в отличие от других групп, эти участники исследования используют большее разнообразие стратегий, чаще используют операцию обобщения по принципу «цепи», по принципу «ядра» и смешанные способы, велико число ценностей, не включенных в классификацию.

Для больных шизофренией процесс мышления о ценностях носит более развернутый, медленный характер. Так, если в норме, респонденты, выполняя задание по классификации ценностей, как правило опирались на известные им категории объединения ценностей (личные, духовные, материалистические 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, от конкретных ценностей к общим категориям, будто не опираясь на прошлый опыт. Складывается впечатление, что мыслительный процесс идёт в таком случае в другую сторону. Отчасти, это похоже на ассоциативные комплексы, описанные Т. Н. Страбахиной при изучении операций обобщения (Страбахина, 1980). А отчасти наблюдение за этим процессом заставляет опять вернуться к

размышлениям Л. С. Выготского о причинах распада понятийного мышления. Давно стало общим местом то, что нарушение мотивационного компонента (в виде стремления пациента показать хорошие результаты в патопсихологическом исследовании, реакции на неуспех, подсказки и др.) является ведущим звеном нарушения мышления при шизофрении. С этим не нужно спорить. Вместе с тем, как замечает Выготский, нарушение социального контакта больным шизофренией с самим с собой (подобно тому, как во сне утрачивается привычная форма самосознания) несомненно важно и лежит в основе нормального функционирования личности и функционирования понятийного мышления в свою очередь (Выготский, 1956). Мышление о ценностях, обладающих двойственной природой, также является результатом социального сотрудничества, как и другие психические функции, возможно, не очень удачного для этих пациентов. В процессе ценностного диалога мы, возможно, наблюдаем как восстанавливается этот контакт. Более глубоко этот процесс происходит в психотерапии: «Существенной процессуальной характеристикой терапии, своего рода маркером ее этапов, становится развертывание внутреннего диалога пациента и трансформация в нем внешне монологических образований — жалоб, симптомов, повествовательных высказываний — в диалогические отношения и социальные контексты, внутри которых они возникли и структуру которых несут в себе» (Соколова, Бурлакова, 1997, стр.62). И если в психотерапии обращения к терапевту происходят как к материнской фигуре, то к психологу в клинике характер этих обращений и свернутых диалогов - другой. Психолог в данном случае - представитель «нормы» и носитель определенных ценностей. Внутренний диалог с помощью исследователя-психолога становится внешним и имеет шансы на актуализацию, связывание расщепленных частей сознания и самосознания. Естественно предположить, что этот процесс течет иначе, чем в норме, а именно в обратную сторону. Напомним, что в исследовании предлагается довольно сложная деятельность и большая нагрузка — классификация

абстрактных понятий, включение рефлексии человека о своих ценностных ориентациях, их выбор и т.д. Скорее всего, высокая мотивация пациентов в ценностном диалоге связана с тем, что в нем им удастся на время или в какой-то части восстановить этот социальный контакт с самим собой и, как результат, появляется и мотивация сообщить другому человеку (исследователю) о своих ценностных ориентациях. 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 позицию, наполнить ее индивидуальным содержанием.

В ходе анализа результатов обнаружилось, что женщины с шизофренией используют цепные комплексы чаще, чем мужчины, что при вульгарном толковании может говорить о более низком развитии понятийного мышления у женщин. Но если принять во внимание результаты исследования, показывающие разность в переоценке ценностей и ценностных ориентациях для мужчин и женщин с шизофренией, то напрашивается связь между использованием цепного комплекса, при которой участник мыслит вслух, демонстрируя и объясняя ход мысли исследователю и частичной сохранностью ориентации женщин на ценности межличностного общения. По сути, речь здесь может идти о связи мотивационного, ценностного и операционального компонентов мышления.

Вместе с тем мышление о ценностях и ценностный диалог сопровождается обнаруженными в патопсихологическом исследовании данными о нарушениях мышления в виде актуализации латентных свойств предметов и неустойчивости процесса обобщения с эпизодическими снижениями качества ответов независимо от сложности стимульного материала. Также пациенты, дающие необычные названия объединенным группам ценностей, имели отчетливые нарушения мышления, вычурность поведения и тенденцию к разноплановости и субъективизму мышления.

Неоднозначным является тот факт, что при ядерном способе

классификации ценностей обнаруживалось различие между ядрами в группе больных шизофренией и группе условной нормы. Также мы имеем акценты в предпочтениях, выраженные в диадах вера-доверие и ум-развитие. С одной стороны, мы можем толковать предпочтение больными шизофренией ценностей *ум, успех, вера* как нарушение избирательности и недостаточность социальной перцепции, однако, также можем выделить в этом и собственно аксиологический компонент, связанный с болезнью, но не определяемый ей. Полученные данные коррелируют с результатами пилотажного исследования. Для более взвешенного анализа необходимо более подробное изучение этого способа категоризации в дальнейшем.

В предпочтении больными шизофренией ценностей *ум, успех, вера*, на наш взгляд, отражается специфика актуальной социальной ситуации, которая осмысливается с разных сторон. И некоторыми авторами определяется как креативная культура. В традиционной культуре существовал стабильный и определенный состав ценностей, который по мере его рационализации дифференцировался и уточнялся в отношении собственного применения. То есть к числу важнейших ценностей относилась сама традиционность того или иного аспекта человеческого бытия. В креативной культуре этот состав теряет свою определенность, возникают конкурирующие ценности, одни ценности постоянно сменяются другими, творчество становится важнейшей ценностью (Докучаев, 2006). Особенности нарциссической культуры диктуют важность признания и успеха, которые транслируются представителями условной нормы (Соколова, 2009; Холмогорова, Гаранян, 2004; Хотчкис, 2011). Также важно вспомнить исследование Р. Инглхарта, который утверждает, что в западном обществе произошел сдвиг от материалистических к постматериалистическим приоритетам («тихая революция»). Этот сдвиг обозначается как «постмодернизация». Экономическая безопасность больше не является синонимом счастья. И эпоха постмодерна и ее ценности ведут к падению ценностей власти и усилению ценностей самовыражения, что

приводит к изменению образа и качества жизни. Р. Ингларт считает, что постмодернизация представляет собой сдвиг в стратегиях выживания (от максимизации экономического роста к максимизации качества жизни) (Ингларт, Вельцель, 2011). В том же ключе рассуждает А. Г. Здравомыслов, подчеркивая установку личности на отдельные ценности материальной и духовной культуры общества. По его логике, ценности, в целом, возникают из интереса, в который преобразовались потребности (Здравомыслов, 1986). У. Томас и Ф. Знанецкий, отмечали, что влияние внешней среды на индивида осуществляется не прямо, а благодаря оценке данной среды и самого себя в ней индивидом (Томас, Занецкий, 1994). Таким образом, неудовлетворенные потребности определяют ценности.

Ценностные ориентации больных шизофренией возможно отражают сложность происходящих процессов. Ценностные акценты, которые они делают заставляют думать о культурно-историческом отставании от аксиологического мейнстрима. Они либо не улавливают смену культурных парадигм, либо не поддерживают их. Одно не исключает другое. Часто больные шизофренией находятся в позиции антагонии, занимая маргинальные социальные кластеры и поддерживают контркультурные практики. Но далеко не все нуждаются в открытом противостоянии, и радикальная исключительность остается лишь во внутренних самоидентификациях пациентов.

Осознанный аксиологический компонент изменения социальной направленности лучше всего обнаруживается в сообщениях самих пациентов о произошедшей переоценке ценностей после начала болезни. Изучение самого этого явления предлагает большие реабилитационные и теоретические перспективы, потому что вскрывает процесс «изменения личности» и открывает доступ к критике пациента. Самоотчеты пациентов о переоценке не носят декларативный характер, наоборот, зачастую удивляют качеством осознания психологических процессов. У пациентов не возникает необходимости защищать свой внутренний опыт от специалиста, нет

очевидной социальной желательности сообщений, что делает ценностный диалог действенным реабилитационным инструментом. Очевидно, что определенный опыт, полученный пациентом (психотические переживания, госпитализация, лечение) вызывают масштабный психологический кризис и изменение личности становится результатом переработки опыта, компенсаций и переоценки ценностей. Во-многом, содержание опыта влияет на этот процесс и часто им определяется. С большей вероятностью пациент становится более религиозен после развернутых психозов с религиозным содержанием и т.п. Таким образом, важно отделять текущий шизофренический процесс и периоды обострений (или первых эпизодов), которые вызывают масштабный кризис личности. Изменение личности – результат процесса переработки опыта болезни и качественные характеристики переоценки ценностей нам об этом сообщают.

***Переоценка ценностей после начала болезни и аксиологический компонент изменения социальной направленности***

Практический опыт показывает, что реабилитация каждого пациента уникальна, начинается по-разному и по-разному протекает. На наш взгляд успех реабилитации сильно зависит от ее начальной точки, от запроса, который предъявляет пациент, от согласованности взглядов на реабилитационные процессы пациента и психолога.

Начальная точка реабилитационной работы связана с происходящим после психоза или обострения болезни переосмыслением всей жизненной ситуации пациента – его представлений о себе как о больном или здоровом человеке, нуждающемся или не нуждающемся в профессиональной психиатрической и психологической помощи, о своих появившихся ограничениях или возможностях, о приемлемых отношениях с близким и более далеким социальным окружением, медицинским персоналом, о том какие чувства нормальны, какие нет и т.д. Важное место в этом сложном, многослойном и протяженном во времени процессе переосмысления

занимает переоценка ценностей. Сама по себе госпитализация и особый психотический опыт является сильнейшим стрессом для человека, настоящим вызовом привычному складу жизни и образу мышления, что вынуждает его пересматривать события, предшествующие этому периоду жизни, а иногда и всю жизнь в целом. Можно надеяться, что если увеличивается ценность *здоровья*, то это свидетельствует о наличии критики к болезни, что у пациента существует минимальное представление о том, что произошедшее с ним не является случайностью или объясняется различными необычными воздействиями. Во внутренней картине болезни (Тхостов, Арина, 1990; Николаева, 1987) таких пациентов существует возможность для осознания важности контакта с медициной, а значит, реабилитационная работа может включать в себя поддержку этого контакта, помощь в организации взаимопонимания с медицинским персоналом, с лечащим врачом, а также самое важное – создание мотивации на последующее амбулаторное лечение. Вместе с тем, значимость ценности *здоровья* часто противостоит ценностям материального благополучия. Так, например, сообщение пациентки С.А. 41 год, (параноидная шизофрения):

*«Да, переоценка произошла. Было важным богатство, а сейчас здоровье. Это сейчас. Раньше хотелось много денег, красиво жить».*

Наблюдается глубокая противоречивость в системе ценностных ориентаций кластера семейных ценностей: одновременное снижение с возрастом значимости ценности семья и первое место ценности семья в переоценке ценностей после болезни отражает схизис ценностных ориентаций этих пациентов и глубокие затруднения в семейной адаптации.

Увеличение значимости ценности *реальности* сосуществует с сомнениями в ней, так как пациенты с психотическим опытом сталкивались с фактом неразделенности их реальности другими людьми. Как отмечает J. Parnas, последние эмпирические исследования подтверждают классические наблюдения, указывающие на то, что именно эта базовая и лежащая в основе субъективного восприятия собственного мира структура является

нестабильной или поврежденной при шизофрении, составляя собственно ядро уязвимости (Parnas, 2012). А значит, несмотря на феномен аутизации, пациенты начинают остро нуждаться в доверительной опоре на других людей, чтобы иметь возможность проверить и согласовать свое видение реальности. Эта потребность пациентов должна быть поддержана специалистами по реабилитации. Если эта потребность поддерживается и пациенту удастся установить доверительный контакт с лечащим врачом или специалистом по реабилитации, то можно прогнозировать, что нарушение социальной направленности, не будет увеличиваться. Наоборот, пациент становится очень заинтересован в этот период в других людях, может быть, впервые будучи готовым признать существование некоторой конвенциональной реальности, что может существенно повысить уровень его функционирования.

Конечно, такая работа должна вестись не только на языке симптомов, что, может помочь, а может и травмировать пациентов. Необходима тщательная и аккуратная работа по восстановлению реальности пациента, в которой возможно и необходимо найти место и для значимых психотических переживаний. Важность этого щадящего восстановления подчеркивается во многих современных работах: «Целью коррекции является поиск путей преодоления и совладания, поиск новых жизненных ориентаций и способа жизни в условиях болезни» (Критская, Мелешко, 2015, с. 327).

Обобщая полученные результаты, важно подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев у пациентов, переживших психотический опыт, имеется позитивная переоценка значимых ценностей, готовность вести диалог о ценностях, обращение к которым может стать опорой при построении реабилитационной работы, преодолевая проблему формальности для налаживания продуктивного взаимодействия и движении к обретению контроля над болезнью и лечением. При этом переоценка ценностей фиксирует изменение социальной направленности в сторону от

доминирующих в культуре ценностей и задачей реабилитационной работы должно стать осмысление этого факта и поиск более подходящих способов жизни.

Как было показано, между женщинами и мужчинами существует разница в изменении социальной направленности. Женщины сохраняют ориентацию на ценности межличностного общения в гораздо большей степени, чем мужчины, что, конечно, облегчает их реабилитацию и реадaptацию. У мужчин больных шизофренией такой направленности нет или она сильно редуцирована, что заставляет думать о поиске специальных ресурсов социальной адаптации для этих пациентов (Леонтьева, Тхостов, Рупчев, 2018).

Для группы условной нормы характерна некоторая романтизация психических расстройств. В целом можно сказать, что наши результаты подтверждают восприятие «инаковости» душевнобольных, описанных в других работах (например, Емельянова, Кузнецова, 2009). Соглашаясь с Т. П. Емельяновой и А. В. Кузнецовой, можно утверждать, что люди с психическими расстройствами являются сложным объектом представлений, и что имеет место неоднозначность позиции этого объекта в структуре обыденного сознания (Емельянова, Кузнецова, 2009). Нами было получено преувеличение связи гениальности и шизофрении (сходное с образом «счастливого гения» в работе Т. П. Емельяновой и А. В. Кузнецовой), зависть к «свободе от социума» психически больных, что вкупе со стигматизацией (Ениколопов, 2013) рождает общее, не очень адекватное восприятие психических расстройств в обществе.

### **3.8.2. Особенности мышления о ценностях и ценностные предпочтения**

Во всех группах и трех исследуемых возрастных периодах обнаруживаются некоторые стабильные множества ценностей. Условно мы обозначили их как ценностные множества *семья (межличностные*

отношения), абстрактные ценности, ценности самореализации, физические телесные ценности, ценности социальности. Как отмечает И. Ялом современным обществам присуще изобилие культурных ценностей, что шокирует личность богатством выбора стилей и смыслов жизни (Ялом, 1998). Несмотря на изобилие ценностей, наше исследование показывает, что мышление о ценностях все же остается достаточно стабильной величиной. Категоризация ценностей, объединение их по группам с достаточной статистической выраженностью происходит определенным образом для всех участников исследования.

Динамика ценностных ориентаций выражается в том, что к стабильным множествам в ходе жизни добавляются разные ценности. Образованные новые группы как бы выходят на передний план мышления, что связано с прохождением нормативных возрастных кризисов и кризисов, связанных с рефлексией индивидуального опыта, в том числе и опыта болезни. Эти мигрирующие ценности оказываются разными для больных шизофренией, пациентов истерического спектра и у условной нормы.

Для получения более ясной картины была проанализирована динамика изменения классификации у разных возрастных групп. Представление о личностном дефекте шизофренических пациентов тесно связано с представлением о нарушении нормативного развития личности взрослого человека, сформировавшейся личности. Н. Р. Салихова отмечает необходимость развития представлений о разных аспектах преобразования и трансформации ценностного измерения в ходе становления жизненного мира человека в периоды взрослости (Салихова, 2009). Заметим также, что для обширной возрастной группы людей (от 20-50 лет) не существует общепризнанной теории развития в отличие от более ранних возрастов.

### ***Нормативная классификация и ценности-маркеры***

Нормативное объединение абстрактных ценностей представляет собой единый большой кластер, куда входят ценности: *безопасность, вера,*

*свобода, истина, правда, справедливость и реальность.* Если система ценностных ориентаций находится «в покое», как, например, в группе нормы возрастного периода 30-40 лет, то стандартное объединение будет именно таким.

Пациентам с диагнозом шизофрения свойственно объединять абстрактные ценности *безопасность* и *свобода* с ценностями телесности. Такое отличие можно объяснить симптомами неустойчивости процесса обобщения, но само такое объяснение не служит пониманию логики мыслительного процесса этих больных. 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 свое абстрактное значение. Для них, действительно, существует прямая взаимосвязь между безопасностью, свободой и реальностью, поскольку они периодически эту реальность утрачивают, что сопровождается переживанием фундаментальной небезопасности мира, потерей свободы и т.д. Можно предположить, что снижение уровня обобщения, утрата абстрактности является не только следствием болезненного или дефицитарного процесса, но и является нормальным механизмом, отражающим связь жизненного опыта человека и его ценностных ориентаций. То есть, любые абстрактные ценности утрачивают свое абстрактное значение, если человек находится в психологическом и аксиологическом кризисе, связанном с переоценкой этих ценностей. Косвенно данное предположение подтверждается тем, что в группе нормы 40-50 лет (для которой характерен кризис середины жизни и переоценка ценностей) все кластеры ценностей приходят в движение, и абстрактные ценности присоединяются к другим кластерам.

Клиническая чувствительность определенных ценностей подтверждается данными по переоценке ценностей: именно ценности *реальность, безопасность, свобода* оказались в списке тех, которые пациенты стали ценить больше после опыта болезни. Также эта триада

оказалась и в лидерах отделившихся фрагментов – тех ценностей, которые участники исследования исключали из процесса категоризации. Многие пациенты в своей жизни сталкивались с опытом недобровольных госпитализаций. Поэтому безопасность и свобода больных шизофренией – это отдельная тема для осмысления, связанная с устоявшимися практиками культурного насилия, которые остаются неизменными на протяжении многих лет (Фуко, 2009; Ениколопов, 2001).

При этом, как было показано, и для мужчин, страдающих шизофренией, и для женщин, по сравнению с условно здоровыми людьми категория *реальность* более высоко оценивается в субъективной картине и гораздо реже отвергается (оказывается среди неблизких ценностей). Но одновременно, для мужчин с диагнозом шизофрения эта ценность чаще становится смысловым обобщением (ядром при классификации), чем у женщин с шизофренией.

Кроме того, один из центральных симптомокомплексов шизофрении – схизис и означает, что у пациента в проявлениях психического существуют несовместимые мысли, чувства, поступки, высказывания, о несовместимости которых он не знает, и, следовательно, непосредственно от них не страдает, а страдает от ужаса, рожденного продуктивной симптоматикой, а также от соприкосновения со всем остальным миром, который видит эту противоречивость – собственно расщепленность. На этом свойстве строится невозможность для врача или любого иного человека понять мотивы поведения больного шизофренией, уловить его логику (Бумке, 1933). Даже имея дело с высокофункциональными, изначально образованными пациентами, мы продолжаем видеть это расхождение в логике, в мотивации. Выходя в ремиссию или близкое к ней состояние человек обнаруживает, что в какой-то момент находился в реальности иной, и теперь ему надо постоянно ее тестировать, убеждаясь, что он все еще в общей реальности с другими людьми. В этом смысле ценность *реальность* является своеобразным маркером-провокатором, позволяющим вывести

ценностный диалог на более глубокий уровень, связанный с критикой пациента к своему состоянию и осознанием пациентом своих основных психологических затруднений, что служит основой для реабилитационной работы.

Можно говорить о том, что эти ценности служат маркерами для пациентов с диагнозом шизофрения, так как обладают значением, отражающим психологический конфликт для этих пациентов.

### ***Особо устойчивые кластеры ценностей***

Также обнаруживается, что в норме характерна особая устойчивость кластера *межличностное общение – семья*. Ценности *любовь, семья, доверие, дружба* практически не меняется в течение жизни.

В клинических группах кластер «семьи» постоянно соединяется с другими кластерами. Для больных шизофренией характерна резкая потеря устойчивости этого кластера после 40 лет, когда личностные изменения, вызванные болезнью, длительными периодами госпитализации и лекарственной терапией, очевидно нарастают.

В мышлении о ценностях это представлено через связь ценностей *здоровье, безопасность, семья, вера, дружба и доверие*. То есть *здоровье и безопасность* становятся в большую зависимость от семьи и отношений в ней, как, собственно, и пациент оказывается в куда большей зависимости от своей семьи и ее к нему доброжелательного отношения, в то время как обыкновенно его сверстники оказываются в положении, когда во многом семья зависит от них (это время пика карьеры для среднестатистического человека, воспитания маленьких детей и заботы о пожилых родителях). Так как к этому возрасту зависимость больных шизофренией от членов семьи сильно увеличивается, как правило, формируется зависимая позиция и функция безопасности, здоровья и т.д. делегируется семье, а не самому пациенту. Увеличивается финансовая зависимость пациентов, растут последствия инвалидизации в случае неблагоприятного течения болезни.

Ощущение небезопасности, в свою очередь, связывается с госпитализациями, часто субъективно воспринимаемыми как насилие и утрата контроля. Важно учитывать фактор пола: указанная тенденция значительнее для женщин, чем для мужчин.

Таким образом, кластер «семья» становится нагружен смыслами и противоречивыми связями, не характерными для группы нормы. Такая же закономерность прослеживается для группы пациентов истерического спектра. Что говорит о наличии не специфических для шизофрении влияний на ценностные ориентации, а скорее об общих закономерностях переживания болезни и психического расстройства, отраженных в мышлении о ценностях.

### ***Ценность «удовольствие»***

Особого рассмотрения заслуживает динамика ценности *удовольствие*. В норме ценность *удовольствие* с течением жизни перестает связываться с кластером телесных ценностей и переходит в кластер, куда входят ценности самореализации. В возрастном периоде 40-50 лет пациенты с диагнозом шизофрения объединяют ценность *удовольствие* с социальными ценностями, а группа нормы с ценностями самореализации. А вот участники исследования с расстройствами личности по истерическому типу не совершают этот переход. Удовольствие не переходит для них в социальную сферу.

*Эти данные позволяют уточнить ценностное содержание понятия социальной направленности как направленности личности на получение удовольствия через реализацию ценностей, принятых в современной культуре.*

Для современной культуры, действительно, характерно доминирование идей и ценностей самореализации и развития (педагогические установки на раннее развитие и школьное обучение, коучинговый подход к развитию карьеры, тренинговое движение в трудовой

психологии и т.д.). Поддержание этих ценностей является в таком случае ценностной нормой. Это предположение требует дальнейшего изучения ценностного содержания социальной направленности, которое, как и все остальное, носит черты времени и культуры.

Такой результат очень интересен, так как показывает принципиальную разницу в ценностных ориентациях относительно такой базовой человеческой ценности как *удовольствие*, особенно важной в культуре массового потребления, основным наполнением которой является получение разного рода удовольствий (Ковалев, 2009; Константинов, Холомеев, 2015).

Для группы нормы *удовольствие* утрачивает свое изначально телесное значение и приобретает социальные черты, отщепляясь от тела и означаящее более удовольствие личности, которая занимается творчеством, развивается и к тому же еще, умна. Можно сделать предположение, что в норме *удовольствие* тесно связано именно с реализацией тех потребностей и ценностей, которые предъявляет современная культура к личности: развиваться, быть умным, заниматься творчеством.

Для пациентов с диагнозом шизофрения после 40 лет *удовольствие* связывается с *богатством, властью, успехом, признанием и свободой*. То есть с реализацией социальной силы, социального успеха.

В понимании этого феномена встает вопрос о динамике ценности *удовольствия* в онтогенезе. Скорее всего, такая связь личностной самореализации и удовольствия появляется в определенный момент развития и является показателем зрелой личности. Примечательно, что пациенты с диагнозом шизофрения вписываются в этом месте в нормативный тренд, хоть и не точно, а пациенты с личностными расстройствами истерического спектра – нет.

В целом, наблюдается упрощенность мышления о ценностях пациентов с расстройствами личности истерического спектра – ядерный способ классификации выделяется небольшим количеством ядер по

сравнению с двумя другими группами, после классифицирования остается большое количество ценностей, не вошедших ни в какие группы. Категоризация ценностных множеств отличается смешением кластера абстрактных ценностей и семейных, что также нетипично для других групп. Эта тенденция отражается на всех возрастных этапах. Мышление о ценностях этих пациентов отличается низкой дифференцированностью, выраженным конфликтным и декларативным характером. Специфическим феноменом, как отмечено выше, является то, что ценность *удовольствие* в течение жизни остается в телесном кластере, вместе с тем для других групп характерно переход удовольствия в социальную плоскость.

Отдельно можно сказать, что ценность *реальность* является маркером для этой группы, как и ценность *справедливость*. Полученный материал заставляет задуматься об этих участниках исследования как носителях определенного ценностного конфликта, носящего социокультурное происхождение (Карпинский, 2010). Исключенные фрагменты и отвергаемые ценности также указывают на ценности, содержащие в себе определенные конфликты. Пациенты с акцентуациями по истерическому типу в 18% случаев исключают ценность *уникальность*, другим группам это не свойственно. Также они активно отвергают ценность *творчество*. Ценности *уникальность* и *творчество* несут в себе нарциссическую нагруженность. Их место в ценностных ориентациях пациентов с расстройствами личности предположительно указывает на конфликты нарциссической природы. Однако мы понимаем, что неоднородность состава этой группы не позволяет делать нам однозначные выводы и требуется дальнейшее изучение ценностных ориентаций и мышления о ценностях пациентов этой группы.

Обобщая, можно сказать, что ценность *удовольствие* является одним из основных маркером для клинических групп. Больные шизофренией активно отвергали эту ценность, выбирая неблизкие им ценности, а также в представлениях о ценностях современного общества приписывали

существенно меньшее значение этой ценности против группы условной нормы. 46% в группе нормы приписали ценность *удовольствие* современному обществу, участники исследования клинических групп делали это в два раза реже.

Полученные данные в целом соотносятся с современными представлениями об ангедонии больных шизофренией (Дегтярев, 2014; Кананович, 2015; Рычкова, Холмогорова, 2014). Сниженная способность к переживанию удовольствия от физических, интеллектуальных и социальных стимулов присуща широкому кругу больных шизофренией и людям с шизоидными чертами. Некоторые авторы рассматривают социальную ангедонию в качестве предикторов расстройств шизофренического спектра (Kwapil, 1998) и ключевого параметра для понимания особенностей личностей шизоидного круга (Horan et al., 2007). Можно добавить, что в одном из исследований было показано, что именно социальная ангедония является предиктором нарушения регуляторного или рефлексивного компонента социального познания (в форме способности к учету позиции другого человека), в то время как депрессивная симптоматика, свойственная больным шизофренией, не оказывает существенного влияния на эту способность (Холмогорова, Минакова, 2014). Можно высказать предположение, что социальная ангедония связана также с особым восприятием больных шизофренией ценностей современного общества.

### ***Ценность здоровья для больных шизофренией***

Отдельного исследования, выходящего за рамки данной работы, заслуживает категория *здоровья* в группе больных шизофренией. Эта болезнь на данный момент считается хронической – не подразумевающей окончательного выздоровления. Так как могут относиться к ценности *здоровья* люди, которым оно не будет доступно в полной мере никогда? Несмотря на важные прорывы в этой области (Арина, Николаева, 2007), нам не хватает дифференцированного, более сложного подхода к категории

здоровья в отношении психических расстройств. Как пишет И. В. Цветкова про смежные области: «... на данный момент в психосоматике и психологии телесности преобладают знания о дисгармоничных, искаженных вариантах развития психосоматического феномена, а область науки, посвященная явлениям нормального развития, носит фрагментарный характер» (Цветкова, 2012 с. 11), что во многом диктует и принципы современных клинических исследований, что тоже требует определенного переосмысления. Разнообразие нарушений мышления больных шизофренией периодически пополняется новыми данными, при этом катастрофически не хватает исследования социо-психологических факторов выздоровления и устойчивых ремиссий.

Однако, существует реальная возможность выздоровления или восстановления больных шизофренией, которая все чаще обсуждается в среде психиатров и клинических психологов. В сообщениях последних лет И. Я. Гурович и А. Б. Шмуклер приводят данные многочисленных катамнестических исследований, указывающих, что не менее 20-25% больных шизофренией выздоравливают, при чем эта возможность касается и наиболее тяжелого стационарного контингента пациентов (Гурович, Шмуклер, 2014). Так, А. Б. Шмуклер и О. С. Бочкаревой было показано, что у 44,4% пациентов после перенесенного первого психотического состояния отмечалась стойкая ремиссия длительностью не менее 5 лет. Общее количество приступов за все время болезни почти в 80% случаев не превышало 5 и только у 4% пациентов было 11 или более; 5% больных не госпитализировались, а еще 29% – поступали в больницу лишь однажды. Частые госпитализации (11 и более за все время болезни) отмечались только у 9% больных. То есть, значительная часть больных обнаруживала относительно благоприятное течение заболевания и наблюдается преимущественно амбулаторно (Шмуклер, Бочкарева, 2012).

В целом авторы указывают, что больные значительную часть времени находятся в состоянии ремиссии, что требует разработки ее систематики.

При этом пессимизм относительно выздоровления очень распространен, зачастую шизофрения рассматривается только как прогрессивное заболевание с неблагоприятным исходом, что находит отражение в некоторых моделях (например, в стадийной модели шизофрении – McGorry, Allot, Jackson, 2010). И это также откладывает отпечаток на восприятие больных шизофренией и их потенциальные возможности со стороны медицинских работников, а значит во многом и тех усилий, которые необходимо предпринимать для их реабилитации.

Исходя из вышесказанного результаты исследования ценностных ориентаций подтверждают, что диалог с пациентом о психическом здоровье, а не о психической болезни оказывается более продуктивным, открывающим дорогу к критике пациентов к своему состоянию, что составляет главный ресурс реабилитации. В обсуждении переоценки ценностей после болезни, пациенты активно выражали озабоченность своим здоровьем, признавали наличие проблем со здоровьем, четверть участников исследования отмечают, что их отношение к *здоровью* изменилось. Однако, больные шизофренией все равно остаются глубоко дезориентированы в понимании того, что такое психическое здоровье и как они могут его адекватно оценивать.

### ***Ценность семья – глубокая противоречивость***

Как мы уже обсуждали выше, связь кластера *семьи* с ценностями *здоровья*, *безопасность*, *вера* и др. характерна для клинических групп. Вообще, результаты исследования ценностных ориентаций и их сравнение показывает глубокую противоречивость ценности *семья*, в частности для больных шизофренией. Так, например, мы видим разнонаправленные тенденции в виде снижения ценности *семья* с возрастом (метод попарных сравнений) и противоположными данными формализованного клинического интервью (переоценка ценностей).

Увеличение значимости *семьи* в результате переоценки ценностей

может быть не столько позитивным фактом (в смысле нормализации отношений, зачастую конфликтных), сколько вскрывать тенденции к регрессу пациентов. Этот регресс основывается на специфике взаимоотношений в семьях больных шизофренией, в частности, включающей понимание «симбиотического поля» таких семей, описывающего отсутствие необходимых процессов сепарации-индивидуации между детьми и родителями (Schefflen, 1981). Во время обострения психического расстройства многие пациенты, как это ни парадоксально, пытаются выйти из этого симбиотического поля, проявляя себя с большей независимостью, что воспринимается ближайшим окружением как нарушение «нормального» поведения. И если такое обострение заканчивается госпитализацией (как правило, по инициативе обеспокоенных родственников), пациенты воспринимают свои попытки сепарации как неудачные, за которыми обязательно следует наказание (госпитализация). В некоторых случаях, действительно, имеет место изменение семейной ситуации в сторону нормальной сепарации пациента, но в большинстве случаев увеличение значимости ценности семьи может означать еще больший регресс пациента и закрепление симбиотических, часто неадекватных возрасту отношений в семье. В обоих случаях специалист по реабилитационной работе должен обращать внимание на такой результат и строить свою работу, исходя из него.

С другой стороны, возрастание значимости ценности *семья* в ходе развития человека представляется нормативной тенденцией, учитывая и максимальные показатели значимости этой ценности для всех групп. Такое снижение значимости ценности *семья* (результаты методики попарных сравнений) свидетельствует о том, что многие пациенты с шизофренией, независимо от пола не видят для себя перспективы семейной жизни. Это происходит не в силу болезненных причин, а находится, скорее в области социально-медицинского и культурного давления на этих пациентов. В настоящее время принято считать это расстройство неизлечимым и

передающимся по наследству. Стандартной практикой стало не сообщать пациенту поставленный психиатрический диагноз, а сроки лечения транслировать как непрерывные. Не ставя себе целью критику сложившейся практики, важно отметить, что подобная практика оказывает существенное влияние на перспективы и ориентации наших пациентов. Пациенты в возрасте 20-40 лет находятся на жизненном этапе, в котором 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. С другой стороны, в сообщениях о переоценке ценностей *семья* занимает первое место. Противоречивость этих данных в ценностных ориентациях больных шизофренией отражает глубокий конфликт и противоречивость направленности на ценность *семьи*.

Таким образом, результат свидетельствует о реальном положении вещей, при котором эти пациенты утрачивают стремление к нормативной социокультурной практике – созданию семьи, что в свою очередь поддерживает снижение социальной направленности и превращается в замкнутый круг. Больные начинают рассматривать такое нормативное развитие как «неподходящее».

*«Куда мне семью?».*

*«Не хочу, чтобы дети болели».*

*«Не смогу родить и воспитать ребенка»*, – типичные высказывания пациентов с шизофренией. Один из них говорит так:

*«Да, ценности изменились. Понятие семьи перестало иметь столь большое значение, как раньше. Семья обрекает людей на нелепость людей в будущем».*

Подобная позиция в конечном счете способствует инвалидизации, маргинализации человека, в том числе компенсации с помощью экстремальных «духовных» практик. Не менее важным является экономический аспект. Человек, нацеленный на создание семьи, становится экономически более ответственным субъектом, стремится иметь доходы,

сохранить работу, заботится о других, в итоге остается заинтересованным в хорошей ремиссии, качественном комплаенсе. Человек, нацеленный на одинокое существование, легче смиряется с инвалидизацией, получает вторичную выгоду от своей болезни. Нередко такие пациенты всю жизнь живут за счет родителей и государства, а когда родители умирают, полностью переходят под опеку социальной службы. Между тем замечено, что семейные пациенты быстрее выздоравливают, не стремятся к длительному пребыванию в больницах, лучше адаптируются.

### ***Общеразделяемые ценности***

Анализ результатов непосредственного выбора субъективно близких и предпочитаемых ценностей (метод попарных сравнений) и неблизких ценностей показывает, что наиболее приоритетные ценности у больных шизофренией, у пациентов с расстройствами личности и у контрольной группы совпадают. Они составляют ценностной блок «сверхценностей», куда входят ценности *любовь, здоровье, семья*. Наши результаты согласуются со многими исследованиями, обнаруживающими сходные ценностные предпочтения у представителей российского населения (ВЦИОМ, 2010; ВЦИОМ, 2012; Гегер, 2010; Ибрагимова, 2007).

Этот факт 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 шире – на всех остальных тоже.

Принципиальными для стигматизации и самостигматизации (а как жители мегаполиса и в большинстве своем с высшим образованием, наши участники исследования подвержены стигматизации чаще других пациентов) оказываются представления о принципиальной «отличности» и опасности психически больных, свойственные как самим больным, так

обыденному сознанию условной нормы (вспомним об «инаковости» психически больных). В целом можно констатировать рост заинтересованности общественного здравоохранения в сокращении стигмы (Stuart, 2008). Это подтверждает рост работ по изучению стигматизации и самостигматизации больных шизофренией, где указывается их распространенность, соотношение воспринимаемой и испытываемой стигматизации, их последствия (Gerlinger et al., 2013; Link, Phelan, 2001).

Поэтому важно показать и сделать акцент на том, что в части той личностной социальной направленности, которая поддерживает общеразделяемые ценности, больные шизофренией мало отличаются от всех остальных. Как подчеркивают В. А. Pescosolido и S. Olafsdottir психические расстройства являются комплексными заболеваниями. Из того, как их понимает, и как реагирует на них общественность, а также как ведет себя больной, складывается комплексная реакция.

В конечном счете, человек всегда ищет облегчения – хочет почувствовать себя лучше – как было до появления тяжелой психопатологической симптоматики, ухудшившей его самочувствие и, зачастую, явившейся критическим поворотным моментом в его жизни. Авторы указывают, что современные модели и открытия могут стать основой для улучшений в обществе и клинической практике. Если принять положение вещей во всей его сложности, признать, что обширная система взаимодействий определяет, что делают люди, включая специалистов, появится возможность созидать, а не разделять; спрашивать, а не допускать; и концептуализировать запутанную реальность, а не стремиться к неоправданной простоте (Pescosolido, Olafsdottir, 2013).

При этом, безусловно, дополнительный интерес представляет изучение возрастной динамики ценностных предпочтений. Тем более, что были обнаружены важные особенности категоризации ценностного содержания не только между больными шизофренией и условной нормой, но и между разными возрастами. Например, в первом приближении было

получено, что с возрастом в норме значимость ценностей *семья, здоровье*, а также *богатство* и *безопасность* увеличиваются. Для молодых мужчин и женщин (20-30 лет) в норме *свобода, уникальность, любовь* и *дружба* гораздо важнее, чем в более зрелом возрасте (40-50 лет). Также с возрастом наблюдается снижение значимости ценности *развитие*. Однако в группе больных шизофренией увеличения значимости ценностей *семья* и *богатство* не наблюдается, также падает значимость ценности *признание*, но существенно поднимается значение ценности *свобода* (которая в норме уменьшается) (Леонтьева, Головина, 2014).

Однако, чтобы качественно решить одновременно несколько задач – и учесть фактор пола, и возрастную динамику, потребуется дополнительная работа, чтобы увеличить выборки по каждой половозрастной подгруппе. На данном этапе эта задача представляется важной, но ее осуществление нереалистично, так как малочисленность имеющихся подгрупп не позволяет делать надежные выводы относительно получаемых результатов.

### ***Особенности ценностных диад ум-развитие, вера-доверие, правда-справедливость***

За рамками ведущей тройки ценностей существуют важные различия в субъективно близких ценностях обеих групп, которые особенно выражены в диадах *ум-развитие, вера-доверие* и на уровне тенденции в диаде *правда-справедливость*. Причем для пациентов с диагнозом шизофрения оказывается специфичным редкий выбор ценности *доверие* и высокая частота выбора ценности *ум*, а для группы пациентов с расстройствами личности специфичным оказывается высокая частота выбора ценности *справедливость*, то есть эти ценности являются маркерами для данных групп.

Можно добавить, что предпочтение веры доверию в контексте отношений отражает свойственное больным шизофренией черно-белое

(дихотомическое) мышление (Соколова, 2006) и выводит на столь часто звучащие в их жалобах темы предательства, утрату веры в людей. С другой стороны, как отмечает Т. П. Скрипкина подлинная вера возможна лишь в отношении сверхчувственных объектов, в отличие от доверия, которое возможно как в отношении сверхчувственных объектов, так и в отношении различных объектов предметно представленной реальности (Скрипкина, 2005), и в предпочтениях ценности *веры* отражается некоторый отрыв от реальности больных шизофренией, а также сложности в социальных взаимодействиях, характерные для этих пациентов.

В современных работах по лечению и реабилитации больных шизофренией большое внимание отводится вопросам веры и религии (King M. et al., 2013; Moussaoui, 2014; Rosmarin, 2013). Как отмечают К. I. Pargament и J. W. Lomax, в исследованиях обнаружено, что многие люди обращаются к религии как к жизненному ресурсу, который служит множеству адаптивных функций, в их числе – саморегуляция, привязанность, эмоциональный комфорт, обретение смысла жизни и духовность. Однако также обнаружена негативная составляющая религиозной жизни, то есть проблематичные аспекты религиозности, включая религиозно обоснованное насилие и религиозную борьбу с собой, с другими людьми и божественным. Авторы утверждают, что трудности в религиозной жизни могут рассматриваться как побочное явление психического заболевания (вторичные), источник психического заболевания (первичные) или сочетать в себе оба элемента (Pargament, Lomax, 2013).

При этом введение в поле ценностного диалога категорий *вера* и *доверие* является прекрасной возможностью для становления и укрепления терапевтического альянса между пациентом и врачом или психологом, а также комплайенса больного. Безусловно, доверие в отношениях врача и пациента является одним из важнейших параметров их коммуникации. Л. Ф. Шестопалова и О. А. Бородавко указывают, что доверие может быть рассмотрено в двух аспектах. Во-первых, как институциональное доверие, т.

е. отношение к социальным ролям «врач» и «пациент»; общая установка на доверие к представителям данных социальных ролей и институту здравоохранения в целом (у пациентов). Во-вторых, как специфическая форма межличностного доверия, которая складывается в ходе лечебно-реабилитационного процесса между пациентами и медицинскими специалистами и имеет определенные уровневые и содержательные характеристики. В своей работе авторы описали несколько типов доверия как врача пациенту, так и пациентов к врачу, среди которых идеалистический, эмоциональный, рационалистический, интегративный, индифферентный и амбивалентный типы (Шестопалова, Бородавко, 2014). Для нас важно подчеркнуть, что использование ценностного диалога в клинической практике может стать серьезным вкладом в создание доверительных отношений, опорой для диагностики и лечения пациентов.

Рассматривая разницу в ценностных предпочтениях пациентов с диагнозом шизофрения и условно здоровыми людьми и анализируя ценности второго порядка, мы столкнулись с необходимостью некоторых интерпретаций, выходящих за рамки психологического анализа.

Пациенты с диагнозом шизофрения достоверно чаще выделяют ценность *ум* в противовес группе нормы. Идея компенсаторной природы этого феномена, казалось бы, напрашивается сама собой: в обыденном сознании больные с психическими расстройствами предстают как «безумные» (это свойственно и субъективному восприятию самих больных), то есть страдают от недостатка ума, а, значит, ценят ум больше здоровых и поэтому выделяют его чаще остальных. Но можно рассмотреть другую гипотезу (не исключаящую первую) о наличии механизма *ценностного культурно-исторического отставания от нормы*, наблюдаемого в ценностной системе пациентов с диагнозом шизофрения.

Ценность *ума* в современную нам эпоху понемногу сменилась ценностью *развития*. Можно даже констатировать некоторую диктатуру развития, что хорошо видно в современной педагогической деятельности. И

если наличие ума во многом воспринимается как что-то изначально присущее (как результат наследственности или «от природы»), то категория развития гораздо более динамична, подконтрольна разнообразным влияниям, а также зависит от направленности самого индивида. Сама категория развития служит колоссальным ресурсом для всей современной культуры и психологии. Философия развития предполагает, что развиваться может любой индивид, начиная с любой точки. И результирующая этого процесса не всегда жестко задана и очевидна, а значит, открывает широкие возможности для индивидуального поиска и определения (этим, в том числе так многих привлекает концепция А. Маслоу). В этом смысле весьма показательно, что больные шизофренией не выделяют эту ценность как настолько важную, сосредотачиваясь на ценности ума. Развитие в указанном смысле им как будто недоступно, заблокировано. И задача специалистов по реабилитации актуализировать этот ресурс работы, используя все его реабилитационные составляющие.

Тот же механизм ценностного культурно-исторического отставания от нормы лежит и в разнице между частотой предпочтения ценностей *веры* и *доверия* у больных шизофренией и у контрольной группы. Аналогичная тенденция намечается в соотношении ценностей *правда* и *справедливость*. *Правда* чаще ценится больными шизофренией, а *справедливость* условно здоровыми людьми, хотя как показывают социологические опросы россиян, ценность справедливость имеет очень низкие рейтинги (ФОМ, 2011), однако мы не обладаем достаточным количеством данных, чтобы делать определенные выводы.

Гипотеза культурно-исторического отставания от нормы косвенно подтверждается наличием фактора пола в ценностных предпочтениях больных шизофренией. Между мужчинами и женщинами с шизофренией обнаруживается значительная разница: женщины больше поддерживают ценности межличностного общения (*семья, любовь, дружба*), а мужчины – ценности самореализации и абстрактные ценности (*вера, свобода, успех*). В

целом такое разделение, с одной стороны, указывающее на сохранность реабилитационного ресурса для женщин и на существенные сложности для мужчин, с другой стороны, выглядит вполне традиционным. Между тем в норме мы наблюдаем существенное смешение ролей, маскулинизацию женщин и феминизацию мужчин. Можно предположить, что традиционное аксиологическое разделение по половому признаку также отстает от нормы, что, конечно, требует дальнейших исследований.

### ***Субъективно неблизкие ценности***

В отношении выбора неблизких ценностей можно сказать, что, используя активное отвержение, участники исследования четко определяли свои ценностные позиции, снизив эффекты конформности, что позволило обнаружить особые для каждой группы неблизкие ценности. И так, специфическим для группы больных шизофренией является высокий процент отвержения ценности *богатства* и *удовольствия*, для группы пациентов с акцентуациями – отвержение ценности *творчества*, и обе группы единодушно отвергают *власть*, *признание*, *реальность* и *уникальность*.

В норме *богатство* отвергается не столь часто. Наши результаты подтверждаются опросами, в которых половина респондентов сообщала, что желала бы быть богатыми (ВЦИОМ, 2012). При этом в целом для современной ситуации тема собственности и имущества является очень острой, и как отмечает С. В. Мареева, купируется путем негласного табу на открытое обсуждение вопроса безнравственного распределения собственности (в частности, природных ресурсов) (Мареева, 2012).

Конечно, выбор субъективно неблизких ценностей может говорить о конфликтной природе этих ценностей, об особом к ним отношении, как со стороны социума, так и со стороны индивидуума. Свет на эту проблему проливает анализ результатов ценностей, которые участники исследования приписывают современному обществу и сопоставление этих ценностей с

теми, которые они выбирают как близкие и неблизкие ценности.

### **3.8.3. Представления о ценностях современного общества в контексте субъективно близких ценностей, ценностная диссоциация как современный культурный феномен**

В исследовании было обнаружено, что приоритетные ценности современного общества (представления о них) и субъективно близкие ценности сильно расходятся. И больным шизофренией, и пациентам с расстройствами личности, и условно здоровым людям характерно противопоставлять себя и современное общество. Это противопоставление происходит через отвержение воспринимаемых ценностей современного общества.

Налицо феномен, который можно назвать «конвенциональной общественной ложью», о том, что Ф. Гватари называл шизофренической разделенностью общества, когда из того, что люди говорят, делаются выводы во многом противоположные (Фуко, 2009).

Женщины больные шизофренией поддерживают идеалистическую картину представлений о современном обществе, достоверно чаще выбирая ценность *любовь*, по сравнению с другими группами. При этом мужчины в норме и больные шизофренией сильно различаются в степени приписывания ценности *удовольствия* современному социуму. Мужчины в норме делают это в два раза чаще.

Проведенный анализ позволяет выделить один из ключевых моментов. Группа больных шизофренией в отношении к ценностям современного общества неоднородна. Около 25% пациентов, и это очень много, категорически отвергают ценности современного общества (то есть близкие ценности и представления о ценностях современного общества полностью не совпадают).

Такое отвержение является осознанным. Эти люди более других затруднены в своей социальной адаптации, так как сама адаптация на ценностном уровне лишена для них смысла. Воспринимаемое общество для них непривлекательно, они не готовы адаптироваться к тому обществу, в котором живут, и не хотят быть адаптированы в него. В итоге, и это очень болезненная тема для здравоохранения, такие люди быстро инвалидизируются, перестают быть социально включенными, жизненно активными и трудоспособными (Любов и др., 2012).

Человек, отрицающий основные цели общества и средства их достижения, неизбежно конфронтирует те ценности, которые на данном этапе этим обществом усваиваются, то есть выходят на передний план. Доверие, развитие, безопасность, удовольствие, признание, богатство – те ценности, в отношении которых возникает ощущение, что они слишком «новы», современны, навязаны изменившейся культурой и потому либо не опознаются клинической группой, либо вполне сознательно отвергаются. Одно не исключает другого.

Культуролог М. Мид в своей классической статье «Культура и преемственность» описывает культуры постфигуративного типа, в которых опыт современных поколений полностью повторяет опыт предыдущих поколений. «Постфигуративная культура – это такая культура, где каждое изменение протекает настолько медленно и незаметно, что... прошлое взрослых оказывается будущим каждого нового поколения» (Мид, 1983, с. 322). В постфигуративной культуре фактически отсутствует быстрая смена ценностных ориентаций или такая смена не происходит вовсе.

Ценностная неопределенность современного нам общества (Мареева, 2015), перманентно переходный период развития российского общества оказались огромным стрессом для большого количества людей, возможно, создавая социокультурную почву для психических расстройств. При этом важно отметить, что природа ценностных различий не объясняется тем, что

морально-этические ценности для наших пациентов оказываются менее значимы, это утверждение не находит экспериментальных подтверждений.

Можно предположить, что наши пациенты как бы «фиксируются» и «фиксируют», сохраняют некоторые ценности прошлой культурной эпохи, в которой социальный ценностный конфликт (недоступность средств достижения основных целей) не был так проявлен, в то время как для группы условной нормы эти ценности уже находятся на краю общего ценностного поля. Результаты исследования также доказывают, что отношение наших пациентов к системе ценностей современного общества характеризуется «активным противодействием» (Абульханова-Славская, 1991; Гудечек, 1989), внутренним и внешним отрицанием системы ценностей. Такая позиция является осознанной и требующей должного уважения как при психотерапевтической работе с такими пациентами, так и при теоретическом осмыслении их «личностных изменений».

### ***Ценностная диссоциация как современный культурный феномен***

Важно подчеркнуть, что в норме расхождение между близкими ценностями и ценностями современного общества оказывается выраженным гораздо сильнее, чем у больных шизофренией. Можно сказать, что большинство условно нормальных участников исследования демонстрируют некую «ценностную диссоциацию» между теми ценностями, которые они считают субъективно близкими и теми, которые приписывают своим современникам и обществу в целом.

Этот феномен активно осознается социологами. Сложившаяся в современном обществе ситуация аксиологической неопределенности и нестабильности многими отечественными и западными учеными осмысливается как кризис. Одним из контекстов употребления модного сегодня слова «кризис» по отношению к культуре, как пишет Н. А. Углинская, является рассмотрение его в рамках понимания культуры в качестве системы ценностных взаимосвязей. При этом кризис культуры понимается как необходимая или случайная смена ценностей (Углинская,

2012). В. С. Стёпин утверждал, что базисные ценности и фундаментальные жизненные смыслы лежат в глубинных основаниях культуры. Именно такие ценности и смыслы играют роль своего рода системных факторов, объединяющих все многообразие культурных феноменов в органическую целостность: «Это те смыслы, которые мы вкладываем в понимание человека, природы, пространства и времени, истины, красоты, свободы, справедливости, труда, добра и зла, совести, долга и т. д., эти категориальные структуры именуют по-разному: категориями культуры, идеями, концептами» (Степин, 2010, с. 6).

При этом И. Докучаев отмечает, что кризис личности приобрел многочисленные формы выражения. И речь идет о непрекращающемся распаде всех существовавших когда-либо социальных институтов, или, по крайней мере, о росте недоверия и безразличия к ним (Докучаев, 2006). В. В. Ковалев пишет, что современная российская власть декларирует значимость хорошо знакомых ценностей свободы, справедливости, патриотизма, любви к семье в противовес ценностям потребления, которые в эпоху глобального промышленно-банковского кризиса недоступны для реализации, однако подчеркивает отсутствие образцов и сценарных моделей, каким образом в нынешнем мире могут быть реализованы свобода и справедливость (Ковалев, 2009).

К данной проблеме можно добавить, что по данным американских исследователей, приводимых А. Б. Холмогоровой, социальная фобия вышла на первое место среди тревожных расстройств и на третье среди всех психических расстройств в США, значительно опережая европейские страны. И как пишет автор, этот факт, требует анализа не столько биомаркеров, сколько ценностей общества, значимости социальной оценки и уверенного поведения (Холмогорова, 2014). Представления о ценностях современного общества отражают культурный контекст, в котором раскрываются те или иные психические расстройства.

По сути, обнаруженный в исследовании феномен означает, что в норме (в российских реалиях) мы считаем обязательным диссоциировать свои ценности с ценностями общества, в котором живем. В некотором смысле мы «обязаны» ругать современное нам общество и быть им недовольными. Как пишет Е. С. Юркова, аксиологическая картина современного человека отличается противоречивостью и «пестротой» форм, эгоцентризмом и субъективацией, витализацией и прагматизмом, множественной девиацией и парадоксальной, в определенных ситуациях, терпимостью (политкорректностью) (Юркова, 2008). Судя по всему, наличие такого феномена, который некоторые исследователи называют «темным веком антиценностей» (Шаров, 2009), свидетельствует о глубоком ценностном кризисе нашего общества (Константинов, Холмеев, 2015), при котором мы готовы поддерживать свои индивидуальные ценности, но не готовы поддерживать такие же индивидуальные ценности других. В отношении ценности *семьи* это могло бы быть сформулировано примерно следующим образом: моя семья является для меня самой главной ценностью, но больше ни для кого. Такое нарушение совместности, отсутствие или невозможность открытого поддерживания индивидуальных ценностей (не только своих, но и других людей), на наш взгляд, характеризует социопсихологическую природу ценностного конфликта современного нам общества.

Получается, что пациенты с диагнозом шизофрения, действительно, не распознают тонкостей этого конфликта, тонкостей социального самообмана и лжи. Они попадают впросак именно в степени этой лжи, как будто не знают насколько сильно принято именно сейчас «ненавидеть» свое собственное общество и друг друга. При этом из литературы известно, что больные шизофренией чувствуют себя глубоко (часто невыразимо) отличающимися от других и отчужденными от социального мира (Parnas, 2012). По результатам нашего исследования, мы могли бы сказать, что их социальная проекция отличается в сторону большого идеализма и

синтонности собственным близким ценностям, недооценке ценностей, имеющих высокую социальную значимость – богатства, власти, успеха, безопасности. И это значительно отличает их от людей без психических расстройств. Однако подобная ситуация также может иметь связь с нарушениями социальной перцепции у больных шизофренией, многократно описанной в современной литературе (например, Рычкова, Хомогорова, 2014; Wolwer, Frommann, 2009).

#### **3.8.4 Модифицированная методика «Классификация ценностей» и формализованное клиническое интервью: критическое осмысление и перспективы использования**

Проведенная работа показала, что методика «Классификация ценностей» нуждается в дальнейшей разработке и ценностный диалог может быть дополнен изучением не включенных в данное исследование компонентов ценностного мышления.

Главный критический момент, который должен быть решен в будущем, это количество и набор конкретных ценностей для методики. Уже сейчас ясно, что определенные ценности обладают специфической чувствительностью. Например, ценность *справедливость* оказывается специфическим маркером для группы пациентов с расстройствами личности. Однако ценность *реальность* оказывается маркером для обеих клинических групп, и не понятно, это происходит в силу того, что эта группа пациентов причисляет себя к группе людей, у которых есть проблемы с реальностью или для каждой из клинических групп эта ценность наделяется специфическим смыслом и конфликтом.

Также вызывает вопрос ценности *власть* и *богатство*, лидеры среди отвергаемых ценностей. Относительно ценности *богатство* в будущих исследованиях необходимо рассмотреть альтернативные варианты названия. Безусловно, материальная составляющая является важной частью этого

мира и жизни каждого человека. Так или иначе, схожие по содержанию ценности входят в списки у разных авторов. Мы согласны с позицией И. А. Суховой, утверждающей, что деньги необходимо рассматривать не только в экономическом, но и культурологическом смысле (Сухова, 2009). Деньги как феномен культуры – это ценность (как фиксированная в сознании человека качественная или количественная, числовая, характеристика его отношения к объекту), занимающая определенное место в культуре. А. Э. Гегер, обобщая ответы многочисленных респондентов относительно материальной обеспеченности, соответствующую категорию называет «деньги», и эта ценность занимает высокие позиции у опрошенных респондентов (Гегер, 2010). В нашем случае категория *богатство* оказывается нагружена негативными ассоциациями. Как отмечает И. А. Сухова, при разных подходах (например, буржуазном и православном) видение денег выступает в качестве антипода (Сухова, 2009). Поэтому в дальнейшем этот момент потребует более детального рассмотрения.

Возможно, в ряду используемых ценностей стоит рассмотреть контрценности. Как пишет Л. М. Смирнов, изучение ценностной сферы во всей полноте, попытка соотнесения ее с природой человека приводят к необходимости обращения, помимо положительных ценностей, и к контрценностям. К тому, что в аналитической психологии рассматривается как «тень»; в идеологиях, как несовершенство; в религиях, как грех; в культуре, как антикультура. Контрценности – базовые антипредпочтения; то, что людьми эмоционально отвергается, порицается, что индивидуально сердит, раздражает, может страшить, что избегается и при этом не сводимо логически к каким-либо другим. Конечные контрценности, это столь же базовые, самостоятельные, представленные в ценностном сознании предпочтения. большей частью это контркультурные по сути явления. Их список дает представление о том, что данная культура в природе человека отвергает; с проявлением чего практически безуспешно постоянно борются существующие и исчезнувшие цивилизации и религии. В природе человека

заложены не только устремленность, направляемая базовыми предпочтениями, но и избегание, направляемое базовыми антипредпочтениями. Человеком переживаются и дают эмоциональное санкционирование для действий не только радость, удовлетворенность, но и гнев, и страх, и отвращение и печаль. В связи с этим рассмотрение ценностного сознания без базовых контрценностей будет неполным (Смирнов, 2006).

В перспективе хотелось бы сократить предлагаемый набор ценностей до 6-8, выявив именно специфические ценности-маркеры для разных участников исследования и именно их использовать для создания ценностного диалога в процессе реабилитации больных шизофренией. Сократив перечень ценностей до клинически чувствительных, имеет смысл сосредоточиться на исследовании семантической стороны именно этих понятий-ценностей, что может иметь значение и для более глубокого понимания значений понятий при шизофрении, так и для информированности самих пациентов, психообразовательной работы, снижения конфликтности ценностей *семья, удовольствие* и др.

Кроме того, при сравнении результатов двух методик (прямой выбор близких ценностей и попарные сравнения) друг с другом обнаружилась высокая схожесть результатов, что говорит о том, что исследование ценностных ориентаций можно делать менее трудоемкими способами, которые хорошо подходят для применения в клинической реальности, не занимают много времени, контролируют фактор утомляемости, в целом дают снижение формализованности и т.д. На сознательном уровне не обнаруживается разницы между способами сравнения и присваивание рангов (традиционные методики исследования ценностных ориентаций) и прямым выбором человеком близких ему ценностей (Приложение 15). Это важно еще и потому что, подтверждает предположение о том, что ценностный диалог, актуализируя сложную рефлексию пациента на тему своих ценностных ориентаций и сообщения о

них исследователю, снимает эффекты конформности и актуализации декларируемых ценностей или каких-то других защитных структур. Совокупность этих фактов повышает реабилитационный потенциал исследования ценностных ориентаций как таковых и с помощью формализованного клинического интервью, предложенного в данной работе.

Проведенное исследование позволило сделать следующие **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.

## Заключение

Проведенное исследование показало, что анализ проблемы ценностей в ее теоретической и практической интерпретации, как и обращение к патопсихологической традиции анализа механизмов мышления существенно расширяют возможности индивидуального подхода к личности пациента. Ценностной дискурс представляется той «безопасной площадкой», в которой удастся с уважением обнаружить самые болезненные опыты больного, придать им соответствующее ценностное значение, что дает возможность восстановить социальный пласт

самосознания, выйти из защитной отгороженности навстречу здоровому смыслу и ресурсам социальной поддержки.

Как отмечает Ю. В. Резниченко, мы не имеем на данный момент вполне обоснованной концепции, позволяющей говорить о законах возникновения, развития, существования в целом системы ценностей. Вместе с тем социальная ситуация развития все больше требует более конкретных ответов на вопросы о том, каким образом формируются и функционируют система ценностей личности, общественная система ценностей, каким образом и на основе каких закономерностей они взаимодействуют друг с другом (Резниченко, 2005). Примененный в работе подход к исследованию позволяет раскрыть особенности преломления в сознании больного комплексов сложных абстрактных понятий-ценностей, выявить различия в использовании разных способов категоризации ценностей, обнаружить связь между нарушениями мышления, обнаруживаемых при традиционном патопсихологическом исследовании и ценностными ориентациями больных шизофренией.

Все участники исследования классифицируют ценности достаточно похоже, что говорит, в первую очередь о том, что ценностные ориентации представляют собой стабильные структуры и не разрушаются полностью, а дальнейший ценностный диалог имеет большой терапевтический и реабилитационный потенциал. Результаты проведенного исследования подтверждают способность пациентов с диагнозом шизофрения к категоризации сложных абстрактных понятий-ценностей. Схожесть структур указывает на то, что, несмотря на болезнь, подобные пациенты сохраняют сложные навыки рефлексии и общую ориентацию в культурно-ценностном пространстве. А различия, которые обнаруживаются, зачастую носят черты глубокого психологического конфликта и сложностей адаптации.

Представляется важным и другое. Новые аспекты изменения социальной направленности в качестве ведущей характеристики

патопсихологического синдрома побуждают нас отделить от шизофренического процесса личность самого больного, который поневоле вынужден осваивать весьма специфический опыт психического расстройства, примеров успешной адаптации к которому вряд ли можно найти в стандартных культурных практиках. Переоценка ценностей, происходящая в результате развития психоза, госпитализации, лечения и связанных с ними негативных обстоятельств, в ряде случаев заставляет больного вполне осознанно отойти от принятых в обществе социальных ценностей. Осознание этой переоценки в диалоге со специалистом по реабилитации открывает дорогу к критике пациента, тем аспектам внутренней картины болезни, которые необходимы для успешной адаптации и комплаенса.

Мировосприятие больных шизофренией, содержащее их ценностные ориентации, как правило, отличается явной тенденцией к идеализации и не отражает реальную картину взаимоотношений в обществе. Необходимо отметить, что данное положение, в качестве гипотезы характеризующее отмеченную социальную девиацию от нормы, требует дальнейшего углубленного исследования.

Результаты данного исследования показывают существенные различия в мышлении о ценностях больных шизофренией и условно здоровых людей. Исследование возрастной динамики изменения ценностных ориентаций, их содержательных характеристик и внутренних взаимосвязей, а также сравнительный анализ ценностных ориентаций в норме и патологии позволяют достичь более точного понимания восприятия мира пациентами шизофренического круга, а также выстраивать индивидуальные программы реабилитации на основании не только общих принципов онтогенетического развития, возрастных кризисов, но также на основании анализа последствий влияния психической болезни на систему ценностных ориентаций в разных возрастах.

Следует еще раз подчеркнуть, что использование представленного

методического комплекса: модифицированной методики «Классификация ценностей» , формализованного клинического интервью с целью установления ценностного диалога, методики «Попарных сравнений» оказывается удобным инструментом для изучения личности и мышления (в контексте общей и клинической психологии), позволяющим решать как теоретические задачи моделирования мышления личности в условиях психического здоровья и болезни, так и практические задачи индивидуализации процесса реабилитации психиатрических пациентов. Данная батарея методик может применяться как часть патопсихологического исследования, так и самостоятельно.

В дальнейшем, преимущества проективных методик и приемов, исследующих неосознаваемые компоненты ценностных ориентаций, позволят изучить рефлексивный компонент переоценки ценностей в ракурсе разных возрастов, например, с помощью методики «Линия жизни», где исследователь может предлагать разместить разные ценности на линии жизни респондента. При этом, ценностная перспектива, которая проецируется на вектор жизни пациента, тоже может быть серьезным реабилитационным ресурсом – помогать актуализации текущих проблем, представлений о возможности или невозможности выздоровления, об образе жизни в будущем. Не разделяя распространенного неявного и явного постулирования приоритетности неосознаваемого над осознаваемым в вопросах ценностного, можно, тем не менее, утверждать, что подобные методические приемы могут помочь еще дальше отойти от перформативного отношения психологии ценностей в сторону усложненного понимания устройства ценностной сферы психики. В перспективе представляется интересным и продуктивным более подробное соотнесение специфики мышления о ценностях и внутренней картины болезни больных шизофренией, исследование стабильности способов категоризации ценностей, исследование семантики тех ценностей, которые показали высокую конфликтность, выделение специфических гендерных и

возрастных ресурсов для реабилитации, соотнесения ценностных ориентаций и поведения в обычной жизни.

Обращение к теме ценностных ориентаций является широко распространенным явлением в настоящее время, при чем проблема ценностей активно осмысливается и философами, и социологами, и психологами, и педагогами (теоретиками и практиками). И, несмотря на пессимистичный настрой относительно современной культурной ситуации некоторых из них, достаточно часто можно встретиться с утверждением системообразующей роли ценностей в жизнедеятельности человека. Например, описан опыт обращения к ценностям при решении глобальных проблем, переговорах в серьезных конфликтных ситуациях (Розов, 1998). Не менее продуктивным является внимание к теме ценностей при работе с психическими расстройствами.

Полученные в проведенной работе результаты требуют поиска новых подходов к реабилитации пациентов с психическими расстройствами. И эта задача представляется абсолютно практической, связанной с широкой социальной поддержкой таких людей, организацией занятости, создания новых рабочих мест. Опираясь на полученные эмпирические результаты, мы имеем основание утверждать, что она должна решаться и на другом – ценностном уровне. Потому что выздоровление (или хотя бы стабилизация тяжелого состояния пациента) не является пассивным процессом, но требует активных усилий со стороны больного и специалиста по реабилитации. От настроения пациентов, от реабилитации мотивов и целей, которые сохраняют значимость и после обострения заболевания, от их усилий по соблюдению режима лечения, и в целом от саморегуляции, как показывает практика, зависит очень многое, и в том числе тяжесть последствий заболевания для всей жизни человека (Гусева, Коцюбинский, 2013).

Актуальность и многочисленность современных гендерных исследований диктует логику изучения ценностей при шизофрении с целью выделения специфических гендерных ресурсов для реабилитации (как,

например, ценность общения для группы женщин старшего возраста или исследования семейных ценностных систем).

Огромный вклад в стигматизацию и дальнейшую инвалидизацию пациентов с психическими расстройствами вносит первичный и последующие контакты с действующей системой здравоохранения. По словам одного из пациентов-участников этого исследования, госпитализированного в психиатрическую больницу, «все начинается здесь». Как пишет А. Е. Бобров, психические расстройства не существуют вне базисных структур общества, их субстратом служит ткань межличностных связей, а динамика определяется отношениями личности. Клиническая симптоматика часто является способом самовыражения и коммуникации. Болезни – это социальные роли, коррекция которых сводится к изменению усвоенных стереотипов реагирования и жизненных сценариев (Бобров, 2000). Таким образом, специалистам по реабилитации важно донести до пациентов сведения об их «причастности к нормальному миру», о том, что их ценности во многом такие же, как у других людей, тем самым повышая уровень социальной осведомленности пациентов. Для многих больных это оказывается настоящим открытием и поддерживающим ресурсом. Введение ценностного дискурса в рамках диалогического подхода (Аникина, 2013; Бахтин, 1963; Чеснокова, 2005 и др.) в клиническую психологию, а также инструментария для его исследования может помочь решить проблему отчуждения при работе с психиатрическими пациентами.

Безусловно, существует риск, что диалог патопсихолога и пациента о ценностях будет превращен в монолог пациента, имеется опасность, что процедура будет излишне формализована, и пациент не увидит искреннего участия и эмоциональной заинтересованности собеседника, важность которых подчеркивает С. В. Литвинцев (Литвинцев, 2015). Однако, в условиях серьезных ограничений для психотерапии в рамках существующей системы здравоохранения такой диалог, методология и

даже просвещение, включающее результаты этих исследований, представляется нам реальным, простым и эффективным методом. Кроме этого, такая позиция помогает клиническим психологам совмещать реабилитационную и диагностическую функцию в одном исследовании, что очень важно в условиях нехватки времени и усталости от однотипности патопсихологических процедур. Укрепление традиционного патопсихологического инструментария выраженным реабилитационным ресурсом, который возможно стандартизировать и формализовать, видится весьма актуальным в контексте усиления биологического направления в психиатрии, отражающегося в новейших классификациях (Мазо, Незнанов, Рукавишников, 2015; Холмогорова, 2014).

В завершение отметим, что ценностной дискурс вызывает у пациентов активный интерес и готовность к диалогу. И, как нам кажется, проблема изучения ценностной сферы заключается не столько в истинности-ложности или декларируемости-реальности ценностей, и даже не столько трудностей осознания ценностей разных уровней глубины, сколько в готовности их открыто обсуждать. Именно поэтому нужна специальная, доверительная ситуация, позволяющая открываться без угрозы быть оцениваемым, которая создается в позиции ценностного диалога. Мы обнаружили искреннюю заинтересованность и хорошую обратную связь участников исследования в данном типе исследований.

## Список литературы

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни / К.А. Абульханова-Славская. М. : Мысль, 1991. – 299 с.
2. Августин Аврелий. Исповедь / А. Аврелий. – СПб. : Азбука, 2011. – 400 с.
3. Алексеев Н.Г. и др. Методология рефлексии концептуальных схем деятельности поиска и принятия решения / Н.Г. Алексеев, В.К. Зарецкий, И.С. Ладенко, И.Н. Семенов. – Новосибирск: НГУ, 1991. – 74 с.
4. Алексеева В.Г. Ценностные ориентации как фактор жизнедеятельности и развития личности / В.Г. Алексеева // Психологический журнал. – 1984. – Т.5. – № 5. – С.63–70.
5. Алишев Б.С. Психологическая теория ценностей (Системно–функциональный подход): дис. ... д-ра психол. наук/ Б.С. Алишев. – Казань, 2003. – 367 с.
6. Аллахвердов В.М. От «методологического одичания» психологов к светлому теоретическому будущему / В.М. Аллахвердов // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2010. – Т. 7. – № 4. – С. 61–67.
7. Алфимова М.В. и др. Роль генетического полиморфизма мозгового нейротрофического фактора в процессах произвольного и непроизвольного внимания и в их патологии при шизофрении / М.В. Алфимова, Т.В. Лежейко, В.Е. Голимбет, Г.И. Коровайцева, О.М. Лаврушина, Н.Ю. Колесина, Л.П. Фролова, А.А. Муратова, Л.И. Абрамова, В.Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. – № 4.– С. 62–69.
8. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – Л. : Изд-во Ленинградского университета, 1968. – 339 с.

9. Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. – 5-е изд., испр. и доп. – М. : Аспект Пресс, 2003. – 364 с.
10. Аникина В.Г. Культурно-диалогический подход в психологическом исследовании рефлексии: философско-методологические основания / В.Г. Аникина // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2013. – Т. 10. – № 2. – С. 46–74.
11. Анурин В.Ф. Ценностные ориентации и их влияние на формирование потребностей / В.Ф. Анурин // Социология высшей школы. Подготовка специалистов для народного хозяйства: сб. научных трудов. – Горький : ГГУ, 1982. – С. 116–128.
12. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры / Г.А. Арина // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. – М. : Философское общество СССР, 1993. – С. 45–54.
13. Арина Г.А., Николаева В.В. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа / Г.А. Арина, В.В. Николаева // Психология телесности. Между душой и телом / ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М. : Аст, 2007. – 736 с.
14. Аристотель. Сочинения в 4-х томах / Аристотель. – М. : Мысль, 1976.
15. Арутюнян Э.А. Микросреда и трансформация общественных ценностей в ценностную ориентацию личности / Э.А. Арутюнян // Образ жизни и ценностные ориентации личности. – Ереван : Изд-во АН Арм. ССР, 1979. – С. 49–61.
16. Асмолов А.Г. Психология личности. Культурно-историческое понимание развития человека / А.Г. Асмолов. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Академия, 2007. – 528 с.
17. Баева Л.В. Ценности изменяющегося мира: экзистенциальная аксиология истории / Л.В. Баева. – Астрахань : Изд-во АГУ, 2004. – 275 с.

18. Барабанщиков В.А. Принцип системности в психологии / В.А. Барабанщиков // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2004. – Т. 1. – № 3. – С. 3–17.
19. Бардина С.М. Возможность интерпретации бредовых высказываний как проблема «философии психиатрии» / С.М. Бардина // Психология. Журнал Высшей Школы Экономики. – 2014. – Т. 11. – № 4. – С. 95–109.
20. Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского / М.М. Бахтин. – М. : Советский писатель, 1963. – 363 с.
21. Библер В. С. Понимание Л. С. Выготским внутренней речи и логика диалога (Еще раз о предмете психологии). / Выготский Л.С. Мышление и речь – М: Лабиринт, 1996. – С. 363–376.
22. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире / Л. Бинсвангер. – М. : КСП+; СПб. : Ювента, 1999. – 300 с.
23. Блейлер Е. Аутистическое мышление / Е. Блейлер. – Пер. с нем. – Одесса, 1927. – 81 с.
24. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – К. : Здоровье, 1986. – 280 с.
25. Бобнева М.И. Социальные нормы и регуляция поведения / М.И. Бобнева. – М. : Наука, 1978. – 312 с.
26. Бобров А.Е. Перспективы и научные парадигмы психиатрии / А.Е. Бобров // XIII съезд психиатров России (материалы съезда). – Москва, 2000. – С. 47–48.
27. Бобров А.Е., Довженко Т.В., Кулыгина М.А. Медицинская психология в психиатрии. Методологические и клинические аспекты / А.Е. Бобров, Т.В. Довженко, М.А. Кулыгина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 1. – С. 70–75.
28. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности / Б.С. Братусь // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1981. – № 2. – С. 48-56.
29. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988

30. Брожик В. Марксистская теория оценки / В. Брожик. – М. : Прогресс, 1982. – 261 с.
31. Бубер М. Два образа веры / М. Бубер. – М. : Республика, 1995.– 464 с.
32. Букановская Т.И., Алборова Р.Н., Бабаянц А.Г. Ценностные ориентации личности в свете дестигматизации и реабилитации больных шизофренией / Т.И. Букановская, Р.Н. Алборова, А.Г. Бабаянц // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 6 (129) – С. 28–33.
33. Бумке О. Руководство по психиатрии. Шизофрения / Сокращенный перевод Т. IX Э. Берковитц, С. Консторума, под ред. проф. Н.П. Бруханского.– М. : Госмедиздат, 1933. – 92 с.
34. Бурдые П. Дух государства: генезис и структура бюрократического поля / П. Бурдые // Поэтика и политика. Альманах Российско–французского центра социологии и философии Института социологии Российской Академии наук. – М. : Институт экспериментальной социологии, СПб. : Алетейя. – 1999. – С. 125–166.
35. Бурлакова Н.С. Внутренний диалог в структуре самосознания и его динамика в процессе психотерапии: Канд. дис. М., 1996.
36. Бурлакова Н. С. Патопсихологический эксперимент: методология и перспективы // Вопросы психологии. — 2014. — № 3. — С. 3–14.
37. Бьюдженталь Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии / Д. Бьюдженталь. – М. : Независимая фирма “Класс”, 1998. – 336 с.
38. Ван Харен и др. Шизофрения как прогрессирующее заболевание головного мозга / Н.Е. Ван Харен, В. Кан, Х.Е. Хулсхоф, Р. С. Канн // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18. – № 2. – С. 26–35.
39. Варако Н.А. Человекоцентрированный подход в медицине на примере нейропсихологической реабилитации / Н.А. Варако // Журнал Высшей школы экономики. – 2014. – Т. 11. – № 2. – С. 178–189.

40. Василюк. Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. – М. : МГУ, 1984. – 200 с.
41. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание личности / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 40. – С. 129–135.
42. Вебер М. Избранные произведения / М. Вебер; сост., общ. ред. и послесл. Ю.Н. Давыдова; предисл. П.П. Гайденоко. – М. : Прогресс, 1990. – 808 с.
43. Веккер Л.М. Психические процессы в 3 т. Л.: изд-во Лен. гос. ун-та, 1976. Т. 2. Мышление и интеллект. 339 с.
44. Вербенко В. А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении. – Симферополь: ООО ДИАЙПИ, 2007. – С. – 308.
45. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид // 2-е изд. – СПб. : Питер, 2001. – 428 с.
46. Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / О.А. Вишневская, А.Н. Гвоздецкий, Н.Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 4. – С. 30–36.
47. Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: История, мыслители, проблемы / О.А. Власова. – М. : Изд. дом «Территория будущего» (Серия «Университетская библиотека Александра Погорельского»), 2010. – 640 с.
48. ВЦИОМ провел всероссийский опрос, касающийся представлений о критериях жизненного успеха // Пресс-выпуск ВЦИОМ № 2403. – 2013 // URL: <http://zpsy.ru/public/38496.htm>
49. ВЦИОМ: Друзья, семья, честная жизнь: жизненные приоритеты россиян // Пресс-выпуск ВЦИОМ № 1973. – 2012 // URL: <http://zpsy.ru/public/35060.htm>

50. ВЦИОМ: Семья и дружба превыше всего // Пресс-выпуск ВЦИОМ № 1524. – 2010 // URL: <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=13608>
51. ВЦИОМ: Успех: что это такое и насколько важно быть успешным? // Пресс-выпуск ВЦИОМ № 2403. – 2013 // URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=114487>
52. Выготский Л.С. Дефектология и учение о развитии и воспитании ненормального ребенка / Л.С. Выготский // Собр. соч.: В 6 т. – М.: Педагогика, 1983. – Т. 5. – С. 166-173.
53. Выготский Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – 5-е изд-е, испр. – М. : Лабиринт, 1999. – 352 с.
54. Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении / Л. Выготский // Избранные психологические исследования. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1956. – С. 481–496.
55. Габриял Т.М. Исследования патологии мышления в зарубежной психологии / Т.М. Габриял // Вопросы психологии. – 1973. – № 1. – С. 166–175.
56. Гаврилов В.Е. Профессиональные ценности и профессиональная адаптация / В.Е. Гаврилова // Ежегодник РПО. – М., 1995. – Т.2. – Вып.2. – С. 172–174.
57. Гальперин П.Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий / П.Я. Гальперин // Исследования мышления в советской психологии. – М. : Наука, 1966. – С. 236–277.
58. Гаськова М.И. Некоторые соображения относительно методологических аспектов в исследовании ценностей в социологии / М.И. Гаськова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2015. – №1 (29). – С. 137–144.
59. Гегер А.Э. Выявление индивидуальных и групповых ценностей в группе молодёжи / А.Э. Гегер // Социологические исследования. – 2010. – № 1. – С. 132–141.

60. Гегер А.Э., Гегер С.А. Изучение ценностных ориентаций: специфика разных подходов / А.Э. Гегер, С.А. Гегер // Вестник Томского государственного университета. – 2015. – № 399. – С. 13–17.
61. Гераклит Эфесский. Всё наследие: На языках оригинала и в русском переводе / Гераклит Эфесский; подгот. С.Н. Муравьев. – М. : ООО «Ад Маргинем Пресс», 2012. – 416 с.
62. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии / В.Я. Гиндикин. – М. : Крон – Пресс, 1997. – 576 с.
63. Гоббс Т. Сочинения в 2-х томах / Т. Гоббс. Сост., ред. изд., авт. вступ. ст. и примеч. В.В. Соколов. – М. : Мысль, 1989. – Т. 1. – 627 с.
64. Голдберг Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация / Э. Голдберг / Пер. с англ. Д. Бугакова. – М. : Смысл, 2003. – 335 с.
65. Голенищенко А.В. и др. Сравнительное исследование структуры ценностных ориентаций больных шизофренией и невротическими расстройствами / А.В. Голенищенко, Е.А. Колотильщикова, А.Е. Строганов, Е.И. Чехлатый // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31. – С. 73-83.
66. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении: дис. ... канд. мед. Наук / О.А. Гонжал. – М., 2006. – 160 с.
67. Готлиб А.С. Введение в социологическое исследование. Качественный и количественный подходы. Методология. Исследовательские практики : учеб. пособие / А.С. Готлиб. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Флинта : МПСИ, 2005. – 384 с.
68. Грязнов И.М. Специфика взаимосвязи ценностно-смысловых ориентаций и личностных особенностей лиц с алкогольной зависимостью / И.М. Грязнов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №6. – С. 1-8.
69. Гудечек Я. Ценностная ориентация личности / Я. Гудечек // Психология личности в социалистическом обществе: Активность и развитие

- личности / ред. – составитель К.А. Абульханова – М. : Наука, 1989. – С. 102–109.
70. Гурович И.Я., Папсуев О.О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментов для его оценки / И.Я. Гурович, О.О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 2. – С. 9–18.
71. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Шизофрения в систематике психических расстройств / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. № 2. – С. 46–49.
72. Гусева О. В., Коцюбинский А. П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств: Руководство для врачей / О.В. Гусева, А.П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург. : СпецЛит. – 2013. – 287 с.
73. Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии и феноменологической философии. Книга первая. Общее введение в чистую феноменологию / Э. Гуссерль. – М. : Академический Проект, 2009. – 489 с.
74. Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н., Сокольская М.Д., Фурсова И.А. Ценностные ориентации правых экстремистов / Н.В. Дворянчиков, С.Н. Ениколопов, М.Д. Сокольская, И.А. Фурсова // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 5. – С. 92–103.
75. Дегтярев Г.С. Патопсихологические особенности феномена ангедония в структуре эндогенных расстройств аффективного и шизофренического спектра / Г.С. Дегтярев // Психиатрия вчера, сегодня, завтра : Материалы Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием. – Кострома, 22–24 апреля 2014 года. – С. 42–46.
76. Джендлин Ю.Т. Феноменологическая концепция vs Феноменологический метод: критический анализ работы Медарда

- Босса со сновидениями / Ю.Т. Джендлин // Московский психотерапевтический журнал. – 2009. – № 2. – С. 130–146.
77. Дильтей В. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 1. Введение в науки о духе: Опыт полагания основ для изучения общества и истории / В. Дильтей. Под ред. А. В. Михайлова и Н.С. Плотникова. – М. : Дом интеллектуальной книги, 2000. – 1 т. – 762 с.
78. Дионисий Ареопагит. Сочинения. Максим Исповедник. Толкования / Дионисий Ареопагит. Пер. и пред. Г.М. Прохорова. – СПб. : Алетейя, 2002. – 863 с.
79. Додонов Б.И. Эмоция как ценность / Б.И. Додонов. – М. : Политиздат, 1978. – 272 с.
80. Докучаев И.И. Кризис культуры XX века как проекция кризиса важнейших ценностей креативной культуры / И.И. Докучаев // Динамика ценностных ориентаций в современной культуре: поиск оптимальности в экстремальных условиях. Международные чтения по теории, истории и философии культуры. Вып. 21 / гл. ред. Л.М. Морева. – СПб. : Эйдос, 2006. – С. 91–100.
81. Донцов А.И. О ценностных отношениях личности / А.И. Донцов // Советская педагогика. – 1974. – № 5. – С.67–76.
82. Дроздова К.А., Рупчев Г.Е., Семенова Н.Д. Нарушение вербальной беглости у больных шизофренией / К.А. Дроздова, Г.Е. Рупчев, Н.Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 4. – С. 9–19.
83. Дюркгейм Э.Г. Ценностные и "реальные" суждения / Э.Г. Дюркгейм // Социологические исследования. – 1991. – № 2. – С.106 – 114.
84. Емельянова Т.П., Кузнецова А.В. Содержание, структура, основные характеристики и особенности социальных представлений о душевнобольном в различных группах общества / Т.П. Емельянова, А.В. Кузнецова // Психология человека в современном обществе. – 2009. – Т. 5. – С. 241–244.

85. Ениколопов С.Н. Понятие агрессии в современной психологии / С.Н. Ениколопов // Прикладная психология. – 2001. – № 1. – С. 60 – 72.
86. Ениколопов С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья / С.Н. Ениколопов // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова)», состоявшейся 14-15 февраля 2013 г. в ГОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН / Под общей ред. Н.В.Зверевой, И.Ф.Рощиной. – Москва, 2013. – С. 109–121.
87. Жуков Ю.М. Ценности как детерминанты принятия решения. Социально-психологический подход к проблеме / Ю.М. Жуков // Психологические проблемы социальной регуляции поведения. – М. : Наука, 1976. – С. 255–276.
88. Залевский Г.В. Целостно-ценностная парадигма и биопсихосоциоэтическая модель природы человека и его здоровья в контексте позитивной антропологической психологии / Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал. – 2015. – № 58. – С. 100–107.
89. Здравомыслов А.Г. Потребности. Интересы. Ценности / А.Г. Здравомыслов. – М. : Политиздат, 1986. – 224 с.
90. Зейгарник Б.В. Патология мышления / Б.В.. – М. : Изд-во МГУ, 1962. – 244 с.
91. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Изд-во МГУ, 1986. – 287 с.
92. Зейгарник Б.В. Принципы построения патопсихологического исследования // Патопсихология Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. – М. : Изд-во УРАО. – 1998. – С. 15-27.

93. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. – М. : Изд-во МГУ, 1980. – 157 с.
94. Зинченко Ю.П. Реабилитация – это не только лечение, но и восстановление социальных связей // РИА новости / 20.07.2017
95. Знанецкий Ф. Исходные данные социологии / Ф. Знанецкий // Американская социологическая мысль: Тексты / Под В. И. Добренькова.—М. : Изд-во МГУ. – 1994.– С. 33–40.
96. Ибрагимова Д.Я. Психосемантическое исследование ценностной сферы частной жизни личности / Д.Я. Ибрагимова // Дисс. ... канд. психол. наук. – Сочи, 2007.– 196 с.
97. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / И.В. Иванов, Н.Г. Незнанов. – СПб. : Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. – С. 33–37.
98. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Максимова М.Ю. Психологические механизмы нарушения чувства юмора при шизофрении и циклотимии / Е.М. Иванова, С.Н. Ениколопов, М.Ю. Максимова // Психиатрия. – 2005.– № 3.– С. 60–65.
99. Иванова Т.В. Социология. Медицинская социология: учебное пособие / Т.В. Иванова. – Сумы : Сумский государственный университет, 2013. – 251 с.
100. Иконников Д.В. Реакции отказа у больных вялотекущей шизофренией (по материалам катамнестического исследования). Сообщение II / Д.В. Иконников // Психиатрия. – 2005. – № 1. – С.17–25.
101. Ильин В.И. Драматургия качественного полевого исследования / В.И. Ильин. – СПб. : Интерсоцис, 2006. – 256 с.
102. Ильин И.В., Лосев Л.В. Организация медико-реабилитационной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в тульской областной клинической психиатрической больнице

- №1 им. Н.П. Каменева / И.В. Ильин, Л.В. Лосев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 2. – С. 40–45.
103. Инглхарт Р., Вельцель К. Модернизация, культурные изменения и демократия: Последовательность человеческого развития / Р. Инглхарт, К. Вельцель. – М. : Новое издательство, 2011. – 464 с. – (Библиотека Фонда «Либеральная миссия»).
104. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов // Изд. 2-е доп. и перераб. – Л. : Медицина, 1985. – 216 с.
105. Кабрин В.И. Транскоммуникативные основания анализа ценностного мира человека / В.И. Кабрин // Ценностные основания психологической науки и психология ценностей / под ред. В.В. Знакова, Г.В. Залевского. – М. : Институт психологии РАН, 2008. – С. 186–215.
106. Кананович П.С. Феномен ангедонии в структуре расстройств аффективного и шизофренического спектра / П.С. Кананович // Психиатрия. Научно-практический журнал. – 2015. – № 04 (68). – С. 37–41.
107. Кант И. Сочинения в 6 томах / Кант; под общей редакцией В.Ф. Асмуса, А.В. Гулыги, Т.И. Ойзермана. – М. : Мысль, 1966.
108. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство / В.Н. Карандашев. – СПб. : Речь, 2004. – 70 с.
109. Карпинский К.В. Социокультурная детерминация смысложизненного кризиса в развитии личности / К.В. Карпинский // Психологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 33–40.
110. Кемпинский А. Психология шизофрении: пер с польск. / А. Кемпинский. – М. : Ювента, 1998. – 296 с.
111. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М. : Независимая фирма "Класс", 2000. – 464 с.

112. Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных - важнейший показатель эффективности психиатрической помощи / Е.М. Кирьянова, Л.И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – № 3. – С. 27-29.
113. Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Пер. Б.М. Сегала и И.Х. Дворецкого. Под ред. и с пред. Д.Д. Федотова. – М. : Медицина, 1967. – 832 с.
114. Ковалев В.В. Кризис ценностной системы современной российской элиты: философский аспект / В.В. Ковалев // Гуманитарные и социальные науки. – 2009. – № 6. – С. 50–57.
115. Кожуховская И.И. Критичность психически больных / И.И. Кожуховская // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Когито-Центр, 2000. – 289 с. // <https://med.wikireading.ru/17509>
116. Константинов Д.В., Холомеев А.Г. Аксиологические аспекты бытия человека: человекосозидающие и человекоразрушающие ценности / Д.В. Константинов, А.Г. Холомеев // Вестник Томского государственного университета. – 2015. – № 390. – С. 54–59.
117. Корень Е.В., Степунина Н.Е. К вопросу о теоретико-методологическом обосновании групповой психосоциальной терапии с подростками с расстройствами шизофренического спектра / Е.В. Корень, Н.Е. Степунина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – № 3. – С. 14–21.
118. Коробейникова Л.А. Ценности современной культуры: эволюция рационализма / Л.А. Коробейникова // Вестник Томского государственного университета. – 2014. – № 386. – С. 85–88.
119. Корсаков С.С. Курс психиатрии (в 2 томах) / С.С. Корсаков. – 2-е изд., перераб. – М. : «Типо-литография В.Рихтер», 1901. – 1122 с.

120. Коцюбинский А.П. и др. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1 / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г. Бутома, Ю.В. Мельникова, А.Н. Еричев, Р.Г. Саврасов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – № 4. – С. 45–50.
121. Коцюбинский А.П. и др. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 2 / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Б.Г. Бутома, Ю.В. Мельникова, А.Н. Еричев, Р.Г. Саврасов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 1. – С. 65–69.
122. Коцюбинский А.П. Шизофрения / А.П. Коцюбинский. – СПб. : Гипократ+, 2004. – 336 с.
123. Коченов М.М., Николаева В.В. Нарушения мотивации при шизофрении. – М.: изд-во МГУ, 1978. – 85 С.
124. Кочеткова Е.П., Бохан Т.Г., Ульянич А.Л. Динамика смысловых образований в процессе психологической реабилитации у больных шизофренией, находящихся в условиях принудительного лечения в отделении специального типа / Е.П. Кочеткова, Т.Г. Бохан, А.Л. Ульянич // Сибирский психологический журнал. – 2014. – № 54. – С.146-157.
125. Критская В.П. Об особенностях речевой деятельности больных шизофренией и их родственников / В.П. Критская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1974. – № 12. – С. 1841–1845.
126. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении / В.П. Критская, Т.К. Мелешко. – М. : Институт психологии РАН, 2015. – 389 с.
127. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. Мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М. : Изд-во МГУ, 1991. – 256 с.

128. Кричевец А.Н. Ценностно-перформативное измерение психологических теорий / А.Н. Кричевец // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2010. – Т. 7. – № 4. – С. 3–19.
129. Куликова А.С. Стилевые особенности саморегуляции поведения при расстройствах личности / А.С. Куликова // Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей // Материалы научно-практической заочной конференции «Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей» / Под редакцией В.Н. Панферова, Е.Ю. Коржовой и др. – М. : НИИРРР, 2011. – С. 114–118.
130. Кьеркегор С. Страх и трепет / С. Кьеркегор. – 2-е изд., доп. и исправл. – М. : Культурная революция, 2010. – 488 с.
131. Лебединский М.С. Об особенностях нарушений психики при поражениях правого полушария мозга / М.С. Лебединский // Проблемы современной психиатрии. – М. : Медицина, 1948. – С. 85–95.
132. Левинас Э. Путь к Другому. Сборник статей и переводов, посвященных 100-летию со дня рождения Э. Левинаса / Э. Левинас. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2006. – 239 с.
133. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность / А.Н. Леонтьев. – 2-е изд. – М. : Политиздат, 1977. – 304 с.
134. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев. – 4-е изд. – М. : Изд-во МГУ, 1981. – 584 с.
135. Леонтьев Д.А. Методика изучения ценностных ориентаций / Д.А. Леонтьев. – М. : Смысл, 1992. – 17 с.
136. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М. : Смысл, 1999. – 487 с.
137. 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. Рощиной. – Москва, 2011 г. – С. 88–91.
138. 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.
139. Леонтьева, Е.М. Ценности современного общества глазами больных шизофренией / Е.М. Леонтьева, О.Е. Головина, // Независимый психиатрический журнал. – 2013. – № 1. – С. 28–33.
140. Леонтьева, Е.М. Анализ ценностных ориентаций больных шизофренией / Е.М. Леонтьева // Сибирский психологический журнал. – 2013. – № 47. – С. 14–22.
141. Леонтьева Е.М., Корнеев А.А. Использование методики «Классификация ценностей» как инструмента изучения ценностного мышления больных шизофренией // Экспериментальная психология. 2014. Том 7. № 4. С. 100–109.
142. 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.
143. 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.

144. Леонтьева, Е.М. Особенности мышления больных шизофренией об абстрактных понятиях — ценностных категориях / Е.М. Леонтьева // Экспериментальная психология. – 2017. – Т. 10. – № 4. – С. 46–55.
145. Leontieva, E. The gender factor in the value orientation of patients with schizophrenia / Leontieva, E., Tkhostov, A., Rupchev, G. // European Psychiatry. – Издательство Elsevier BV (Netherlands). – 2018. – Том 48. – S1. – С. 337–338.
146. Летуновский В.В. Экзистенциальный анализ. История, теория и методология практики: дисс. ... канд. психол. наук / В.В. Летуновский. – М., 2001. – 230 с.
147. Литвинцев С.В. Клиническая психиатрия как искусство врачевания / С.В. Литвинцев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2015. – №1. – С. 11–14.
148. Лихтарников А.Л. Ценностный опросник (ЦО) С. Шварца и духовное развитие личности: нормальное и патологическое /А.Л. Лихтарников. – 2004 // URL: [http://diagnostika.com.ru/co\\_1\\_2.html](http://diagnostika.com.ru/co_1_2.html) (дата обращения 23.11.2006).
149. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л. : Медицина, 1983. – 256 с.
150. Локк Дж. Сочинения в 3 томах / Дж. Локк. – М. : Мысль, 1985–1988.
151. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М. : Наука, 1984. – 446 с.
152. Лурье Е.В. Две психодиагностики российского бизнеса: обзор тестов и технологий / Е.В. Лурье // Ежегодник профессиональных рецензий и обзоров. Методики психологической диагностики и измерения. – 2010. – Т.1. – С. 234–262.
153. Лурье С.Я. Демокрит. Тексты. Перевод. Исследования / С.Я. Лурье. – Л. : Наука, 1970. – 664 с.
154. Лэйнг Р. Расколотое «Я» / Р. Лэйнг. – СПб. : Белый кролик, 1995. – 352 с.

155. Любов Е.Б. и др. Экономическое бремя шизофрении в России / Е.Б. Любов, В.С. Ястребов, Л.С. Шевченко, С.А. Чапурин, Ю.Ю. Чурилин, И.А. Былим, А.К. Гажа, В.В. Доронин, А.М. Косов, Ю.Л. Петухов, П.Н. Фадеев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 3. – С. 36–42.
156. Люшер М. Сигналы личности: Ролевые игры и их мотивы / М. Люшер. – Воронеж : МОДЭК, 1993. – 160 с.
157. Магомедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией / М.В. Магомедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 1. – С. 92–98.
158. Магун В.С., Руднев М.Г., Шмидт П. Европейская ценностная типология и базовые ценности россиян / В.С. Магун, М.Г. Руднев, П. Шмидт // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии. – 2015. – Т. 121. – № 3–4. – С. 74–93.
159. Мазиллов В.А. Методология психологической науки: проблемы и перспективы / В.А. Мазиллов // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2007. – Т. 4. – № 2. – С. 3–21.
160. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В. Психиатрический диагноз: вверх по лестнице, ведущей вниз / Г.Э. Мазо, Н.Г. Незнанов, Г.В. Рукавишников // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2015. – № 1. – С.15–23.
161. Мареева С. В. Запрос россиян на модернизацию и определенный тип социально-экономического развития страны / С.В. Мареева // XII международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. Часть 3. – М., 2012. – С. 395–403.
162. Мареева С.В. Ценностная палитра современного российского общества / С.В. Мареева // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2015. – № 4. – С.50–65.
163. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер, 2011. – 352 с.

164. Маслоу А. По направлению к психологии бытия / А. Маслоу. – М. : Эксмо–Пресс, 2002. – 272 с.
165. Маслоу А. Психология бытия / А. Маслоу. – М. : Рефлбук; Ваклер, 1997. – 300 с.
166. Мейли Р. Структура личности / Р. Мейли // Выпуск 2: Субъект деятельности: Общая психология : сборник текстов / ред. В.В. Петухов ; сост. Ю.Б. Дормашев, С.А. Капустин, Е.Е. Насиновская. – М. : МГУ им. М.В. Ломоносова, 1998. С. 201–205.
167. Мелешко Т.К., Критская В.П. Дефицит социальной направленности при патологии психической деятельности / Т.К. Мелешко, В.П. Критская // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. Научное издание. Коллективная монография по проблемам современной медицинской (клинической) психологии, статьи подготовлены к открытию Всероссийской юбилейной научно-практической конференции Москва, 14-15 февраля 2013 / Под общей ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. – Москва, 2013.– С. 86-100.
168. Мельников А.С. Социологическая интерпретация экзистенциальных ценностей / А.С. Мельников // Соціологічні дослідження. – Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля. – 2008. – № 10. – С. 130-142. // URL: <http://hpsy.ru/public/x5026.htm>
169. Мид М. Культура и преемственность / М. Мид // Культура и мир детства. – М : Наука, 1983. – С.322–361.
170. Микешина Л.А. Эпистемология ценностей / Л.А. Микешина. – М. : Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2007. – 439 с. (Серия «Humanitas»)
171. Миславский Ю.А. Саморегуляция и активность личности в юношеском возрасте / Ю.А. Миславский. – М. : Педагогика, 1991. – 152 с.
172. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных / И.И. Михайлова // Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 211 с.

173. Молочек А.И. К участию реактивных моментов в динамике шизофренического расстройства мышления. / А.И. Молочек // Проблемы судебной психиатрии. – 1938. – Вып. 1. – С. 82-91.
174. Морогин В.Г. Ценностно-потребностная сфера личности: концепция и методология исследования / В.Г. Морогин // Сибирский психологический журнал. – 2006. – № 24. – С. 37–52.
175. Мотков О.И., Огнева Т.А. Методика «Ценностные ориентации» / О.И. Мотков, Т.А. Огнева // Вариант 2. – М., 2008 // URL: <http://psychology.rsuh.ru/motkov.htm>; [www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html](http://www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html)
176. Наследов А.Д. Блеск и нищета теоретической психологии / А.Д. Наследов // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2. – № 1. – С. 86–92.
177. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие / А.Д. Наследов. – СПб. : Речь, 2012. – 392 с.
178. Немцев А.В. К вопросу об изучении духовности людей страдающих психическими расстройствами / А.В. Немцев // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 37. – С. 11–13.
179. Непомнящая Н.И. Ценность как центральный компонент психологической структуры личности / Н.И. Непомнящая // Вопросы психологии. – 1980. – № 1. – С.22–30.
180. Никифоров Г.С. Психология здоровья. Учебное пособие / Г.С. Никифоров. – СПб. : Речь, 2002. – 256 с.
181. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. - М.: Изд-во Московского университета, 1987. - 168 с.
182. Николаева В.В., Соколова Е.Т., Спиваковская А.С. Общие методические рекомендации / В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская. – М. : Издательство МГУ, 1979. – 45 с.

183. Обуховский, К. Психологическая теория строения и развития личности / К. Обуховский // Психология формирования и развития личности: сб. науч. тр. / отв. ред. Л.И. Анцыферова. – М. : Наука, 1981. – С. 45–67.
184. Осокина О.И. Концептуальные основы экзистенциально–личностного восстановления больных с первым психотическим эпизодом / О.И. Осокина // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2014. – № 2. – С. 3–12.
185. Остин Дж. Три способа пролить чернила: Философские работы / Дж. Остин. СПб. : Алетейя; Изд-во СПбГУ, 2006. – 335 с.
186. Панях Э. Казнить нельзя помиловать: поступки и ценности россиян / Э. Панях. – 2016 // URL: <http://www.inliberty.ru/blog/2235-Kaznit-nelzya-pomilovat-postupki-i-cennosti-rossiyan>
187. Папсуев О.О. и др. Комплексный подход к социально–когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией / О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, Н.Д. Семенова, М.В. Миняйчева, Я.А. Сторожакова, О.В. Лиманкин, А.В. Нарышкин, М.С. Шейфер, Л.А. Арбузова, И.Н. Буянцева, А.А. Железнякова, Ю.Г. Моргунова, О.Б. Мязина, А.В. Палин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 1. – С. 36–44.
188. Петракова Г.В., Шевеленкова Т.Д. Капитуляция DASEIN и особенности экзистенциальных переживаний больных шизофренией / Г.В. Петракова, Т.Д. Шевеленкова // Новые теоретико-методологические подходы к исследованию в клинической психологии. – М. : ООО «Лев», 2013. – С. 114-188.
189. Платон. Собрание сочинений в четырех томах / Платон; общ. ред. А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи. – М. : Мысль, 1994.
190. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю.Ф. Поляков. – М. : Медицина, 1974. – 86 с.
191. Поляков Ю.Ф., Жирнова А.Е. Распознавание эмоционально–выразительных движений детьми, больными шизофренией / Ю.Ф.

- Поляков, А.Е. Жирнова // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. – 1988. – № 2. – С. 48–55.
192. Поляков Ю.Ф., Курек Н.С., Гаранян Н.Г. Сравнительный анализ нарушения положительных эмоций у больных шизофренией с чертами дефекта и больных эндогенными депрессиями / Ю.Ф. Поляков, Н.С. Курек, Н.Г. Гаранян // Журнал невропатологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 1986. – № 12. – С. 1819–1824.
193. Поляков Ю.Ф., Мелешко Т.К., Алейникова С.М. Изучение особенностей формирования аномалий мышления у детей, больных шизофренией / Ю.Ф. Поляков, Т.К. Мелешко, С.М. Алейникова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – №1. – С. 96–101.
194. Прибытков А.А. Нарушения социального функционирования больных шизофренией / А.А. Прибытков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 4. – С. 27–29.
195. Прошанский Г.М. Проективное использование цвета / Г.М. Прошанский // Проективная психология. / Пер. с англ. М. Будыниной, С. Лихацкой, Г. Миннигалиевой и др. Науч. ред. Р. Римская, И. Кириллов. – М.: Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – С. 377–406.
196. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни / Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2015. – № 2. – С. 17–21.
197. Резниченко Ю.В. К вопросу о системе ценностей / Ю.В. Резниченко // Гуманитарные проблемы современной психологии. Известия Таганрогского радиотехнического университета. – 2005. – № 7. – С. 186–188.
198. Риккерт Г. О системе ценностей / Риккерт Г; общ. ред. и предисл. А.Ф. Зотова, сост. А.П. Полякова, М.М. Беляева // Науки о природе и науки о культуре. – М. : Республика, 1998. – С. 356–391.

199. Роджерс К. Становление человека. Взгляд на психотерапию / К. Роджерс. – М. : Прогресс, 1994. – 479 с.
200. Розин В.М. Концептуализация мышления в философии и психологии / В.М. Розин // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2011. – Т. 8. – № 2. – С. 3–25.
201. Розин В.М. Методология, мышление, коммуникация / В.М. Розин // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2013. – Т. 10. – № 1. – С. 3–21.
202. Розов Н.С. Ценности в проблемном мире: философские основания и социальные приложения конструктивной аксиологии / Н.С. Розов. – Новосибирск : Изд-во Новосибирского ун-та. – 1998. – 292 с.
203. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 688 с.
204. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике / С.Я. Рубинштейн. – М. : Психотерапия, 2010. – 224 с.
205. Рубцова Н.Е., Леньков С.Л. Статистические методы в психологии / Н.Е. Рубцова, С.Л. Леньков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Психология. – 2005. – 384 с.
206. Руденко С.Л., Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта и социального функционирования при шизофрении / С.Л. Руденко, О.В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – № 1. – С. 27–33.
207. Ручка А.А. Социальные ценности и нормы / А.А. Ручка. – Киев: Наук. думка, 1976. – 152 с.
208. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Основные теоретические подходы к исследованию нарушений социального познания при шизофрении: современный статус и перспективы развития / О.В. Рычкова, А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22. – № 4. – С. 30–43.

209. Салихова Н.Р. Реализуемость личностных ценностей в становлении жизненного мира человека /Н.Р. Салихова // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 32. – С. 40–45.
210. Сапарова И.А. Особенности смысловой регуляции деятельности при ипохондрических состояниях разного генеза // Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / И.А. Сапарова. – М., 1989. – 15 с.
211. Сафиуллина Л.З., Зоткин Н.В. Проявление ценностных ориентаций личности на осознаваемом и неосознаваемом уровнях / Л.З. Сафиуллина, Н.В. Зоткин // Психологические исследования: сб. науч. тр.: Вып. 4. – Самара: Изд-во «Универс–групп». – 2007. – С. 155–162.
212. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / Н.Д. Семенова, И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 4. – С. 31–36.
213. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства / С.Б. Семичев. – Л.: Медицина, 1987. – 184 с.
214. Сенин И. Г. Психодиагностика ценностно-ориентационной сферы личности как метод социально–психологического исследования / И.Г. Сенин // Дис. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2000. – 186 с.
215. Серебрянская Л.Я. Факторы стигматизации психически больных: дис.... канд. психол. наук: 19.00.04 / Л.Я. Серебрянская. – М., 2005. – 177 с.
216. Сивуха С.В., Козьяк А.А. О реформе статистического вывода в психологии / С.В. Сивуха, А.А. Козьяк // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2009. – Т. 6. – № 4. – С. 66–86.
217. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2003. – 350 с.
218. Скрипкина Т.П. Философская категория веры и психология доверия / Т.П. Скрипкина // Гуманитарные проблемы современной психологии.

- Известия Таганрогского радиотехнического университета. – 2005. – № 7. – С. 189–191.
219. Смирнов Л.М. Контрценности и природа человека / Л.М. Смирнов // Развитие личности. – 2006. – №1. – С. 62–69.
220. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология / А.В. Снежневский // Шизофрения. Клиника и патогенез. – М. : Медицина, 1969. – С. 5–29.
221. Соколова Е.Е. К проблеме «метапонимания» психической реальности с позиций культурно–деятельностной психологии / Е.Е. Соколова // Психология. Журнал Высшей Школы Экономики. – 2010. – Т. 7. – №4. – С. 85–96.
222. Соколова Е.Т. К проблеме психотерапии пограничных личностных расстройств // Вопросы психологии – 1995. – №2. – С. 92-104.
223. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии / Е.Т. Соколова. – М. : Изд-во МГУ, 1976. – 128 с.
224. Соколова Е.Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен / Е.Т. Соколова // Вопросы психологии. – 2009. – № 1. – С. 67–80.
225. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.Т. Соколова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 368 с.
226. Соколова Е.Т., Бурлакова Н. С. К обоснованию метода диалогического анализа случая // Вопросы психологии – 1997, – №2 – С. 61-75.
227. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. – М. : SvR – Аргус, 1995. – 359 с.
228. Спиридонов В.Ф. Новые методы изучения мыслительных процессов / В.Ф. Спиридонов // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2013. – Т. 10. – № 4. – С. 5–38.
229. Степанова А.В. и др. Сравнительный анализ когнитивных дисфункций у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим

- расстройством / А.В. Степанова, Е.Р. Исаева, А.П. Коцюбинский, Г.Г. Лебедева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 62–67.
230. Степин В. С. Выступление на круглом столе «Куда идет российская культура?» / В.С. Степин // Вопросы философии. – 2010. – № 9 // URL: [http://vphil.ru/index.php?id=200&option=com\\_content&task=view](http://vphil.ru/index.php?id=200&option=com_content&task=view)
231. Страбахина Т.Н. О соотношении структурных, операциональных и энергетических характеристик мыслительных процессов / Т.Н. Страбахина // Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Л., 1980. – 21 с.
232. Суетина Н.М. Ценность и ценностные ориентации: концептуализация различных подходов / Н.М. Суетина // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. – 2008. – № 8. С. 165–169.
233. Сурженко Л.В. Ценности личности: философский и психологический анализ понятия [Электронный ресурс] / Л.В. Сурженко // Научный журнал КубГАУ. – 2011. – №65(01). – Режим доступа: <http://ej.kubagro.ru/2011/01/pdf/18.pdf>
234. Сухова И.А. Деньги как феномен культуры / И.А. Сухова // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 324. – С. 146–148.
235. Тараканова Е.А. Стигматизация и самостигматизация в динамике качества жизни больных шизофренией: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.05, 14.01.06 / Е.А. Тараканова. – Волгоград, 2011. – 424 с.
236. Тепеницина Т.И. Психологическая структура резонерства / Т.И. Тепеницина // Вопросы экспериментальной патопсихологии. – М. : Просвещение, 1965. – С. 68-81.
237. Тимофеева-Герасимова К.В., Илизарова М.Б. Методика исследования феномена капитуляции при шизофрении / К.В. Тимофеева-Герасимова,

- М.Б. Илизарова // Новые теоретико-методологические подходы к исследованию в клинической психологии. – М. : ООО «Лев», 2013. – С. 114-148.
238. Тихомиров О.К. Структура мыслительной деятельности человека (Опыт теоретического и экспериментального исследования) / О.К. Тихомиров. – М. : Изд-во МГУ, 1969. – 304 С.
239. Томас У., Знанецкий Ф.. Методологические заметки / У. Томас, Ф. Знанецкий // Американская социологическая мысль: Тексты / Под В. И. Добренькова.—М. : Изд-во МГУ. – 1994.—. – С. 182–194.
240. Тульчинский Г.Л. Свобода и смысл. Новый сдвиг гуманитарной парадигмы / Г.Л. Тульчинский. – М. : Книга по Требованию, Нобель Пресс, 2001. – 532 с.
241. Тхостов А.Ш. и др. Психологические механизмы реакции отказа у больных шизофренией / А.Ш. Тхостов, Н.А. Ильина, Е.Я. Кучерова, Е.И. Рассказова, Д.В. Иконников // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105. – № 4. – С. 9–16.
242. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: дис. ... канд. психол. наук / А.Ш. Тхостов. – М., 1980. –215 с.
243. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.
244. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно–психических и соматических заболеваниях: сб. науч. тр. / Под ред. М.М. Кабанова. – Л. : Ленингр. науч.–исслед. психоневрол. ин–т, 1990. – С. 32–38.
245. Тхостов А.Ш., Степанович Д.А. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки / А.Ш. Тхостов, Д.А. Степанович // Вопросы психологии. – 1987. – № 2. – С. 128–134.

246. Углинская Н.А. Кризис культуры как процесс смены ценностей / Н.А. Углинская // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2012. – № 4 (20). – С. 87–94.
247. Фанталова Е.Б. Ценности и внутренние конфликты: теория, методология, диагностика / Е.Б. Фанталова. – М. : LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH&Co.KG, 2012. – 192 с.
248. Фейгенберг И.М. Вероятностное прогнозирование в деятельности человека и поведении животных/ И.М. Фейгенберг. – М. : Изд. «Ньюдиамед», 2008. – 190 с.
249. Финзен А. Психоз и стигма / А. Финзен. – М. : Алетейа, 2001. – 216 с.
250. ФОМ: Невечные ценности: Чем отличаются поколения? / Фонд общественного мнения, 2011 // URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10032>
251. Фома Аквинский. Онтология и теория познания (фрагменты сочинений) / Ф. Аквинский. – М. : Институт философии РАН, 2001. – 207 с.
252. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М. : Прогресс, 1990. – 372 с.
253. Фромм Э. Душа человека / Э. Фромм. – М. : Республика, 1992. – 430 с.
254. Фуко М. Психическая болезнь и личность / М. Фуко. – СПб. : Гуманитарная академия, 2009. – 320 с.
255. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении. // Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1983. – 219 с.
256. Холмогорова А.Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода / А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 4. – С. 53–61.
257. Холмогорова А.Б., Минакова К.Ю. Социальное познание, социальная ангедония, и депрессивная симптоматика у больных шизофренией:

- существует ли связь? / А.Б. Холмогорова, К.Ю. Минакова // Психическое здоровье. – 2014. – № 3. – С. 24–35.
258. Хомогорова А.Б, Гаранян Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Психотерапевтический журнал. – 2004. – № 1. – С.18–35.
259. Хотчкис С. Адская паутина: Как выжить в мире нарциссизма / С. Хотчкис / Пер. с англ. В. Мершавки. – М. : Независимая фирма Класс, 2011. – 248 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
260. Хухорева А. В. Методика опосредствованной диагностики ценностей / А. В. Хухорева // Вопросы психологии. – 2010. – № 4. – С. 142–152.
261. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья / И.В. Цветкова // Психологические исследования. – 2012. – № 1(21). – С. 11 // URL: <http://psystudy.ru>
262. Чередникова Т.В. Аналитический обзор отечественных теорий нарушения мышления при шизофрении в перспективе их развития / Т.В. Чередникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 2. – С. 80–85.
263. Чередникова Т.В. Современные нейropsихологические, нейрогенетические и нейроматематические концепции нарушений мышления при шизофрении: обзор [Электронный ресурс] / Т.В. Чередникова // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2011. – № 1(15). – Режим доступа: <http://psystudy.ru>.
264. Чеснокова Е.Н. Метод построения развивающих диалогических отношений «учитель-ученик» / Е.Н. Чеснокова // Дисс. ... канд. психол. наук. – СПб., 2005. – 259 с.
265. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году / А.А. Чуркин, Н.А. Творогова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – №1. – С. 4–10.

266. Шаров К.С. Перевернутые ценности современной реальности и государство / К.С. Шаров // Ценности и смыслы. – 2009. – №2. – С. 16–26.
267. Шахнович М.М. Сад Эпикура: Философия религии Эпикура и эпикурейская традиция в истории европейской культуры / М.М. Шахнович. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2002. – 284 с.
268. Шварц Ш. Культурные ценностные ориентации: природа и следствия национальных различий / Ш. Шварц // Психология. Журнал Высшей Школы Экономики. – 2008. – Т. 5. – № 2. – С. 37–67.
269. Шварц Ш., Бутенко Т.П., Седова Д.С., Липатова А.С. Уточненная теория базовых индивидуальных ценностей: применение в России / Шварц Ш., Т.П. Бутенко, Д.С. Седова, А.С. Липатова // Психология. Журнал Высшей Школы Экономики. – 2012. – Т.9. – № 2. – С. 43–70.
270. Шеллер А.Д. и др. Современные методы работы реабилитационного дневного стационара психиатрической клиники / А.Д. Шеллер, Т.Ф. Волчкова, Н.В. Бервинова, Ю.В. Лычкова, С.П. Шмидт // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 2. – С. 24–28.
271. Шендеров К.В. Эффективность комплексной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара ПНД / К.В. Шендеров // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т.20. – №. 3. – С. 54–58.
272. Шестопалова Л.Ф., Бородавко О.А. Доверие в системе отношений врача и пациента и психологические факторы его формирования / Л.Ф. Шестопалова, О.А. Бородавко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2014. – №3. – С. 42–47.
273. Шибутани Т. Социальная психология / Т. Шибутани. – М. : Прогресс, 1969. – 536 с.
274. Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства (F20-F29) // Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) // URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4160>

275. Шилков Ю. М. К методологии психологического познания / Ю.М. Шилков // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2. – № 1. – С. 119–123.
276. Шмуклер А. Б. Структурно–функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении: роль интегративной перцепции / А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. –2010. – Т. 20. – № 3. – С. 86–85.
277. Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С. Отдаленный катамнез больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра после первого обращения в психоневрологический диспансер / А.Б. Шмуклер, О.С. Бочкарева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 2. – С. 10–15.
278. Шохин В.К. Философия ценностей и ранняя аксиологическая мысль / В.К. Шохин. – М. : Изд-во РУДН, 2006. – 457 с.
279. Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии / Я. Щепаньский. – М. : Прогресс, 1969. – 240 с.
280. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон; общ. ред. и предисл. А.В. Толстых. – М. : Издательская группа "Прогресс", 1996. – 344 с.
281. Эрштейн Л.Б. Общая теория социального и психологического взаимодействия: Ценности, борьба за существование и естественный отбор в процессах функционирования личности и социума / Л.Б. Эрштейн. – М. : LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011. – 276 с.
282. Эткинд А.М. Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных неврозами // Социально-психологические исследования в психоневрологии. – Л., 1980. – С. 110–114.
283. Юм Д. Трактат о человеческой природе. / Д. Юм. – Мн. : ООО «Попурри», 1998. – 720 с.

284. Юревич А.В. Исследовательская и практическая психология: «схизис» и комплементарность / А.В. Юревич // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 40. – С. 101–117.
285. Юркова Е.С. Человек в ситуации культурного кризиса: аксио-антропологический аспект: дис. ... канд. филос. наук: 09.00.13 / Е.С. Юркова. – Екатеринбург, 2008. – 197 с.
286. Ядов В.А. и др. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / В.А. Ядов, В.С. Моргун, П.В. Борзикова, В.В. Водзинская, В.Н. Каюрова, Г.И. Саганенко, В.Н. Узунова, А.А. Семенова // Монография / Под ред. В.А. Ядова. – Л. : Наука, 1979. – 264 с.
287. Ядов В.Я. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности / В.Я. Ядов. – М. : Добросвет, 2001. – 323 с.
288. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика / И. Ялом. – 2-е изд. – М. : Апрель Пресс, Психотерапия, 2007. – 576 с.
289. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. – М. : Класс, 1998. – 576 с.
290. Яницкий М.С. Ценностные ориентации личности как динамическая система / М.С. Яницкий // Кемерово : Кузбассвузиздат, 2000. – 204 с.
291. Ярошук Н.Б. Особенности ценностных ориентаций у подростков с различными формами и степенью выраженности девиантного поведения / Н.Б. Ярошук // Ананьевские чтения – 97: Тез. научн. – практ. конф. – СПб., 1997. – С.266–268.
292. Ясперс К. Введение в философию / К. Ясперс; пер. и ред. А.А. Михайлова. – Минск: Пропилеи, 2000. – 192 с.
293. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М. : Практика, 1997. – 1056 с.
294. Ястребов В.С. и др. Факторы стигматизации лиц с психическими расстройствами: методические рекомендации / В.С. Ястребов, И.И.

- Михайлова, О.А. Гонжал, С.А. Трущелёв. – М. : Науч. центр психического здоровья РАМН., Изд-во ЗАО Юстицинформ. – 2009.– 22 с.
295. Allport G.W. Pattern and growth in personality / G.W. Allport. – New York : Holt, Rinehart and Winston, 1961. – 593 p.
296. Andreasen NC., Nasrallah HA., Dunn VD., Olson SC., Grove WM., Ehrhardt JC., et al. Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: A magnetic resonance imaging study / NC. Andreasen, HA. Nasrallah, VD. Dunn, SC. Olson, WM. Grove, JC. Ehrhardt // Arch Gen Psychiatry. – 1986. – Feb. – 43. – P. 136–144.
297. Angyal A. The Experience of the Body–self in Schizophrenia / A. Angyal // Archives of Neurology and Psychiatry. – 1936. – Vol. 35. – P. 1029–2053.
298. Benjamin J.D. A method for distinguishing and evaluating formal thinking disorders in schizophrenia. In: J.S. Kasanin (Ed.) / J.D.Benjamin. – Berkeley : University of California Press, 1944. – P. 65-90.
299. Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien / E. Bleuler. – Leipzig, Germany : Deuticke, 1911. – 442 p.
300. Bray N.J., Kapur S., Price J. Исследование шизофрении in vitro: возможности и ограничения / N.J. Bray, S. Kapur, J. Price / Перевод: Алфимов П.В. – 2012. – Т. 11. – Вып. 3. – С. 152–154.
301. Breier A.F. Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis / A.F. Breier // Br. J. Psychiat. – 1999. – Vol. 174 (suppl. 37). – P. 16–18.
302. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia / Burns J. // World psychiatry. – 2006. – Vol. 5. – № 4. – P. 77–81.
303. Cacioppo J. et al. Социальная нейронаука и ее потенциальный вклад в психиатрию / J. Cacioppo, S. Cacioppo, S. Dulawa, A. Palmer // World Psychiatry (на русском). – 2014. – Т. 13. – Вып. 2. – С. 131–139.
304. Casey P.R., Kelly B. Fish's Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry // P.R. Casey, B. Kelly. 3rd Revised edition Edition. – London : The Royal College of Psychiatrists, 2007. – 138 p.

305. Ciompi L. Aging and schizophrenic psychosis / L. Ciompi // *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* – 1986. – V. 319, 71:3. – P 93–105.
306. De Hert M. et al. Remission criteria for schizophrenia: evaluation in a large naturalistic cohort / M. De Hert, R. van Winkel, M. Wampers et al. // *Schizophr. Res.* 2007. – Vol. 92. – № 1-3. – P. 68–73.
307. Diagnostic and statistical manual of mental disorders / 3rd ed., rev. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 1987.
308. Feuer L. Psychoanalysis and Ethics / L. Feuer. Springfield, Ill., 1955. – 134 p.
309. Gergen K.J. Toward a Postmodern Psychology // *Psychology and Postmodernism* / Ed. by S. Kvaales. London : Sage Publications, 1994. – P. 17–30.
310. Gerlinger G. Et al. Личная стигма при расстройствах шизофренического спектра: систематический обзор распространенности, соотношений, неблагоприятных последствий и терапевтических вмешательств // G. Gerlinger, M. Hauser, M. De Hert, K. Lacluyse, M. Wampers, C. U. Correll // *World Psychiatry* (на русском). – 2013. Т. 12. – Вып. 2. – С. 148–57.
311. Goldberg T. E. Neurocognitive deficit in schizophrenia / T.E. Goldberg J. M. Gold // *Schizophrenia* / S. R. Hirsch, D. R. Weinberger (eds). – Oxford : Blackwell Science, 1995. – P. 146–162.
312. Goldstein K. Methodological Approach to the Study of Schizophrenic Thought Disorders / K. Goldstein // *Language and Thought in Schizophrenia.* – Berkley : L.A. P, 1944. – P. 118–141.
313. Gordon S., Ellis P. Мой голос, моя жизнь: инструмент оценки, основанный на концепции восстановления (recovery) с точки зрения потребителя медицинской помощи / S. Gordon, P. Ellis // *World Psychiatry* (на русском). – 2013. – Т. 12. – Вып. 3. – С. 269.
314. Grezinger W. Mental Pathology and Therapeutics / W. Grezinger. – New York: Wlilliam Wood & Company, 1882. – 530 p.

315. Guattari F. Pour une refondation des pratiques sociales / F. Guattari // *Le Monde Diplomatique*. – 1992. – October. – P. 26–27.
316. Guo S. et al. Dynamic cerebral reorganization in the pathophysiology of schizophrenia: a MRI-derived cortical thickness study / S. Guo, L. Palaniyappan, P.F. Liddle, J. Feng // *Psychological Medicine*. Cambridge University Press, 2016 // URL: <http://www.dcs.warwick.ac.uk/~feng/papers/S0033291716000994a.pdf>
317. Harrow M. et al. Disordered verbalizations in schizophrenia, a speech disturbance or thought disorder? / M. Harrow, E.M. O’Connell, E.S. Herbener, A.M. Altmanb, K.J. Kaplana, T.H. Jobea // *Comprehensive Psychiatry*. – 2003 // URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X03001135>
318. Harrow M., Quinlan D. Disordered thinking and schizophrenic psychopathology / M. Harrow, D. Quinlan. – New York : Gardner Press, 1985. – 461p.
319. Hauser M. Moral Minds: How Nature Designed Our Universal Sense of Right and Wrong / M. Hauser. – New York : Ecco, 2006. – 512 p.
320. Horan W., Brown S., Blanchard J. Social anhedonia and schizotypy: The contribution of individual differences in affective traits, stress, and coping / W. Horan, S. Brown, J. Blanchard // *Psychiat. Res.* – 2007. – Vol. 149(1–3). – P. 147–156.
321. Kasanin J.S. Language and thought in schizophrenia / J.S. Kasanin. – Berkeley : Univer. of California Press, 1944. – 133 p.
322. King M. et al. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households / M. King, L. Marston, S. McManus, T. Brugha, H. Meltzer, P. Bebbington // *The British Journal of Psychiatry*. – 2013. Vol. 202 (1). – P. 68–73;
323. Kraepelin E. Dementia praecox and Paraphrenia / E. Kraepelin; translated by M. Barclay end edited by G. M. Robertson – Edinburgh, Scotland : E. and S. Livingston, 1919. – 331 p.

324. Kwapil T.R. Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia spectrum disorders / T.R. Kwapil // *J. Abn. Psychol.* – 1998. – Vol. 107(4). – P. 558–565.
325. Link B.G. et al. Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illness / B. G. Link, E. L. Struening, S. Neese-Todd, S. Asmussen, Jo C. Phelan // *Psychiatric services.* – 2001. – V 52, Iss. 12. – December. – P. 1621–1626.
326. Link B.G., Phelan J.C. Conceptualizing stigma / B.G. Link, J.C. Phelan // *Annu Rev. Sociol.* – 2001. – Vol. 27. – P. 363–85.
327. Maj M. Социальная нейронаука в качестве идеальной основы для психиатрии / М. Maj // *World Psychiatry* (на русском). – 2014. – Т. 13. – Вып. 2. С. 105-106.
328. McFarlane W. (ed.) *Family Therapy in Schizophrenia* / W. McFarlane. – New York: Guilford Press, 1983. – 355 p.
329. McGorry P.D., Allot K., Jackson H.J. Diagnosis and the staging model of psychosis / P.D. McGorry, K. Allot, H.J. Jackson // *The recognition and management of early psychosis* / H.J. Jackson, P.D. McGorry (Eds.). Cambridge University Press, 2010. – P. 17–27.
330. McGorry P.D., Killackey E., Yung A. Раннее вмешательство при психозе: концепция, доказательства и дальнейшие действия / P.D. McGorry, E. Killackey, A. Yung // *World Psychiatry* (на русском). – 2008. – Т. 7. – Вып. 3. С. 154–163.
331. Mellor D., Carne L., Shen Y., McCabe M., Wang L. Stigma Toward Mental Illness: A Cross-Cultural Comparison of Taiwanese, Chinese Immigrants to Australia and Anglo-Australians D. Mellor , L. Carne , Y. Shen, M. McCabe, L. Wang // *Journal of Cross-Cultural Psychology.* – 2013. – V. 44. – № 3. – P. 352–364.
332. Morise R. Frontal executive impairment in schizophrenia / R. Morise, A. Delahunty // *Schizophr. Bull.* – 1996. – Vol. 22. – P. 125–137.

333. Moussaoui D. Когда психиатр сталкивается с религией в повседневной практике / D. Moussaoui // *World Psychiatry* (на русском). – 2014. – Т.13. – Вып.2. – С. 203–204.
334. Murray H. A., Barrett W. G., Homburger E. *Explorations in personality* / Murray H. A., Barrett W. G., Homburger E. – New York: Oxford University Press, 1938.
335. Pargament K.I., Lomax J.W. Понимание религии и обращение к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями / K.I. Pargament, J.W. Lomax // *Всемирная психиатрия*. – 2013. – № 1. – С. 23–29.
336. Parnas J. Ядерный Гештальт шизофрении // *Всемирная психиатрия* / пер. Смирнова Д.А. // – 2012. – Т. 11. – № 2. – С. 67–69.
337. Pescosolido В.А., Olafsdottir S. Комплексный взгляд: лицом к лицу с вопросами, как и почему люди решают обратиться или не обратиться за психиатрической помощью / В.А. Pescosolido, S. Olafsdottir // *World Psychiatry* (на русском). – 2013. – Т. 12. – Вып. 3. – С. 261–263.
338. Rokeach M. Long-term value change Initiated by computer feedback/ M. Rokeach // *Understanding human values: Individual and societal*. – N.Y. : Free Press, 1979. – P. 210–225.
339. Rokeach M. The nature of human values / M. Rokeach. – N.Y. : Free Press, 1973. – 438 p.
340. Rosmarin D.H. Faith in God Positively Influences Treatment for Individuals with Psychiatric Illness / D.H. Rosmarin // *Journal of Affective Disorders*. – 2013. - URL: <http://www.mcleanhospital.org/news/2013/04/25/faith-god-positively-influences-treatment-individuals-psychiatric-illness-suggests>
341. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966. – 80 (1), № 09. – P. 1–28.
342. Saykin A.J. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning / A.J. Saykin, R.S. Gur et. al. // *Arch. Gen. Psych.* – 1991. – Vol. 48. – P. 618–624.

343. Schefflen A.E. Levels of Schizophrenia / A.E. Schefflen. – New York: Brunner/Mazel, 1981. – 175 p.
344. Schizophrenia // Concise Medical Dictionary (8 ed.). – 2010 // URL: <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199557141.001.0001/acref-9780199557141-e-9060?rskey=e5tgnK&result=9865>
345. Schizophrenia // Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) // American Psychiatric Association. – 2013 // URL: <http://www.dsm5.org/Documents/Schizophrenia%20Fact%20Sheet.pdf>
346. Servan-Schreiber D. Schizophrenic deficits in the processing of context / D. Servan-Schreiber, J. D. Cohen, S. Steingard // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – Vol. 53. – P. 1105–1112.
347. Sharma T. Cognition in schizophrenia. Impairments, importance, and treatment strategies / T. Sharma / T. Sharma, Ph. D. Harvey. – Oxford : University Press, 2000. – 363 p.
348. Stanghellini G., Ballerini M. Values in Persons With Schizophrenia / G. Stanghellini, M. Ballerini // Schizophrenia Bulletin. – 2006. – V.33, Iss.1. – Pp. 131–141.
349. Stratta P. Schizophrenic deficits in the processing of context / P. Stratta / P. Stratta, E. Daneluzzo, M. Bustini et. al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1998. – Vol. 55. – P. 186–187.
350. Stuart Н. Борьба против стигмы, вызванная психическими расстройствами: предшествующие перспективы, деятельность в настоящем и направления в будущем / Н. Stuart // Всемирная психиатрия. 2008. – Т. 7. – №3. – С. 194–198.
351. Sullivan H.S. Schizophrenia as a Human Process / H.S. Sullivan., with Introduction and Commentaries by Helen Swick Perry. – New York : Norton, 1962. – 363 p.
352. Thompson P. et al. Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early onset schizophrenia / P. Thompson , C. Vidal, J.N. Giedd, P. Gochman, J. Blumenthal, R. Nicolson,

- A.W. Toga, J.L. Rapoport // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2001. – Vol. 98. – №20. – P. 11650–11655.
353. Tiryakian Edward A. Sociological Theory, Values, and Sociocultural Change: Essays in Honor of Pitirim A. Sorokin / Edward A. Tiryakian Editor  
New Introduction by Edward A. Tiryakian. – 2013. – 340 p.
354. Troster A.I. et al. Cortical and subcortical influences on clustering and switching in the performance of verbal fluency tasks / A.I. Troster, J.A. Fields, J.A. Testa, R.H. Paul, C.R. Blanco, K.A. Hames, D.P. Salmon, W.W. Beatty // Neuropsychologia. – 1998. – Vol. 36. – P. 295–304.
355. Velligan D. I. Executive function in schizophrenia / D. I. Velligan / D. I. Velligan, C. C. Bow-Thomas // Sem. Neuropsychiatry. – 2002. – № 4. – P. 24–33.
356. Wing J.K. A Standard Form of Psychiatric Present State Examinations (PSE) and a Method of Standardizing the Classification of Symptoms / J.K. Wing. – London : Oxford University Press, 1970.
357. Wolwer W., Frommann N. The training of affect recognition (TAR): efficacy, functional specificity, and generalization of effects / W. Wolwer, N. Frommann // Schizophr. Bull. – 2009. – Vol. 35. – P. 351.
358. Zubin J.; Spring B. Vulnerability. A new view of schizophrenia / J. Zubin; B. Spring // Journal of Abnormal Psychology. – 1977. – Vol 86 (2). – Apr. – P. 103.

## Приложения

### Приложение 1. Результаты пилотажного исследования

Таблица ценностей

Ценности	норма		шизофрения		зн. Разл
	Mean	SD	Mean	SD	
Наслаждение	3,84	1,32	4,15	1,43	0,540322
Достижения	4,08	0,71	4,84	1,22	0,017794
социальная власть	2,81	1,17	3,48	1,72	0,155308
Самоопределение	5,02	0,57	5,08	0,95	0,373549
Стимуляция	4,31	0,80	4,56	1,38	0,180872
Конформизм	3,29	0,75	3,73	1,22	0,06155
Социальность	4,01	0,82	4,26	1,13	0,461346
Безопасность	4,67	0,60	4,90	1,04	0,354538
Зрелость	4,94	0,66	4,42	1,87	0,903724
Традиции	3,60	1,25	4,13	1,82	0,201847
социальная культура	2,52	0,77	3,80	1,23	0,000263
Духовность	4,14	0,92	3,88	1,48	0,862907
Социализация	3,11	0,79	3,53	1,24	0,057893
Независимость	5,22	0,73	4,57	1,97	0,468295

	красота (реал)	красота (идеал)	ум (реал)	ум (идеал)	успех (реал)	успех (идеал)	ценность (реал)	ценность (идел)
Mann-Whitney U	146,000	259,000	219,500	237,000	145,000	168,500	138,000	176,000
Wilcoxon W	237,000	350,000	310,500	328,000	236,000	259,500	229,000	267,000
Z	-2,800	-,514	-1,456	-,934	-2,818	-2,240	-2,946	-2,010
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005	,607	,145	,350	,005	,025	,003	,044

Таблица самооценок

Ценности	норма		шизофрения		зн. Разл
	Mean	SD	Mean	SD	
красота (реал)	0,66	0,15	0,57	0,17	0,005106
красота (идеал)	0,73	0,22	0,73	0,15	0,607285
ум (реал)	0,68	0,16	0,65	0,13	0,145464
ум (идеал)	0,87	0,20	0,83	0,14	0,350459
успех (реал)	0,62	0,19	0,43	0,23	0,004833
успех (идеал)	0,84	0,22	0,77	0,15	0,025094
ценность (реал)	0,73	0,23	0,54	0,22	0,003221
ценность (идеал)	0,77	0,26	0,73	0,13	0,044386

	Наслаждение	Достижения	социальная власть	Самоопределение	Стимуляция	Конформизм	Социальность
Mann-Whitney U	271,5	191	226,5	256	231,5	201,5	264,5
Wilcoxon W	1399,5	1319	1354,5	1384	1359,5	1329,5	1392,5
Z	-0,61233	-2,36987	-1,42103	-0,88984	-1,33808	-1,86952	-0,73663
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,540322	0,017794	0,155308	0,373549	0,180872	0,06155	0,461346
	Безопасность	Зрелость	Традиции	социальная культура	Духовность	Социализация	Независимость
Mann-Whitney U	254	322	234,5	116,5	319	218,5	287
Wilcoxon W	1382	427	1362,5	1244,5	1447	1346,5	392
Z	-0,92582	-0,12096	-1,27631	-3,64877	-0,17268	-1,89651	-0,72526
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,354538	0,903724	0,201847	0,000263	0,862907	0,057893	0,468295

Таблица корреляций в группе больных шизофренией

Шкалы		Наслаждение	достижения	социальная власть	самоопределение	Стимуляция	Конформизм	Социальность
красота (реал)	Correl. Coefficient	0,011	-0,202	-0,193	-0,452	-0,325	-0,239	-0,403
	Sig. (2-tailed)	0,971	0,509	0,527	0,121	0,279	0,432	0,172
	N	13	13	13	13	13	13	13
красота (идеал)	Correl. Coefficient	0,029	,590(*)	0,472	0,301	,655(*)	0,355	0,383
	Sig. (2-tailed)	0,924	0,034	0,104	0,317	0,015	0,233	0,196
	N	13	13	13	13	13	13	13
ум (реал)	Correl. Coefficient	-0,145	-0,415	-0,294	-0,224	-0,146	-0,328	-0,143
	Sig. (2-tailed)	0,636	0,158	0,33	0,462	0,635	0,274	0,64
	N	13	13	13	13	13	13	13
ум (идеал)	Correl. Coefficient	-0,124	0,289	0,309	0,29	,742(**)	0,203	0,398
	Sig. (2-tailed)	0,685	0,339	0,304	0,336	0,004	0,506	0,178
	N	13	13	13	13	13	13	13
успех (реал)	Correl. Coefficient	0,476	0,338	,559(*)	-0,006	-0,085	-0,18	-0,099
	Sig. (2-tailed)	0,1	0,259	0,047	0,986	0,783	0,555	0,747
	N	13	13	13	13	13	13	13
успех (идеал)	Correl. Coefficient	0,293	,708(**)	,711(**)	0,298	,609(*)	0,206	0,198
	Sig. (2-tailed)	0,331	0,007	0,006	0,323	0,027	0,499	0,516
	N	13	13	13	13	13	13	13
ценность (реал)	Correl. Coefficient	0,059	0,188	0,208	0,003	0,123	-0,201	-0,087
	Sig. (2-tailed)	0,849	0,539	0,495	0,993	0,688	0,51	0,778
	N	13	13	13	13	13	13	13
ценность (идеал)	Correl. Coefficient	0,412	,630(*)	,634(*)	0,22	,602(*)	0,156	0,119
	Sig. (2-tailed)	0,162	0,021	0,02	0,471	0,029	0,612	0,7
	N	13	13	13	13	13	13	13

Таблица корреляций в группе больных шизофренией (окончание)

		Безопасность	зрелость	традиции	социальная культура	Духовность	Социализация	Независимость
красота (реал)	Correl. Coefficient	-0,303	-0,17	-0,374	-0,095	-0,365	-0,496	-0,179
	Sig. (2-tailed)	0,314	0,578	0,208	0,757	0,221	0,085	0,559
	N	13	13	13	13	13	13	13
красота (идеал)	Correl. Coefficient	0,536	,608(*)	0,392	0,034	0,371	0,314	,585(*)
	Sig. (2-tailed)	0,059	0,028	0,186	0,911	0,212	0,297	0,036
	N	13	13	13	13	13	13	13
ум (реал)	Correl. Coefficient	-0,3	-0,173	-0,189	-0,36	-0,145	-,624(*)	-0,192
	Sig. (2-tailed)	0,32	0,573	0,536	0,227	0,638	0,023	0,529
	N	13	13	13	13	13	13	13
ум (идеал)	Correl. Coefficient	0,272	0,415	0,355	-0,209	0,4	0,052	,560(*)
	Sig. (2-tailed)	0,368	0,159	0,234	0,494	0,175	0,865	0,047
	N	13	13	13	13	13	13	13
успех (реал)	Correl. Coefficient	-0,028	0,018	-0,319	-,677(*)	-0,381	-0,407	0,13
	Sig. (2-tailed)	0,929	0,954	0,289	0,011	0,199	0,167	0,672
	N	13	13	13	13	13	13	13
успех (идеал)	Correl. Coefficient	0,389	0,419	0,113	-0,193	0,071	0,088	,613(*)
	Sig. (2-tailed)	0,189	0,154	0,713	0,528	0,818	0,775	0,026
	N	13	13	13	13	13	13	13
ценность (реал)	Correl. Coefficient	0,123	0,283	0,061	-0,516	0,014	-0,396	-0,069
	Sig. (2-tailed)	0,689	0,349	0,844	0,071	0,963	0,18	0,822
	N	13	13	13	13	13	13	13
ценность (идеал)	Correl. Coefficient	0,336	0,479	0,029	-0,301	0,058	-0,066	0,479
	Sig. (2-tailed)	0,262	0,097	0,925	0,318	0,85	0,83	0,098
	N	13	13	13	13	13	13	13

## Приложение 2. Методика «Классификация ценностей»

Начало процедуры



После категоризации





6. Произошли ли изменения в ценностях после начала болезни? Что именно изменилось (комментарии)

## **ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*(для группы сравнения)*

1. Группы (классификация)
2. Субъективно близкие (выбор, комментарии, оценка)
3. Неблизкие (выбор, комментарии, оценка)
4. Ценности современного общества

5. Чего не хватает

6. Какие ценности разделяют психически больные люди? Какие ценности присущи психически здоровым людям? Что может быть ценного для общества в психических расстройствах?

7. Личное определение ценности

## Приложение 4. Характеристики групп

### *Клиническая характеристика групп*

Показатели		больные шизофренией			больные с расстройствами личности		
		всего	мужчины	женщины	Всего	мужчины	женщины
длительность заболевания		5,4±4,5	5,1±4,1	5,6±4,7	4,5±5,1	2,0±1,4	4,8±5,4
госпитализация	Первичная	27,9%	25,0%	30,2%	45,0%	44,4%	45,1%
	Повторная	72,1%	75,0%	69,8%	55,0%	55,6%	54,9%
форма лечения	дневной стационар	14,0%	18,2%	10,7%	25,6%	14,3%	28,1%
	полный стационар	85,0%	79,5%	89,3%	74,4%	85,7%	71,9%
	Амбулаторно	1,0%	2,3%	0%	0%	-	-

### *Диагноз по МКБ-10*

Группы	Кодировки диагноза	всего	мужчины	женщины
больные шизофренией	f20.0 (параноидная шизофрения)	57,9%	33,9%	66,1%
	f20.4 (постшизофреническая депрессия)	15,0%	75,0%	25,0%
	f20.5 (остаточная шизофрения)	2,8%	0%	100%
	f20.6 (простая шизофрения)	21,5%	56,5%	43,5%
больные с расстройствами личности	f32.0 (легкий депрессивный эпизод)	46,7%	17,9%	82,1%
	f41.0 (паническое расстройство)	3,3%	0%	100%
	f41.2 (смешанные тревожные и депрессивные расстройства)	10,0%	16,7%	83,3%
	f60.3 (эмоционально-неустойчивое расстройство личности)	5,0%	0%	100%
	f60.4 (истерическое расстройство личности)	35,0%	14,3%	85,7%

### *Социально-демографические характеристики*

Показатели		больные шизофренией			условно здоровые			Больные с расстройствами личности		
		всего	Муж	женщ	всего	Муж	женщ	всего	Муж	Женщ
<b>трудовой статус</b>	Работающие	62,2%	56,3%	66,7%	95,5%	100%	89,6%	59,3%	75%	56,90%
	Не состояли в браке	44,1%	54,5%	36,2%	28,9%	39,1%	18,2%	32,5%	57,10%	27,30%
<b>семейный статус</b>	Состоят в браке	36,3%	29,5%	41,4%	55,6%	52,2%	59,1%	32,5%	28,60%	33,30%
	Разведенные (или фактически не проживающие с супругом)	19,6%	15,9%	22,4%	15,6%	8,7%	22,7%	35,0%	14,30%	39,40%
	Проживающие с родственниками (в т.ч. с родителями или детьми)	86,0%	81,4%	89,5%	71,1%	65,2%	77,3%	74,4%	85,70%	71,90%
	Одинокие, проживающие отдельно	14,0%	18,6%	10,5%	28,9%	34,8%	22,7%	26,5%	14,30%	28,10%
<b>Образование</b>	Неполное среднее и среднее образование	1,9%	2,3%	1,6%	0%	-	-	0%	-	-
	Средне-специальное образование	20,0%	25,0%	16,4%	3,3%	4,7%	2,1%	13,7%	0%	16,30%
	Высшее образование	78,1%	72,7%	82,0%	96,7%	95,3%	97,9%	86,3%	100%	83,7

## Приложение 5. Способы категоризации

### СПОСОБЫ КАТЕГОРИЗАЦИИ

#### Общая выборка

Способ категоризации	N		Sch		L	
	ср.знач.	ст.откл.	ср.знач.	ст.откл.	ср.знач.	ст.откл.
Понятия	<b>74,0</b>	34,4	<b>51,3</b>	41,4	<b>65,2</b>	38,2
ядерные комплексы	<b>23,6</b>	34,4	<b>31,5</b>	36,7	<b>29,9</b>	37,4
цепные комплексы	<b>1,5</b>	7,7	<b>8,7</b>	20,0	<b>4,6</b>	14,5
смешанная стратегия	<b>0,9</b>	6,5	<b>8,5</b>	25,2	<b>0,3</b>	2,2

N_SCH	Test Statistics						
	кол.гр.	Фрагменты	всего	смеш.страт	цепн.компл.	ядерн.компл.	понятия
Mann-Whitney U	4673,5	5001	4913	4432,5	4256,5	4440,5	3566
Wilcoxon W	10889,5	11217	11129	8618,5	8442,5	8626,5	9782
Z	-0,93569	-0,14475	-0,33755	-3,02561	-3,30132	-1,58963	-3,74861
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,349431	0,88491	0,735699	0,002481	0,000962	0,111919	0,000178

SCH_L	Test Statistics(a)						
	кол.гр.	Фрагменты	всего	смеш.страт	цепн.компл.	ядерн.компл.	понятия
Mann-Whitney U	3247,5	2777,5	2926	2802,5	2952,5	3126,5	2639,5
Wilcoxon W	9463,5	8993,5	9142	4513,5	4663,5	4837,5	8855,5
Z	-0,09056	-1,8922	-1,15687	-2,64268	-1,34347	-0,32523	-1,98556
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,927844	0,058464	0,247326	0,008225	0,179121	0,745004	0,047083

N_L	Test Statistics(a)						
	кол.гр.	Фрагменты	Всего	смеш.страт	цепн.компл.	ядерн.компл.	понятия
Mann-Whitney U	2494	2275	2479	2625,5	2434,5	2391	2301,5
Wilcoxon W	4264	6461	6665	4336,5	6620,5	6577	4012,5
Z	-0,75435	-1,7976	-0,80196	-0,21602	-1,75622	-1,0553	-1,39714
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,450639	0,07224	0,422574	0,828971	0,079051	0,29129	0,162373

### Сопоставление мужчин и женщин

МУЖЧИНЫ						
группы		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
<b>СН</b>	кол.гр.	48	2	9	4,229167	1,574255
	фрагменты	48	0	7	0,645833	1,391304
	смеш.страт	48	0	100	11,66667	29,05119
	цепн.комл.	48	0	60	3,229167	11,87208
	ядерн.компл.	48	0	100	32,4875	38,19029
	Понятия	48	0	100	53,1375	41,3336
<b>Н</b>	кол.гр.	43	3	9	4,767442	1,586209
	фрагменты	43	0	3	0,511628	0,909529
	смеш.страт	43	0	25	0,581395	3,812464
	цепн.комл.	43	0	16,7	0,388372	2,546726
	ядерн.компл.	43	0	100	26,6	35,15049
	Понятия	43	0	100	72,43023	35,06817
<b>Л</b>	кол.гр.	8	3	7	4,875	1,356203
	фрагменты	8	0	4	1,625	1,767767
	смеш.страт	7	0	0	0	0
	цепн.комл.	7	0	16,7	2,385714	6,312007
	ядерн.компл.	7	0	66,7	17,14286	25,49718
	Понятия	7	16,7	100	80,48571	31,04333

ЖЕНЩИНЫ						
группы		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
<b>СН</b>	кол.гр.	63	2	10	4,444444	1,478641
	Фрагменты	63	0	9	0,888889	1,779009
	смеш.страт	63	0	100	6,190476	21,86311
	цепн.комл.	63	0	100	13,00476	23,6856
	ядерн.компл.	63	0	100	30,80476	35,78786
	Понятия	63	0	100	50,00159	41,7002
<b>Н</b>	кол.гр.	48	2	7	4,354167	1,193771

	Фрагменты	48	0	4	0,645833	0,999778
	смеш.страт	48	0	57,1	1,189583	8,241675
	цепн.компл.	48	0	50	2,43125	10,30922
	ядерн.компл.	48	0	100	20,97292	33,82716
	Понятия	48	0	100	75,40625	34,02153
<b>L</b>	кол.гр.	51	2	10	4,294118	1,4872
	Фрагменты	51	0	10	0,941176	1,642093
	смеш.страт	51	0	16,7	0,327451	2,338468
	цепн.компл.	51	0	83,3	4,872549	15,27338
	ядерн.компл.	51	0	100	31,69804	38,60261
	Понятия	51	0	100	63,1	38,88138

Значимость различий между мужчинами и женщинами в группах

Test Statistics							
группы		кол.гр.	осколки	смеш.страт	цепн.компл.	ядерн.компл.	понятия
<b>СН</b>	Mann-Whitney U	1348,5	1379,5	1395	1201	1485,5	1447,5
	Wilcoxon W	2524,5	2555,5	3411	2377	2661,5	3463,5
	Z	-0,99653	-0,96782	-1,14066	-2,65981	-0,16674	-0,39619
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,318994	0,333132	0,254012	0,007819	0,867571	0,691966
<b>N</b>	Mann-Whitney U	909	955,5	1030	990,5	919,5	979
	Wilcoxon W	2085	1901,5	2206	1936,5	2095,5	1925
	Z	-1,0088	-0,72332	-0,0626	-0,92885	-0,99239	-0,4541
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,313071	0,469483	0,950083	0,352967	0,321007	0,649756

Значимость различий в однополых подгруппах

Test Statistics							
		кол.гр.	Фрагмент	см.стр	цель	ядро	понят
Мужчины	Mann-Whitney U	836,000	1005,000	862,500	970,000	1022,500	870,000

SCH_ N	Wilcoxon W	2012,000	2181,000	1808,500	1916,000	2198,500	2046,000
	Z	-1,594	-,273	-2,487	-1,249	-,087	-1,953
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,111	,785	,013	,212	,930	,051
Женщины SCH_ N	Mann-Whitney U	1465,500	1507,000	1375,500	1174,500	1197,000	1237,500
	Wilcoxon W	2641,500	3523,000	2551,500	2350,500	2373,000	3253,500
	Z	-,285	-,035	-1,814	-2,961	-2,148	-2,327
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,776	,972	,070	,003	,032	,020

#### Test Statistics

женщины		кол.гр.	Фрагмент	см.стр	цель	ядро	понят
SCH_L	Mann-Whitney U	1487,000	1455,000	1459,500	1336,500	1481,500	1462,500
	Wilcoxon W	2813,000	3471,000	2785,500	2662,500	2807,500	3478,500
	Z	-,698	-,978	-1,893	-2,179	-,817	-1,101
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,485	,328	,058	,029	,414	,271

**Приложение 6. Категории, применяемые в ядерном способе  
классификации**

**КАТЕГОРИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЯДЕРНОМ СПОСОБЕ**

ЯДРА	SCH		N		L	
	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН
безопасность	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	2,0
Богатство	6,3	1,6	14,0	2,1	0,0	5,9
Вера	4,2	3,2	0,0	4,2	0,0	3,9
Власть	10,4	11,1	0,0	8,3	0,0	11,8
Доверие	0,0	4,8	2,3	0,0	28,6	0,0
Дружба	14,6	9,5	14,0	6,3	0,0	9,8
Здоровье	6,3	9,5	9,3	10,4	0,0	3,9
Истина	4,2	4,8	4,7	0,0	0,0	5,9
Красота	0,0	3,2	0,0	2,1	0,0	0,0
Любовь	8,3	11,1	2,3	4,2	0,0	7,8
Правда	4,2	4,8	0,0	4,2	0,0	0,0
Признание	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Развитие	14,6	6,3	7,0	4,2	0,0	5,9
реальность	8,3	0,0	2,3	6,3	14,3	9,8
Свобода	6,3	1,6	4,7	2,1	0,0	7,8
Семья	25,0	31,7	30,2	25,0	28,6	27,5
справедливость	4,2	0,0	14,0	2,1	0,0	0,0
творчество	10,4	12,7	18,6	16,7	0,0	7,8
удовольствие	2,1	3,2	2,3	2,1	0,0	3,9
Ум	6,3	4,8	4,7	4,2	0,0	9,8
уникальность	2,1	1,6	2,3	2,1	0,0	3,9
Успех	16,7	15,9	7,0	4,2	28,6	5,9

Статистические различия между мужчинами и женщинами

	<b>SCH</b>	<b>N</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Реальность (p<0,05)	Богатство (p<0,05) Справедливость (p<0,05)
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	-	-

Статистические различия в однополюх подгруппах

	<b>мужчины</b>	<b>Женщины</b>		
	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_L</b>	<b>N_L</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Власть (p<0,05)	-	Реальность (p<0,05)	-
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	-	Реальность Успех	-	-

## Приложение 7. Количество групп при классификации ценностей

### КОЛИЧЕСТВО ГРУПП ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ЦЕННОСТЕЙ

кол.гр.

гр			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
1	Valid	2	9	8,1	8,1	8,1	
		3	24	21,6	21,6	29,7	
		4	29	26,1	26,1	55,9	
		5	28	25,2	25,2	81,1	
		6	14	12,6	12,6	93,7	
		7	2	1,8	1,8	95,5	
		8	3	2,7	2,7	98,2	
		9	1	,9	,9	99,1	
		10	1	,9	,9	100,0	
			Total	111	100,0	100,0	
2	Valid	2	1	1,1	1,1	1,1	
		3	21	23,1	23,1	24,2	
		4	31	34,1	34,1	58,2	
		5	17	18,7	18,7	76,9	
		6	10	11,0	11,0	87,9	
		7	9	9,9	9,9	97,8	
		8	1	1,1	1,1	98,9	
		9	1	1,1	1,1	100,0	
			Total	91	100,0	100,0	
		3	Valid	2	2	3,4	3,4
3	14			23,7	23,7	27,1	
4	17			28,8	28,8	55,9	
5	13			22,0	22,0	78,0	
6	10			16,9	16,9	94,9	
7	2			3,4	3,4	98,3	
10	1			1,7	1,7	100,0	
	Total			59	100,0	100,0	

Группы: 1 – Sch, 2 – N, 3 – L.

## Приложение 8. Количество отделившихся фрагментов

### КОЛИЧЕСТВО ОТДЕЛИВШИХСЯ ФРАГМЕНТОВ

#### осколки

гр			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	Valid	0	74	66,7	71,8	71,8
		1	12	10,8	11,7	83,5
		2	8	7,2	7,8	91,3
		3	5	4,5	4,9	96,1
		4	2	1,8	1,9	98,1
		6	1	,9	1,0	99,0
		8	1	,9	1,0	100,0
		Total	103	92,8	100,0	
		Missing System	8	7,2		
	Total	111	100,0			
2	Valid	0	61	67,0	67,0	67,0
		1	15	16,5	16,5	83,5
		2	9	9,9	9,9	93,4
		3	5	5,5	5,5	98,9
		4	1	1,1	1,1	100,0
		Total	91	100,0	100,0	
	Missing System					
3	Valid	0	31	52,5	55,4	55,4
		1	13	22,0	23,2	78,6
		2	6	10,2	10,7	89,3
		3	4	6,8	7,1	96,4
		4	1	1,7	1,8	98,2
		10	1	1,7	1,8	100,0
		Total	56	94,9	100,0	
		Missing System	3	5,1		
		Total	59	100,0		

Группы: 1 – Sch, 2 – N, 3 – L.

Приложение 9.Отделившиеся фрагменты

**ОТДЕЛИВШИЕСЯ ФРАГМЕНТЫ**

	SCH		N		L	
	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН
безопасность	8,3	7,9	4,7	4,2	37,5	3,9
Богатство	2,1	3,2	2,3	0,0	0,0	0,0
Вера	2,1	6,3	11,6	4,2	12,5	5,9
Власть	8,3	7,9	2,3	6,3	12,5	11,8
Доверие	2,1	1,6	0,0	2,1	0,0	0,0
Дружба	0,0	1,6	0,0	2,1	0,0	2,0
Здоровье	2,1	3,2	4,7	8,3	12,5	2,0
Истина	4,2	3,2	0,0	2,1	0,0	3,9
Красота	4,2	4,8	4,7	2,1	0,0	5,9
Любовь	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0
Правда	2,1	0,0	2,3	0,0	0,0	2,0
Признание	4,2	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0
Развитие	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0
реальность	16,7	15,9	4,7	16,7	25,0	21,6
Свобода	2,1	11,1	0,0	0,0	0,0	7,8
Семья	2,1	3,2	2,3	0,0	25,0	2,0
справедливость	0,0	1,6	0,0	2,1	0,0	3,9
творчество	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	7,8
удовольствие	4,2	9,5	4,7	8,3	0,0	5,9
Ум	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	2,0
уникальность	0,0	4,8	2,3	2,1	25,0	5,9
Успех	0,0	1,6	2,3	0,0	0,0	0,0

Статистические различия между мужчинами и женщинами

	<b>SCH</b>	<b>N</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	-	-
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	-	Реальность

Статистические различия в однополых подгруппах

	<b>мужчины</b>	<b>Женщины</b>		
	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_L</b>	<b>N_L</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	-	Свобода <i>(p&lt;0,05)</i>	-	-
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	Вера Реальность	-	-	-

## Приложение 10. Близкие ценности

### БЛИЗКИЕ ЦЕННОСТИ (прямое название)

БЛИЗКИЕ	Sch		N		L	
	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН
безопасность	14,6	14,5	14,6	26,7	0,0	19,6
богатство	12,5	12,9	19,5	11,1	0,0	9,8
Вера	<b>33,3</b>	25,8	7,3	22,2	25,0	<b>29,4</b>
Власть	4,2	0	2,4	0	12,5	0,0
Доверие	12,5	22,6	<b>34,1</b>	<b>31,1</b>	25,0	<b>41,2</b>
Дружба	22,9	<b>48,4</b>	29,3	<b>31,1</b>	62,5	27,5
здоровье	<b>56,3</b>	<b>69,4</b>	<b>61,0</b>	<b>62,2</b>	12,5	<b>64,7</b>
Истина	10,4	8,1	12,2	8,9	0,0	15,7
Красота	8,3	12,9	9,8	4,4	25,0	11,8
Любовь	<b>62,5</b>	<b>74,2</b>	<b>56,1</b>	<b>68,9</b>	25,0	<b>68,6</b>
Правда	<b>20,8</b>	6,5	7,3	2,2	0,0	15,7
признание	10,4	8,1	14,6	6,7	12,5	3,9
развитие	16,7	16,1	31,7	<b>33,3</b>	50,0	15,7
реальность	14,6	8,1	9,8	2,2	12,5	0,0
Свобода	<b>41,7</b>	25,8	<b>43,9</b>	26,7	75,0	13,7
Семья	<b>52,1</b>	<b>64,5</b>	<b>65,9</b>	<b>66,7</b>	12,5	<b>62,7</b>
справедливость	<b>14,6</b>	3,2	12,2	13,3	12,5	23,5
творчество	16,7	<b>27,4</b>	12,2	22,2	50,0	15,7
удовольствие	2,1	9,7	7,3	13,3	50,0	3,9
Ум	31,3	<b>27,4</b>	14,6	13,3	0,0	17,6
уникальность	10,4	6,5	4,9	4,4	0,0	3,9
Успех	16,7	9,7	14,6	6,7	25,0	11,8

Статистические различия между мужчинами и женщинами

	<b>SCH</b>	<b>N</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Дружба (p<0,01) Правда (p<0,05) Справедливость (p<0,05)	-
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	Свобода	Вера Свобода

Статистические различия в однополых подгруппах

	<b>Мужчины</b>	<b>Женщины</b>		
	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_L</b>	<b>N_L</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Вера (p<0,01) Доверие (p<0,05)	Развитие (p<0,05)	Доверие (p<0,05) Дружба (p<0,05) Справед-ть (p<0,01)	Правда (p<0,05)
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	Правда Развитие Ум	Дружба Справедливость Ум	Реальность	Развитие

## Приложение 11. Предпочитаемые ценности

### ПРЕДПОЧИТАЕМЫЕ ЦЕННОСТИ (методика попарных сравнений)

ПРЕДПОЧТЕНИЯ (ППС)	SCH		N		L	
	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН
Безопасность	12,2	9,3	10,0	0	0	<b>19,5</b>
Богатство	4,9	0	2,5	0	0	0
Вера	<b>24,4</b>	20,4	7,5	13,6	0	14,6
Власть	7,3	0	0	0	0	0
Доверие	7,3	11,1	12,5	15,9	0	17,1
Дружба	22,0	<b>24,1</b>	<b>20,0</b>	18,2	<b>66,7</b>	<b>26,8</b>
Здоровье	<b>36,6</b>	<b>57,4</b>	<b>37,5</b>	<b>45,5</b>	16,7	<b>61,0</b>
Истина	17,1	9,3	7,5	6,8	16,7	12,2
Красота	2,4	1,9	2,5	0	0	0
Любовь	<b>31,7</b>	<b>31,5</b>	<b>27,5</b>	<b>47,7</b>	<b>50,0</b>	<b>39,0</b>
Правда	7,3	7,4	5,0	0	0	9,8
Признание	0	1,9	2,5	0	16,7	0
Развитие	<b>22,0</b>	<b>5,6</b>	17,5	13,5	0	9,8
Реальность	14,6	<b>22,2</b>	7,5	6,8	0	7,3
Свобода	<b>26,8</b>	18,5	<b>20,0</b>	20,5	<b>33,3</b>	4,9
Семья	19,5	<b>42,6</b>	<b>62,5</b>	<b>72,7</b>	16,7	<b>70,7</b>
Справедливость	4,9	13,0	12,5	11,4	0	9,8
Творчество	17,1	5,6	10,0	6,8	16,7	2,4
Удовольствие	0	0	2,5	0	16,7	4,9
Ум	<b>24,4</b>	11,1	12,5	29,5	0	17,1
Уникальность	7,3	1,9	5,0	4,5	0	0
Успех	4,9	0	0	2,3	0	2,4

Статистические различия между мужчинами и женщинами

	<b>SCH</b>	<b>N</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Развитие (p<0,05) Семья (p<0,05)	Безопасность (p<0,05)
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	Власть Здоровье Творчество	Любовь Ум

Статистические различия в однополых подгруппах

	<b>мужчины</b>	<b>Женщины</b>		
	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_L</b>	<b>N_L</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Семья (p<0,01)	Семья (p<0,01) Реальность (p<0,05) Ум (p<0,05)	Семья (p<0,01) Реальность (p<0,05) Свобода (p<0,05)	Безопасность (p<0,01) Правда (p<0,05) Свобода (p<0,05)
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	Вера (p<0,1)	Безопасность (p<0,1)	-	-

## Приложение 12. Неблизкие ценности

### НЕБЛИЗКИЕ ЦЕННОСТИ (прямое название)

НЕБЛИЗКИЕ	SCH		N		L	
	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН
безопасность	14,6	13,6	10,3	16,7	25,0	10,0
богатство	<b>50,0</b>	<b>62,7</b>	<b>35,9</b>	<b>25,0</b>	25,0	<b>36,0</b>
Вера	4,2	0,0	<b>28,2</b>	14,6	0,0	6,0
Власть	<b>64,6</b>	<b>84,7</b>	<b>76,9</b>	<b>85,4</b>	62,5	<b>84,0</b>
Доверие	10,4	5,1	2,6	2,1	0,0	2,0
Дружба	2,1	0,0	2,6	0,0	12,5	2,0
здоровье	10,4	3,4	2,6	0,0	12,5	2,0
Истина	18,8	8,5	23,1	16,7	0,0	12,0
Красота	16,7	20,3	23,1	10,4	12,5	16,0
Любовь	6,3	0,0	2,6	2,1	0,0	0,0
Правда	8,3	6,8	23,1	<b>18,8</b>	12,5	4,0
признание	<b>37,5</b>	<b>32,2</b>	<b>28,2</b>	12,5	12,5	<b>30,0</b>
развитие	8,3	8,5	0,0	0,0	0,0	2,0
реальность	10,4	13,6	<b>28,2</b>	<b>31,3</b>	37,5	22,0
Свобода	4,2	10,2	5,1	4,2	0,0	6,0
Семья	4,2	8,5	0,0	0,0	0,0	2,0
справедливость	12,5	11,9	7,7	4,2	25,0	6,0
творчество	10,4	13,6	2,6	6,3	0,0	<b>26,0</b>
удовольствие	<b>27,1</b>	<b>33,9</b>	20,5	6,3	0,0	10,0
Ум	2,1	3,4	7,7	14,6	12,5	0,0
уникальность	<b>27,1</b>	<b>33,9</b>	20,5	<b>31,3</b>	25,0	<b>36,0</b>
Успех	12,5	13,6	10,3	12,5	0,0	14,0

Статистические различия между мужчинами и женщинами

	<b>SCH</b>	<b>N</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Власть (p<0,05)	-
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	Любовь	Удовольствие

Статистические различия в однополых подгруппах

	<b>мужчины</b>	<b>Женщины</b>		
	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_L</b>	<b>N_L</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Вера (p<0,01) Реальность (p<0,05)	Богатство (p<0,01) Вера (p<0,01) Признание (p<0,05) Реальность (p<0,05) Удовольствие (p<0,01)	Богатство (p<0,01) Удовольствие (p<0,01)	Правда (p<0,05) Признание (p<0,05) Творчество (p<0,05) Ум (p<0,01)
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	Правда	Правда Развитие Семья Ум	Вера	-

## Приложение 13. Отвергаемые ценности

### ОТВЕРГАЕМЫЕ ЦЕННОСТИ (методика попарных сравнений)

ОТВЕРЖЕНИЯ (ППС)	SCH		N		L	
	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН
безопасность	22,0	9,3	15,0	2,3	33,3	7,3
богатство	<b>31,7</b>	<b>35,2</b>	22,5	<b>25,0</b>	50,0	<b>34,1</b>
Вера	22,0	9,3	<b>30,0</b>	20,5	0,0	7,3
Власть	<b>56,1</b>	<b>81,5</b>	<b>60,0</b>	<b>79,5</b>	50,0	<b>82,9</b>
Доверие	4,9	3,7	0,0	0,0	16,7	0,0
Дружба	4,9	3,7	0,0	2,3	0,0	4,9
Здоровье	4,9	3,7	2,5	0,0	16,7	0,0
Истина	4,9	7,4	12,5	13,6	0,0	4,9
Красота	<b>26,8</b>	<b>24,1</b>	<b>40,0</b>	18,2	16,7	12,2
Любовь	2,4	1,9	2,5	0,0	16,7	2,4
Правда	2,4	5,6	12,5	13,6	0,0	0,0
признание	19,5	18,5	10,0	20,5	0,0	19,5
Развитие	0,0	1,9	5,0	0,0	16,7	2,4
реальность	<b>26,8</b>	9,3	<b>32,5</b>	<b>40,9</b>	50,0	19,5
Свобода	2,4	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Семья	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
справедливость	2,4	3,7	7,5	11,4	0,0	4,9
творчество	9,8	11,1	5,0	6,8	0,0	19,5
удовольствие	<b>29,3</b>	<b>40,7</b>	27,5	<b>25,0</b>	0,0	<b>39,0</b>
Ум	0,0	1,9	5,0	4,5	16,7	0,0
уникальность	19,5	<b>20,4</b>	<b>35,0</b>	<b>25,0</b>	33,3	<b>22,0</b>
Успех	9,8	13,0	7,5	15,9	0,0	<b>22,0</b>

Статистические различия между мужчинами и женщинами

	<b>SCH</b>	<b>N</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Власть (p<0,05) Реальность (p<0,05)	Безопасность (p<0,05) Красота (p<0,05)
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	Безопасность	Власть

Статистические различия в однополых подгруппах

	<b>мужчины</b>	<b>Женщины</b>		
	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_L</b>	<b>N_L</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	-	Реальность (p<0,01)	-	Правда (p<0,05) Реальность (p<0,05)
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	-	-	-	-

Приложение 14. Ценности современного общества

**ЦЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА**

СО	SCH		N		L	
	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН	МУЖ	ЖЕН
безопасность	19,6	26,3	<b>26,2</b>	<b>39,6</b>	25,0	19,6
богатство	<b>58,7</b>	<b>57,9</b>	<b>81,0</b>	<b>70,8</b>	37,5	<b>54,9</b>
Вера	15,2	10,5	23,8	6,3	0,0	15,7
Власть	<b>45,7</b>	<b>29,8</b>	<b>71,4</b>	<b>62,5</b>	50,0	<b>41,2</b>
Доверие	8,7	3,5	2,4	4,2	0,0	7,8
Дружба	15,2	10,5	14,3	8,3	12,5	15,7
здоровье	<b>30,4</b>	<b>38,6</b>	19,0	31,3	37,5	<b>23,5</b>
Истина	0,0	7,0	2,4	4,2	25,0	3,9
Красота	13,0	28,1	23,8	27,1	50,0	7,8
Любовь	19,6	<b>29,8</b>	7,1	10,4	25,0	<b>23,5</b>
Правда	6,4	3,5	0,0	6,3	12,5	5,9
признание	17,4	14,0	<b>28,6</b>	27,1	25,0	17,6
развитие	28,3	14,0	9,5	16,7	0,0	11,8
реальность	10,9	10,5	11,9	8,3	12,5	3,9
Свобода	15,2	19,3	21,4	27,1	12,5	15,7
Семья	<b>32,6</b>	<b>29,8</b>	19,0	22,9	0,0	21,6
справедливость	6,5	14,0	7,1	12,5	0,0	13,7
творчество	0,0	3,5	7,1	12,5	0,0	2,0
удовольствие	23,9	26,3	<b>57,1</b>	<b>37,5</b>	50,0	21,6
Ум	21,7	10,5	16,7	18,8	0,0	13,7
уникальность	6,5	7,0	14,3	18,8	12,5	3,9
Успех	<b>39,1</b>	26,3	45,2	<b>70,8</b>	25,0	<b>45,1</b>

Статистические различия между мужчинами и женщинами

	<b>SCH</b>	<b>N</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	-	Вера (p<0,05) Успех (p<0,05)
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	Красота Развитие	Удовольствие

Статистические различия в однополых подгруппах

	<b>мужчины</b>	<b>Женщины</b>		
	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_N</b>	<b>SCH_L</b>	<b>N_L</b>
<i>достоверные</i> <i>(p&lt;0,05)</i>	Богатство (p<0,05) Власть (p<0,05) Развитие (p<0,05) Удовольствие (p<0,01)	Власть (p<0,01) Любовь (p<0,05) Успех (p<0,01)	Красота (p<0,05) Успех (p<0,05)	Безопасность (p<0,05) Власть (p<0,05) Красота (p<0,05) Уник-ть (p<0,05) Успех (p<0,05)
<i>стат.тенденция</i> <i>(p&lt;0,1)</i>	-	Уникальность	-	Творчество

## Приложение 15. Сопоставление результатов двух методик

### (ПРЯМОЕ НАЗЫВАНИЕ БЛИЗКИХ ЦЕННОСТЕЙ И ПОПАРНЫЕ СРАВНЕНИЯ)

ПРЕДПО- ЧТЕНИЯ	Общая выборка			Мужчины		Женщины		
	SCH	N	L	SCH	N	SCH	N	L
БЛ	-- Дружба Здоров Любовь - Свобод Семья -	- Довер - Здоров Любовь Развит Свобод Семья	- Довер Дружба Здоров Любовь - - Семья	Вера - - Здоров Любовь - Свобод Семья	Довер - Здоров Любовь - Свобод Семья -	Дружба Здоров Любовь - Семья Творч Ум	-Довер Дружба Здоров Любовь Развит - Семья -	Вера Доверие - Здоровье Любовь - - семья
ППС	-Вера Дружба Здоров Любовь- - Семья	-- - Здоров Любовь- Свобод Семья Ум	Безопасн - Дружба Здоров Любовь - Свобод Семья	-Вера - Здоров Любовь - Свобод - Ум	-- Дружба Здоровье Любовь - Свобод Семья-	-- Дружба Здоров Любовь Реальн - Семья-	- Здоров Любовь - Свобода Семья Ум	Безопасн - Дружба Здоров Любовь -- Семья

ОТВЕР-ЖЕНИЯ	Общая выборка			Мужчины		Женщины		
	SCH	N	L	SCH	N	SCH	N	L
НЕБЛ	- Богатст Власть - Призн - Удовол Уникал -	Вера Богатст Власть - - Реальн Уникал -	- Богатст Власть - Призн Реальн - Уникал -	- Богат Власть - Призн - Удовол Уникал -	Вера Богат Власть - Призн Реальн - Уникал -	- Богат Власть - Призн - Удовол Уникал -	- Богатст Власть Правда - Реальн - Уникал -	- Богатст Власть - Призн - - Уникал Творч
ППС	- Богатст Власть Красота - Удовол Уникал -	- - Власть Красота Реальн Удовол Уникал -	- Богатст Власть - Реальн Удовол Уникал -	- Богатст Власть Красота Реальн Удовол - -	Вера - Власть Красота Реальн Удовол Уникал -	- Богатст Власть Красота - Удовол Уникал -	- Богатст Власть - Реальн Удовол Уникал -	- Богатст Власть - - Удовол Уникал Успех

Красным цветом выделены те ценности, которые называются не менее чем 30% респондентов каждой группы.