

На правах рукописи

УДК 159.922.2

Литвиненко Ольга Андреевна

**ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОСОБЕННОСТЕЙ
БРЕДООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ДЕБЮТЕ ШИЗОФРЕНИИ**

Специальность 19.00.04 – медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург
2015

Работа выполнена на кафедре клинической психологии и психологической помощи федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский Государственный педагогический университет им. А. И. Герцена»

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Алехин Анатолий Николаевич

заведующий кафедрой клинической психологии и психологической помощи федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский Государственный педагогический университет им. А. И. Герцена»

Официальные оппоненты:

доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава РФ

Исаева Елена Рудольфовна

кандидат психологических наук, доцент

Серебрякова Руслана Олеговна

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» РАМН

Защита состоится **19 марта 2015 года в 13.00 часов** на заседании Совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук Д 212.199.25, созданного на базе Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена, по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп.11, ауд.37.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена (191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп.5) и на сайте университета по адресу:

http://dissser.herzen.spb.ru/Preview/Karta/karta_000000139.html

Автореферат разослан « » декабря 2014 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Веселова Елена Константиновна

Общая характеристика работы

Актуальность исследования. Кардинальные социально-экономические преобразования в России, осуществляющиеся в последние десятилетия, сопровождаются изменениями во всех сферах общественной и частной жизни российских граждан. Это создаёт уникальные условия для научного анализа значения социальных и культурных факторов в процессах развития психики и формирования личности человека. Трансформация системы общественных отношений от идеологического обоснования коллективного социального поведения к индивидуальному поведению потребления не могло не найти отражения в изменениях мировоззрения, мировосприятия, ценностных ориентаций россиян. В психологическом аспекте рассматриваемый период Новейшей истории России может быть разделён на этапы, когда развитие и формирование личности новых поколений граждан осуществлялось в различных условиях, то есть сейчас уже можно констатировать социально обусловленные изменения психики современного человека. А это предполагает актуальность разработки адекватных методических подходов к решению задач психологической диагностики развития, оценки особенностей такого развития, мероприятий психологической коррекции нарушений формирования и развития личности.

Психическое заболевание, развивающееся у взрослого человека, нарушает уже сформированную психическую организацию, его личность. «Болезнь, как жизнь, стеснённая в своей свободе» (Энгельс Ф., 1842) – с такой точки зрения можно рассматривать болезнь в качестве естественного эксперимента (Зейгарник Б. В., 1986), выявляющего особенности системной организации функций при «распаде» психической деятельности и разрушении личности.

Согласно культурно-исторической методологии Л. С. Выготского формирование и развитие личности осуществляется путём интериоризации средств культуры. Наиболее интенсивно это происходит в период развития до 7-8 летнего возраста (Выготский Л.С., 2000; Эльконин Д.Б., 2007; Гальперин П.Я., 1999; Пиаже Ж., 2006; Божович Л.И., 2006; Ухтомский А.А., 2002). Таким образом, следует ожидать, что в клинической картине психического расстройства могут найти отражение характеристики условий формирования личности. Таким образом, патоморфоз клинической картины психотического расстройства, изменение содержания болезненных переживаний могут быть детерминированы не только биологическими, но и социальными, историческими факторами, обнажая такие особенности психики, которые обусловлены конкретной ситуацией психического развития личности больного.

Проблема патоморфоза психических заболеваний, начиная со второй половины XX столетия, привлекает внимание зарубежных и отечественных исследователей. Развитие психофармакологии, в частности, группы нейролептиков, и их использование для лечения шизофрении и других эндогенных психических расстройств повлекли изменения в клинической

картине болезни, объясняемые лекарственным патоморфозом психических заболеваний (Авруцкий Г.Я., 1976; Жислин С.Г., 1965; Хохлов Л.К., 2009; G. Klosterkotter, 1985; R. J. Wyatt, 1991; J. L. Waddington 1997). К таковым относят, например, формирование незавершенных психопатологических синдромов, редкая встречаемость кататонической формы шизофрении и т.д. Однако, помимо или наряду с лекарственным, патоморфоз клинической картины психоза может быть рассмотрен в разных аспектах. Проблема психогенного фактора при шизофрении, например, анализировалась исследователями со времен Е. Блейлера. Она рассматривалась и в качестве одного из этиологических факторов, и в связи с очевидной ролью психотравматизации на течение болезни и периодичностью рецидивов (Блейлер И., 1920; Гиляровский В.А., 1954; Корсаков С.С., 2003; Снежневский А.В., 1973; Смулевич А.Б., Соколов Р.Е., Мазаева Н.А., 1978; Царук Т.П., 1999). То есть, несмотря на то, что в патогенезе эндогенных психических заболеваний основную роль исследователи традиционно придают патофизиологическим факторам, не подлежит сомнению и то, что клиническая картина эндогенного психоза подвержена влиянию и психологических факторов (Краснушкин Е.К., 1960; Смулевич А.Б., 1978; Мазаева Н.А., 1978; Царук Т.П., 1999). Болеет личность, достигшая определённого уровня своего развития в онтогенезе, и в патологический процесс вовлекается вся структура этой личности.

Степень разработанности темы исследования. Исследований, посвящённых значению психологических факторов развития в содержании психопатологических феноменов в доступной литературе нам найти не удалось. Анализ психотических переживаний у больных и в этом аспекте позволил бы уточнить возможности психодиагностических подходов и совершенствовать программы реабилитации для больных.

Таким образом, **актуальность** исследования обусловлена необходимостью уточнения методологических и методических оснований патопсихологического анализа клинической картины психического расстройства в связи с социокультурной динамикой общества, обуславливающей изменения личности человека.

Целью настоящего исследования было выявление онтогенетических предпосылок особенностей бреда при шизофрении.

Объект исследования: Клиническая картина дебюта шизофрении.

Предмет исследования: Психологические предпосылки особенностей бредообразования при дебюте шизофрении.

Гипотеза исследования заключалась в том, что:

Содержание и организация фабулы бреда больных при дебюте шизофрении могут быть детерминированы условиями, в которых протекало психическое развитие больных на ранних этапах онтогенеза.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Социально-психологический анализ изменений условий психического развития современного человека в онтогенезе;
2. Клинико-психологический анализ феноменологии психотических дебютов у больных, воспитывавшихся в разных социокультурных условиях;
3. Анализ признаков условий психического развития в содержании бреда;
4. Разработка рекомендаций по психологическому и патопсихологическому анализу состояния пациента в связи с задачами диагностики и реабилитации больных.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

Культурно-историческая концепция психического развития Л. С. Выготского (Выготский Л.С., 2000); концепция смысловой сферы личности (Леонтьев Д.А., 2003); теория формирования и развития личности (Алехин А.Н., Курпатов А.В., 2007); основные положения биопсихосоциальной модели этиологии и патогенеза психических расстройств (Коцюбинский А.П., 2004). Теоретические представления о трансформации клинической картины шизофрении (Короленко Ц.П. Колпаков В.Г., 1975; Пивень Б.Н., Голдобина О.А., 1999; Цуцельковская М.Я. и соавт., 2007) и о роли социально обусловленных факторов в патоморфозе шизофрении (Коцюбинский А.П., 1995; Ellett L., Freeman D., Garety P. A., 2008; Parrott B., Lewine R., 2005).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В социокультурной динамике Новейшей истории России могут быть выделены этапы, различимые по характеристикам условий психического развития, такие как: идеологической детерминированности (закрытый), переходный (трансформации доминирующей идеологии), плюралистический (становление рыночных отношений и идеологии потребления).
2. Содержание бредовых идей и организация фабулы бреда при шизофрении содержат в себе признаки социально-психологических условий формирования личности в онтогенезе.
3. Общая закономерность особенностей бредообразования при шизофрении заключается в снижении уровня его систематизации, что отражает особенности мировоззрения и мировосприятия больных, психическое развитие и формирование личности которых осуществлялось в выделенные периоды социокультурной динамики общества.
4. В патоморфозе клинической картины шизофрении целесообразно различать факторы биологической природы (патофизиологические) и социокультурные факторы (психологические).

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые на основании анализа социальных, культурных, экономических, политических событий в Новейшей истории России выделены различимые в психологическом аспекте этапы, представляющие собой качественно различные социокультурные условия формирования и развития личности в онтогенезе. Проанализированы

характеристики этих условий, детерминирующие различия в особенностях мировоззрения, мировосприятия, ценностных и смысловых ориентаций людей разных поколений.

Показано, что наблюдаемые в содержании болезненных переживаний, поведении феномены качественно различаются у разных поколений больных шизофренией, и эти изменения не объяснимы в рамках традиционных установок патопсихологической диагностики личности и состояния больных.

Показано, что бредовые фабулы больных шизофренией отличаются по особенностям своей структуры, которые характерны для больных одного поколения.

Установлено, что социокультурные условия формирования и развития личности ребёнка в дошкольном и младшем школьном возрасте транслируются в содержательных аспектах бредовых фабул больных шизофренией и определяют уровень систематизации бреда.

Показано, что психологические аспекты клинического патоморфоза шизофрении, заключающиеся в особенностях структуры и сюжетного содержания бредовой фабулы, носят инвариантный характер, проявляются вне зависимости от рассмотренных ведущих синдромов (параноидный, галлюцинаторно-параноидный, галлюцинаторно-бредовый).

Полученные данные позволяют уточнить и расширить концептуальные положения психологии развития, уточнить психологические и патопсихологические критерии диагностики личности, объяснения особенностей поведения личности.

Теоретическая значимость. Полученные в работе данные позволяют дополнить эмпирическим содержанием теоретические положения культурно-исторической психологии и уточнить научные представления о механизмах формирования психологических свойств, реакций и состояний человека в связи с социокультурными условиями развития. Результаты исследования дают основание для уточнения методологических обоснований психологической диагностики, психологической профилактики и коррекции нарушений психического развития, в приближении их к современным условиям, дифференцировать мероприятия психологической диагностики, профилактики и коррекции в соответствии с особенностями системы личностных отношений больных разных поколений.

Практическая значимость определяется совершенствованием диагностики расстройств личности и обоснованием содержания и направления реабилитационных мероприятий при нарушениях психической адаптации и психических заболеваниях. Полученные в исследовании результаты позволяют сформулировать психологические критерии дифференциального распознавания эндогенного и социогенного в болезненных переживаниях, что важно при формировании приверженности к лечению больных и для профилактики рецидива заболевания.

Достоверность результатов исследования обеспечена надежным теоретико-методологическим обоснованием эмпирического исследования, выбором методик, соответствующих целям и задачам исследования, выбором стандартизированных методов математической статистики при обработке полученных данных. Полученные в исследовании результаты могут быть включены в программы учебных дисциплин для бакалавров и специалистов, таких как: «Нарушения психического развития в детском возрасте», «Патопсихология», «Психотерапия», «Клиническая психология».

Методы.

1. Клинико-психологический метод:
 - Клинико-биографический (анамнестический) метод.
2. Метод качественного анализа фактов периода социокультурных преобразований в Новейшей истории России по данным литературы:
 - Качественный контент-анализ.
3. Методы качественно-количественного анализа содержания описаний в историях болезней:
 - Качественно-количественный контент-анализ;
 - Структурно-семиотический анализ содержания текстов, в основу которого был положен метод функционального анализа, разработанный В.Я. Проппом.
4. Метод графов.
5. Математико-статистический метод.

Научная достоверность и обоснованность результатов работы обеспечивается теоретико-методологическим обоснованием эмпирического исследования; применением методик, адекватных цели, задачам, предмету и объекту исследования; репрезентативностью выборки испытуемых; сочетанием качественного и количественного анализа полученных в исследовании данных.

Апробация и внедрение результатов исследования

Материалы диссертации были представлены на научных конференциях:

- 1) V Международная научно-практическая конференция «Организационная психология: люди и риски» (Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, 29-30 мая 2014, г. Саратов);
- 2) Всероссийская научно-практическая конференция «Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья» (Вятский социально-экономический институт, 24 апреля 2014, г. Киров);
- 3) Международная научно-практическая конференция «Медицинская (клиническая) психология: Исторические традиции и современная практика» (ЯГМА, 2-4 октября 2014, г. Ярославль).

Результаты исследования включались в отчётные материалы по исследованию, поддержанному грантом РГНФ № 13-06-00270.

Основные положения и результаты исследования представлены в 11 печатных работах, 5 из которых опубликованы в изданиях, внесенных в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук. Список работ приведен в конце автореферата.

Базами диссертационного исследования стационарное отделение Пятигорского филиала ГБУЗ СК «Кисловодской психиатрической больницы» и дневных стационаров № 2 и № 3 Санкт-Петербургского ГПНДС-7.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 141 странице машинописного текста, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя, включающего 155 источников (132 отечественных, 23 иностранных), приложения. Работа содержит 19 таблиц, 5 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность темы диссертационного исследования, определяется цель, задачи, гипотеза, предмет и объект исследования, раскрываются научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, сформулированы основные научные положения, выносимые на защиту.

Первая глава «Научные представления о формировании и развитии психики в онтогенезе» посвящена рассмотрению концепций, составляющих теоретический базис диссертационного исследования. Анализируются закономерности формирования и развития личности с позиций культурно-исторической психологии, как процесс интериоризации средств культуры. Анализируются особенности личности больного шизофренией. Личность рассматривается как субъект переживания при шизофрении. Проводится реконструкция социокультурных трансформаций в России, обосновывается выделение этапов социокультурной динамики, анализируются психологические аспекты социокультурной динамики и их возможное влияние на формирующуюся личность человека. Проводится клинико-психологический анализ картины дебюта шизофрении в связи социокультурными явлениями. В психологическом аспекте влияния на формирование личности в социокультурной динамике выделяются этапы, отличающиеся по формам организации социальных отношений и декларируемым ценностям общества. Проанализированы психопатологические особенности шизофрении при её манифестации. Рассмотрено «эндогенное» и «психогенное» в клинической картине дебюта шизофрении. Исследованы психопатологические феномены при шизофрении с позиций культурно-исторической психологии.

В параграфе 1.1. «Развитие психики человека в онтогенезе в свете культурно-исторической психологии» анализируется концепция формирования личности в рамках культурно-исторической психологии. Рассматриваются понятия культура, социокультурная ситуация, социокультурная динамика. Выделяются психические новообразования, которые усваиваются ребенком к школьному возрасту. Показана важность дошкольного периода в формировании личности ребенка. Рассматриваются основные психологические понятия, описывающие человека в различных аспектах: индивид, личность, индивидуальность, раскрывается значение данных понятий, а также условия и границы их применения. Эти понятия анализируются в связи с условиями формирования и развития психики, поскольку в изменяющихся условиях жизни, в первую очередь смысловые ориентации личности претерпевают существенные изменения. Анализируются условия смыслообразования у ребенка, формирующие специфику мировоззрения, мировосприятия, смысловых ориентаций личности. Рассмотрены различные подходы к анализу смысловой сферы личности в норме и при патологии (Леонтьев Д.А., 2003; Сорокин П., 1992; Кравченко А.И., 2003;

Малиновский Б., 2004; Желдоченко Т.Б., 2010; Слободчиков В.И., Исаев Е.И., 1995; Братусь Б.С., Зейгарник Б.В., 1980; Гиляровский В.А., 1954; Корсаков С.С., 2002; Бахтин М.М., 1979 и др.). Показана роль культуры в процессе формирования личности. Обсуждаются особенности процесса интериоризации в связи с социокультурным фоном. Даны представления об изменении личности у больного шизофренией (Зейгарник Б.В., 1986; Кемпинский А., 1998; Фуко М., 2010; Гиляровский В.А., 1954; Корсаков С.С., 2003 и др.). Освещаются принципы обоснования и возможности разработанных в психологической науке концепций (индивид, индивидуальность, личность) в диагностике и интерпретации патопсихологических феноменов при шизофрении.

В наиболее общем виде психический онтогенез описывается в научной литературе как процесс индивидуального развития, который длится на протяжении всей жизни и включает в себя анатомические, физиологические и психологические изменения, происходящие с человеком. Ранний этап онтогенеза представляет собой период интенсивного психического развития ребенка. Методологическими основаниями современных теорий психического онтогенеза являются разработки отечественных психологов: культурно-историческая теория высших психических функций человека Л.С. Выготского, его представления о зоне ближайшего развития, теория деятельности А.Н. Леонтьева, теория поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина.

В параграфе 1.2 «Психологические аспекты социокультурных преобразований в Новейшей истории России и патоморфоз клинической картины психического расстройства» дан обзор политических, экономических, социальных процессов в нашей стране в период с 1972 по 2000-е годы. Анализируются данные социологов, культурологов, экономистов, историков, журналистов, характеризующие различные аспекты проводимых в России реформ (Гурко Т.А., 2009; Парфёнов Л.Г., 2010; Кара-Мурза С.Г., 2013; Гайдар Е.Т., 2010; Мальцева В., 2011 и др.). Этот анализ дополняется данными эпидемиологических исследований состояния психического здоровья граждан (Александровский Ю.А., 1995). Анализ психологических аспектов социальных преобразований позволил выделить три различимых периода:

1. Социалистический – период относительной социокультурной и экономической стабильности, моноидеологии и закрытости общества.
2. Переходный – период политической, экономической, социокультурной дестабилизации.
3. Рыночный – период тотальной неопределенности в условиях нарождающейся идеологии потребления.

Проанализировано значение событий различных периодов на формирование личности. Обсуждается возможное значение нового образа жизни, развитие мультимедийной среды, новых форм игры и коммуникации, проведения свободного времени на процессы формирования психики современного человека.

Теоретические предположения иллюстрируются представленными в научной литературе результатами исследований различных групп молодёжи, как лиц с психическими расстройствами, так и здоровых. В данных исследованиях установлены особенности смысловых ориентаций, мировосприятия, мировоззрения, содержания внутриличностных переживаний представителей молодого поколения (Прихожан А.М., Толстых Н.Н., 2011; Головина А.Г., 2011; Алёхин А.Н., Осташева Е.И., 2013; Алёхин А.Н., Королёва Н.Н., 2013; Распономарёва О.В., 2002; Горшков М.К., Шереги Ф.Э., 2010; и др.) Показаны феномены психогенного патоморфоза психических расстройств в связи с социокультурными условиями, к которым можно отнести особенности структуры и содержание бредовых идей больных шизофренией при дебюте.

В параграфе 1.3 «Психологические аспекты патоморфоза клинической картины психического заболевания» анализируются классические и современные работы по психопатологии и патопсихологии, посвящённые психопатологическим явлениям дебюта шизофрении (Корсаков С.С., 2003; Гиляровский В.А., 1954; Короленко Ц.П., 1975; Смулевич А.Б., 1978; Фирт К., 2005; Цуцульковская М.Я., 2007; Самохвалов В.И., Гильбурд О.А., 2011). Рассматриваются описанные в специальной литературе данные, раскрывающие содержание болезненных переживаний. Анализируются специфические особенности бредовых фабул и их интерпретация с различных методических позиций (Пашковский В.Э., 2006; Логутенко Р.М., 2014; Морозов В.М., 1975; Рыбальский М.И., 1993; Самохвалов В.П., 1988; Корнетов А.Н., 1990; Гильбурд О.А. 2011 и др.).

Показаны различные взгляды психопатологов на значение психогенного фактора при шизофрении (Блейлер И., 1920; Краснушкин Е.К., 1960; Корсаков С.С., 2003; Гиляровский В.А., 1954; Снежневский А.В., 1973; Смулевич А.Б., 1965; Царук Т.П., 1999). Рассматриваются особенности развития шизофрении под действием психотравмирующих ситуаций или как результата затяжного реактивного психоза (Морозов Г.В., 1975; Герасимов С.В., 1969) или вследствие массивной психотравматизации в преморбидном периоде, которые наблюдались чаще, у здоровых (Horan W.P., Ventura J., Nuechterlein K.H., Subotnik K.L., 2005). Психогении анализировались как фактор, способный ускорить наступление дефектного состояния (Царук Т.П., 1999; Нгуен Д.З., 1976). Рассматривались вариации психогенных факторов (Шамилович А.А., 2009), способных влиять на клиническую картину шизофрении. При этом, исследований психогенного в содержании психопатологических феноменов в доступной нам научной литературе мы не встретили.

Во второй главе «Организация и методы исследования» описываются характеристики групп больных, включённых в соответствующие выборки исследования, приводятся данные о клинических базах диссертационного исследования и используемые для полученных анализа результатов методы.

В параграфе 2.1 «Психологический анализ социально-экономических преобразований в Новейшей истории России и обоснование их периодизации» представлена разработанная в исследовании периодизация социокультурных преобразований в стране и её психологическое обоснование.

В параграфе 2.2 «Формирование групп больных в соответствии с периодизацией условий их психического развития» представлены данные о базах исследования. Работа проводилась на базе стационара психиатрической больницы ПФ ГБУЗ СК «Кисловодской психиатрической больницы» и дневных стационаров № 2 и № 3 Санкт-Петербургского ГПНДС-7.

По результатам сравнительного анализа социокультурных условий, в которых осуществлялось формирование личности больных, группы были сформированы так, чтобы дошкольный и младший школьный возраст их приходились на выделенные периоды социокультурной динамики в обществе. То есть, больные включались в группы так, чтобы сенситивные периоды формирования личности приходились на указанные социокультурные этапы:

1. Рожденные в 1972-1979гг., критический возраст развития этих пациентов приходится на социалистический период – с 1979г. по 1986г. – период интенсивного идеологического воздействия государства, единых стандартов социализации, нормативной системы декларируемых ценностей.
2. Рожденные с 1982г. по 1984г., критический период развития этих больных совпал с переходным этапом (1989-1991гг.) – периодом идеологического кризиса и девальвации норм и ценностей социального уклада жизни. В психологическом аспекте – это период тотальной неопределенности и деклараций возможных путей развития общества.
3. Условия формирования третьего исследуемого поколения больных (1989-1994 г. р.) характеризовались становлением «рыночной» экономики и относительной стабильностью социально-экономической ситуации (критический возраст развития приходится на 1996-2001гг.). Тогда личная предприимчивость, индивидуальные достижения, стремление к материальному благополучию артикулировались в качестве новых ценностей общественного прогресса. Тогда же открылись возможности взаимопроникновения культур, обеспечивающих сосуществование множества идеологических систем, разнородность и интенсивность информационно-коммуникативных потоков, виртуализацию социальных отношений.

При включении больных в выборки учитывались следующие критерии:

1. Диагноз – шизофрения параноидного типа, с ведущими галлюцинаторно-параноидным, галлюцинаторно-бредовым и параноидным синдромами;
2. Пациенты переживающие первый эпизод заболевания или с длительностью заболевания, не превышающей год с момента первого психотического эпизода;
3. Полнота описаний клинических случаев в историях болезней: наличие анамнестических сведений о больном, об особенностях его поведения до

поступления, отражающих социальную, когнитивную и поведенческую сферы функционирования личности больных; особенности поведения при госпитализации; особенности взаимодействия с медицинским персоналом во время нахождения в стационарном отделении; катamnестические сведения после начала лечения.

Были изучены более 200 историй болезней больных параноидной формой шизофрении при первичном обращении и / или первичной госпитализации. Из них в исследование, в соответствии со сформулированными критериями, были включены 117 историй болезней. Возраст всех больных не превышал 25 лет. Из 117 больных шизофренией, медицинская документация которых являлась предметом анализа, 52 были женского и 65 мужского пола. По ведущим синдромам больные были распределены следующим образом (табл. 1):

Таблица 1. Ведущие синдромы у испытуемых пациентов с шизофренией параноидного типа

Группа	Общее количество	Ведущий синдром		
		Галлюцинаторно-параноидный	Галлюцинаторно-бредовый	Параноидный
1-я	39	15	11	13
2-я	39	14	12	13
3-я	39	14	14	11

Анализировались описания анамнеза, дневниковые записи врачей психиатров в историях болезней, амбулаторные карты, при наличии – записи самих больных, среди которых встречались их письма, дневниковые записи, сочинения, предоставляющие сведения о катamnезе. Анализ материалов проводился с акцентом на выделение особенностей развития пациентов в аспектах социальной, поведенческой, когнитивной сфер функционирования.

В соответствии с исходной гипотезой исследования специальному анализу подвергались содержательные аспекты продуктивной психопатологической симптоматики. Определялись доминирующие идеи в содержании бредовой фабулы, фигуры, включённые в бред, их отношения между собой, описания конкретных действий больных. В сведениях анамнеза особое внимание уделялось таким характеристикам, как: успешность в учёбе, работе, интересы, отношения с социальным окружением, отношение к представителям своего и противоположного пола, социальная активность.

Параграф 2.3 «Методика клинико-психологического анализа данных об особенностях личности больных в преморбидном периоде». Исследование особенностей преморбидного периода бредовых переживаний больных проводилось методом количественно-качественного контент-анализа. В соответствии с предложенной Р. Йином схемой «исследовательского дизайна» (Йин Р., 2003), были сформулированы исследовательские вопросы, выделены единицы анализа, при наличии сходных феноменов у разных больных определены формы количественной связи между ними посредством выделения

долей выборок. Здесь приводится фрагмент истории болезни одного пациента и описана методика количественно-качественного контент-анализа этого случая.

Анализ вероятности нулевой гипотезы для выдвигаемых гипотез осуществлялся с помощью углового преобразования Р. Фишера для оценки различий между долями установленных признаков и сопоставления выборок по частоте встречаемости изучаемого признака (Гублер Е.В., 1978).

В параграфе 2.4 «Клинико-психологический анализ бредовых суждений» представлен вариант использования структурно-семиотического метода исследования текста, предложенного В.Я. Проппом и реализованного им при анализе волшебных сказок в работе «Морфология волшебной сказки» (Пропп В.Я., 2001). Были обозначены персонажи бреда, функции, которые они выполняют, аргументации больных в отношении воздействия, стратегии противодействия. Выделенные персонажи группировались на основании контекстуальной связи или, при отсутствии такой связи, рассматривались отдельно. В тексте диссертации приводится иллюстрация проведенного структурного анализа единичного случая бреда. Представлены структурное и графическое изображение анализируемых элементов бредовой фабулы.

В параграфе 2.5 «Методики анализа социокультурных детерминант особенностей бредообразования» представлены данные об анализе выявленных социокультурных знаков в бредовых идеях больных шизофренией разных поколений.

В третьей главе «Социокультурные аспекты психотических переживаний при манифестации шизофрении» описываются полученные в результате проведенного исследования данные.

В параграфе 3.1 «Социально-психологические характеристики больных в преморбидном периоде» представлены социально-психологические характеристики больных разных поколений в преморбидном периоде, приводятся результаты сравнительного анализа частот встречаемости таких характеристик, как: общительность/замкнутость, наличие/отсутствие друзей или друга, социальная активность/социальная пассивность в сведениях об анамнезе (рис.1).

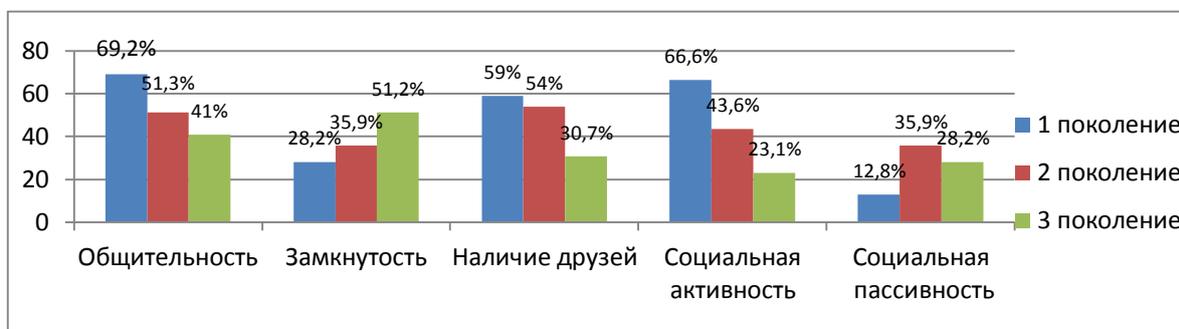


Рисунок 1. Сравнение социально-психологических характеристик трех поколений больных шизофренией в преморбиде

Достоверность различий в распределении социальных характеристик до начала заболевания у трех изучаемых поколений больных определялась с

помощью метода углового преобразования Фишера. Полученные данные свидетельствуют о том, что характеристики социального поведения пациентов до манифестации болезни различаются у разных поколений больных. Такие черты, как «социальная активность» и «социальная пассивность» у больных первого поколения отмечаются значительно чаще ($p < 0,05$; $p < 0,01$), чем у больных второго поколения. Между больными второго и третьего поколений также установлены статистически значимые различия по таким характеристикам, как: «наличие друзей» ($p < 0,05$), «социальная активность» ($p < 0,05$). При сравнении первого и третьего поколений значимые различия выявлены по следующим характеристикам личности: «общительность» ($p < 0,01$), «замкнутость» ($p < 0,01$), «наличие друзей» ($p < 0,01$), «социальная активность» ($p < 0,01$) и «социальная пассивность» ($p < 0,05$).

Больные первого поколения чаще описывались как общительные (69,2%), поддерживающие дружеские отношения (59%), активные в социальном плане (66,6%). Больные второго поколения реже характеризуются как социально активные (43,6%), общительные (51,3%), имеющие друзей (54%). Такие же характеристики типичны и для больных третьего поколения.

Больные третьего поколения значительно чаще характеризуются как малообщительные, ($p < 0,01$), не имеющие друзей ($p < 0,01$), не проявляющие социальной активности ($p < 0,01$). Их существенно чаще описывают, как замкнутых, избегающих дружеских отношений и проявлений социальной активности людей.

Таким образом, сравнение преморбидных характеристик личности больных трёх разных поколений показывает, что по мере изменений в обществе, совпадающих по времени с сенситивными периодами развития личности, изменяется и социальное поведение больных (от первого поколения ко второму ($p < 0,05$) и от второго к третьему ($p < 0,05$)).

В параграфе 3.2 «Клинико-психологический анализ содержания бреда» представлены результаты анализа элементов бреда, представлений больных об оказываемом на них воздействии. Такое чувство открытости больного для внешних воздействий и переживание таких воздействий, как правило, составляет основное содержание параноидного бреда. Приводятся результаты частотного анализа таких аспектов бреда, как: наличие или отсутствие центрального персонажа, его идентификация больным, наличие или отсутствие нескольких персонажей, связь между ними в структуре фабулы бреда или отсутствие ее, связность и несвязность элементов в фабуле. В фабулах также анализировались сюжетные линии, представляющие собой разнообразные формы означивания больными своих переживаний, это и упоминание воздействующего персонажа (одного или нескольких), и оценочные суждения больных о персонажах, и объяснения происходящего, стратегии и направленность поведения противодействия и т. д.

В параграфе 3.2.1 «Персонажи бреда» представлены, выявленные в исследовании состав и частоты встречаемости центральных воздействующих на

больных фигур (рис. 2) В фабулах бреда больных первого поколения чаще других главной воздействующей фигурой выступают: вышестоящие мифологические фигуры; вышестоящие реальные фигуры; защитники закона.

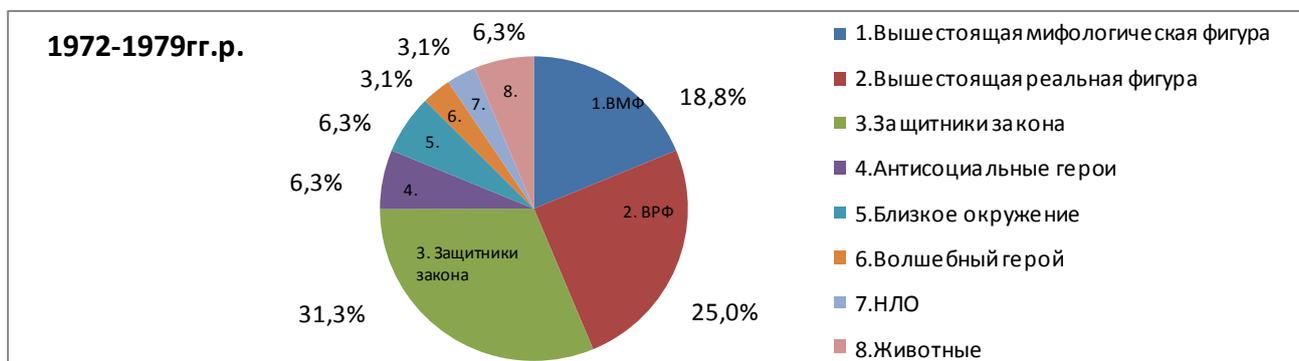


Рисунок 2. Персонажи бредовой фабулы у больных первого поколения

У представителей второго поколения (рис. 3) в фабулах бреда распределение и состав главных воздействующих персонажей несколько иные: вышестоящие мифологические фигуры (13,1%); вышестоящие реальные фигуры (8,7%); защитники закона (17,4%); представители внеземной цивилизации (4,3%); волшебные герои (13,1%); антисоциальные герои (30,4%); животные (4,3%); близкое окружение (8,7%).

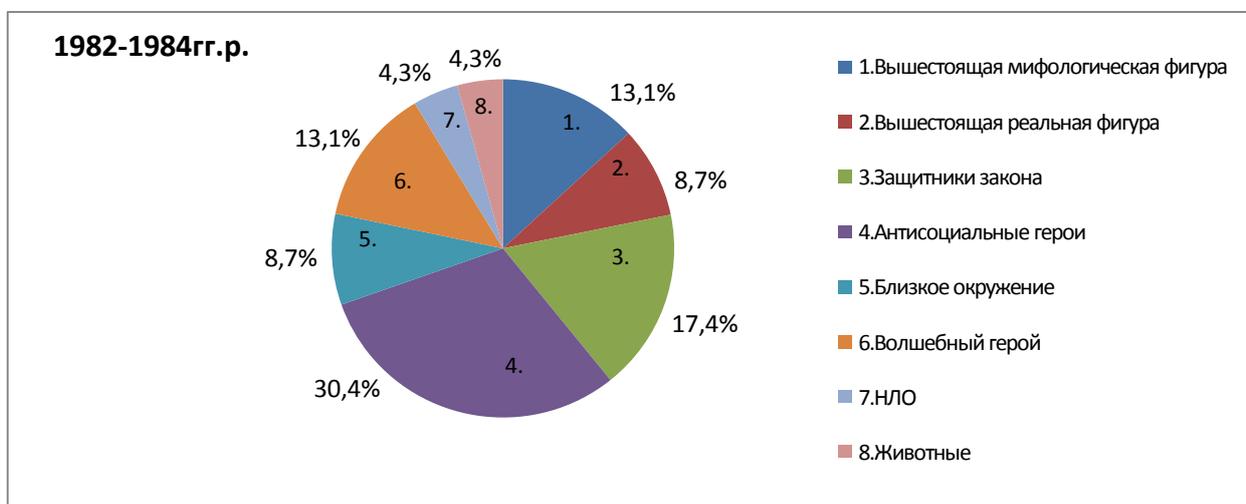


Рисунок 3. Персонажи бредовой фабулы у больных второго поколения

В бредовых фабулах третьего поколения больных (рис. 4) представленность главных воздействующих персонажей значительно отличается: исчезают «вышестоящие реальные фигуры» (начальник, ученый и др.), реже встречаются вышестоящие мифологические фигуры (11,8%); ещё реже фигуры «защитников

закона» (17,6%) (в старшем поколении больных - 31,3%).

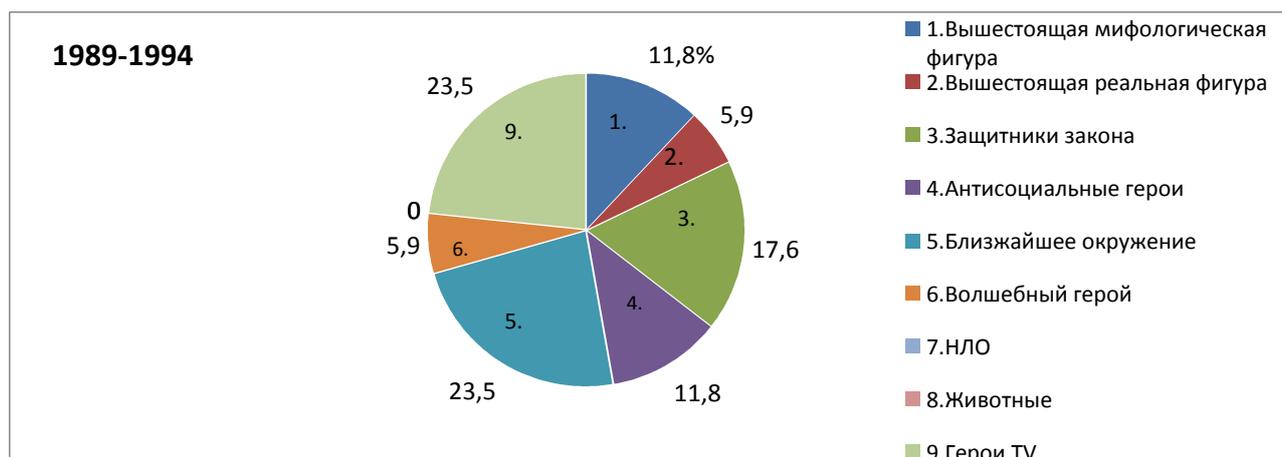


Рисунок 4. Персонажи бредовой фабулы у больных третьего поколения

Статистически значимых различий между частотой встречаемости персонажей в бредовой продукции исследованных больных не установлено, однако, в третьем поколении больных такие персонажи, как: животные и представители внеземной цивилизации практически не встречаются. Зато учащается представленность фигур близкого окружения (23,5%), тогда как в бреде больных первого поколения они представлены значительно реже (6,3%). Характерной особенностью содержания бреда больных третьего поколения оказывается вовлечение в бред героев телепередач, их частота достигает 23,5%. В то время, как вышестоящие реальные фигуры встречаются гораздо реже (25% в первом поколении, 5,9% в третьем), также, как и защитники закона (31,3% и 17,6%, соответственно).

В параграфе 3.2.2 «Причинно-следственные суждения больных» представлены выявленные аргументации больных в рамках бредовых фабул. Во всех случаях бреда объяснение больными причин своего положения преследуемого сводилось либо к духовным, моральным прегрешениям, либо обстоятельствам, связанным с «особым значением» личности больного (табл.2).

Таблица 2. Сравнение показателей аргументации пациентов в отношении причин воздействия на них у трех поколений

Характеристики	Первое поколение		Второе поколение		Третье поколение		Значение критерия $\Phi_{эмп}$	Вероятность нулевой гипотезы
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Не объясняет	19	48,7	23	59	30	76,9	2,623	1/3 – $p < 0,05$
Наличие аргументации	20	51,3	16	41	9	23,1	1,709 2,623	2/3 – $p < 0,05$ 1/3 – 0,01
Духовные	5	25	2	12,5	2	22,2	-	-
Моральные	8	40	3	18,8	1	11,1	1,719	1/3 – $p < 0,05$
Случайные	3	15	4	25	3	33,3	-	-
Идеи особого значения	4	20	7	43,7	3	33,3	-	-

Сравнение бреда больных разных поколений по такому признаку, как «наличие аргументации причин воздействия» позволило установить

статистически значимые различия (между вторым и третьим поколением ($p < 0,05$), первым и третьим поколениями ($p < 0,05$) больных).

Моральные суждения в бреде больных первого поколения были представлены наиболее часто, особенно по сравнению с бредом больных третьего поколения ($p < 0,05$).

Параграф 3.2.3 «Способы противодействия персонажам бреда». В большинстве случаев представители первого поколения проблематизировали собственные стратегии противодействия персонажам бреда и оказываемому ими воздействию (79,5%). Эти стратегии всегда предполагали собственную активность, будь то действия или обращение за помощью к близким, защитникам закона (табл.3). Доминирующий в условиях их психического развития принцип коллективизма и декларации справедливости находили своё отражение в детерминантах болезненного переживания, когда обращение за помощью к защитникам закона или лицам из ближайшего окружения полагалось наиболее адекватным выходом из сложившейся ситуации.

Таблица 3. Стратегии противодействия больных в бредовых фабулах

Характеристики	Первое поколение		Второе поколение		Третье поколение		Значение критерия $\Phi_{эмп}$	Вероятность нулевой гипотезы
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Наличие стратегии	31	79,5	19	48,7	11	28,2	2,901 1,877 4,778	1/2 – $p < 0,01$ 2/3 – $p < 0,05$ 1/3 – $p < 0,01$
Самостоятельное противодействие	7	22,6	11	57,9	8	72,7	2,533 2,536	1/2 – $p < 0,01$ 2/3 – $p < 0,05$
Обращение за помощью	24	77,4	8	42,1	3	27,3	2,995	1/2 – $p < 0,01$

По особенностям стратегий противодействия выявлены статистически-значимые различия для всех поколений больных. Общая представленность их достоверно снижается от первого к третьему поколению ($p < 0,01$). Тогда как противодействие больных первого поколения предполагает обращение за помощью к другим людям (в сравнении со вторым ($p < 0,01$) поколением), больные второго поколения чаще рассчитывают только на себя ($p < 0,05$), и это особенно характерно для больных третьего ($p < 0,01$) поколения в сравнении с первым. Больные третьего поколения, формирование личности которых пришлось на этап стабилизации рыночных ценностей и отношений в обществе, реже проблематизируют стратегии сопротивления воздействию, такие стратегии выявляются лишь в 28,2% случаев наблюдения. Чаще всего эти больные оказываются наблюдателями переживаемых в болезни коллизий. В подавляющем большинстве наблюдений эти больные уповают на присущие им сверхспособности, обеспечивающие выполнение особой миссии.

В параграфе 3.2.4 «Связность элементов бреда» представлены результаты структурного анализа бредовых фабул. Связность элементов бреда оценивалась по таким признакам, как: идентификация главного

воздействующего персонажа, а при наличии нескольких персонажей – наличие отношений между ними в тематической связи с действиями, ими производимыми, проблематизация причин ощущаемого воздействия, проблематизация стратегии противодействия преследованию.

В системе этих признаков бред больных первого поколения явно отличим от бреда более младших поколений. Такой бред более тяготеет к систематичности, в нём усматривается некий, пусть и фантастический, сюжет. Более того, на первых этапах развития бред может иметь и психологически понятную динамику. В большинстве рассмотренных случаев (82%) персонажи бреда отчётливо идентифицированы, они взаимодействуют между собой, причём в бреде наличествуют причинно-следственные суждения о таком взаимодействии, стратегий поведения больных аргументируются ими (табл. 4).

Таблица 4. Сравнительная характеристика связности элементов бредовых фабул у трех поколений больных

Характеристики	Первое поколение	Второе поколение	Третье поколение	Значение критерия $\Phi_{эмп}$	Вероятность нулевой гипотезы
	Доля выборки (%)	Доля выборки (%)	Доля выборки (%)		
Наличие центрального идентифицированного персонажа	82	58,9	43,6	2,279 3,648	1/2 – $p < 0,05$ 1/3 – $p < 0,01$
Несколько связанных персонажей	51,3	43,6	28,2	2,106	1/2 – $p < 0,05$
Несколько несвязанных персонажей ($n > 4$)	10,2	33,3	36	2,548 2,791	1/2 – $p < 0,01$ 1/3 – $p < 0,01$
Связанность элементов фабулы ($n < 4$)	74,3	59	23,1	3,307 4,76	2/3 – $p < 0,01$ 1/3 – $p < 0,01$
Не связанность элементов фабулы ($n > 4$)	25,7	41	76,9	4,76	1/3 – $p < 0,01$

Анализ представленности анализируемых в этой части исследования характеристик бреда позволил установить статистически-значимые различия степени организованности бредовой продукции больных первого и второго поколения («наличие центрального воздействующего персонажа» ($p < 0,05$); более четырех несвязанных контекстуально воздействующих фигур в фабулах бреда ($p < 0,01$). Связность элементов бреда достоверно ниже в фабулах больных третьего поколения в сравнении с фабулой больных первого ($p < 0,01$) и второго ($p < 0,01$) поколений. При статистическом анализе связности элементов бреда в фабулах статистически значимые различия для больных первого и третьего поколений установлены по всем анализируемым категориям. И наличие центрального воздействующего персонажа ($p < 0,01$), и наличие связанных одним контекстом персонажей ($p < 0,05$), и связность элементов бредовой фабулы ($p < 0,01$) наиболее явны в бреде больных первого поколения. Для бреда больных третьего поколения более характерны: наличие более четырех несвязанных контекстуально персонажей ($p < 0,01$), несвязность элементов бредовой фабулы ($p < 0,01$).

В параграфе 3.2.5 «Структура бредовой фабулы» представлены результаты анализа действий персонажей бреда в качестве самостоятельных

элементов бредовой фабулы. Приведены отрывки из историй болезней. Полученные результаты исследования показали, что бредовые суждения больных шизофренией имеют своеобразные паралогические связи, которые формируют структуру бреда. В такой структуре различимы: 1) персонажи и их отношения 2) интеракции между персонажами и самим больным; 3) направленность и специфика этих интеракций. На рисунках 5, 6, 7 представлены схематические иллюстрации анализируемых структур бреда трех изученных поколений больных.

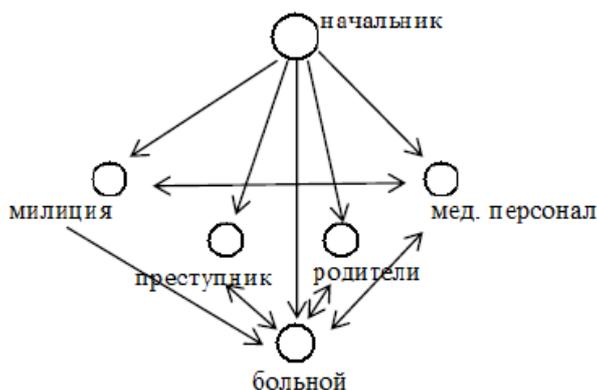


Рисунок 5. Структура бредовой фабулы у представителя первого изучаемого поколения

В этой структуре бреда (рис.5) отчетливо проявляется иерархическая система отношений персонажей бреда, все они существуют в едином контексте, их действия подчинены целям, которые определены и аргументированы. Такая структура бреда наиболее характерна для больных первого поколения.

Главным воздействующим персонажем выступает начальник – вышестоящая реальная фигура, имеющий фактическую власть над больным и всеми персонажами в силу своего социального статуса, и он осуществляет управление всеми событиями, происходящими с больным в его болезненных переживаниях.

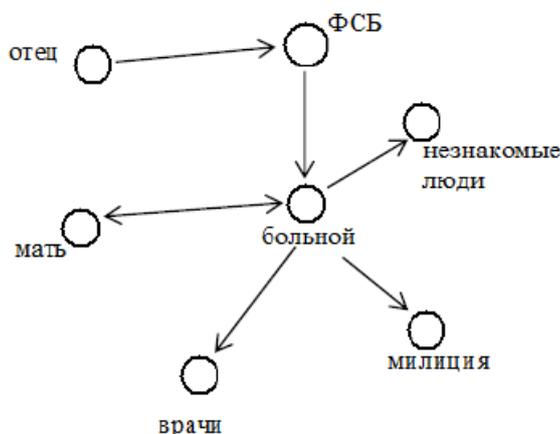


Рисунок 6. Структура бредовой фабулы у представителя второго изучаемого поколения больных

Во втором примере (рис.6) герои бредовой фабулы практически автономны, их ничего не объединяет, нет единого контекста их включённости, больной не

аргументирует причин их действий (почему его держали в плену, почему мать решила его отравить). При этом, воздействующие фигуры, тем не менее, идентифицированы, и наличествует желание противодействия (заявление в милицию).

В структуре бреда больных третьего поколения какой-либо иерархии в отношениях персонажей не выявляется, как не выявляется и аргументация для большинства действий и высказываний этих персонажей (рис.7).

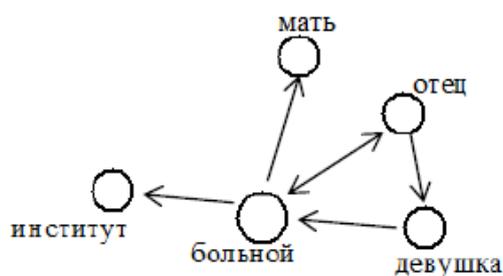


Рисунок 7. Структура бредовой фабулы у представителя третьего изучаемого поколения

Элементы бредовой фабулы не взаимодействуют между собой и не объединены контекстуально. Больной не может объяснить, почему решил уйти из института, зачем осуществлял поджоги, происхождение идеи отсутствия родства с матерью.

Таким образом, установлено различие структуры бредовых фабул в трех поколениях больных. Для первого поколения больных характерно дискурсивное строение бреда, содержащее представления о системе иерархических отношений и своём месте в этой системе. Это менее характерно для сюжета болезненных переживаний больных второго поколения и не выявляется у третьего поколения больных. Содержание психопатологической структуры бреда у первого поколения больных имеет тенденцию к системной организации, в то время как в бреде больных третьего поколения нет такой тенденции.

В параграфе 3.3 «Патогенные и социогенные аспекты содержания болезненных переживаний при дебюте эндогенного психоза» рассмотрены данные об изменениях симптомов шизофрении в инициальный и манифестный период болезни. Анализируются полученные в результате исследования данные, свидетельствующие о том, что особенности психического развития личности определяются в содержании болезненных переживаний. Более того, эти особенности соответствуют организованностям той социокультурной ситуации развития, на который пришлось сенситивные периоды формирования личности в преморбидном периоде.

Содержание бреда больных шизофренией, воспитывающихся в разные периоды времени, различимо по своей структуре. Эта структура бреда несёт в себе следы культурно-исторических условий, в которых происходило

формирование личности конкретного больного. Она может быть представлена иерархической системой, как это характерно для больных, воспитывающихся в условиях подобной организации социальных отношений. Но может и вовсе не иметь связности, будучи составленной из отдельных элементов. Такая структура чаще выявляется у больных, психическое развитие которых пришлось на период упрочения рыночной идеологии и определяемых её социальных отношений.

Таким образом, результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, что при клинико-психологическом анализе психопатологической продукции больных шизофренией можно выявить черты, обусловленные социокультурной ситуацией развития личности. То есть, наряду с клиническим – эндогенно детерминированным явлением патоморфоза клинической картины заболевания, можно рассматривать и социогенные детерминанты такого патоморфоза. При этом патологические процессы, обусловленные биологическими механизмами, вовлекают в себя и отчасти оформляются теми психологическими отношениями, которые характеризуют сформировавшуюся в конкретных исторических условиях личность.

С такой точки зрения можно анализировать раздробленность элементов бредовой фабулы у современных больных, которая, как констатируют клиницисты, определяет феномены неполной систематизации интерпретативного бреда, редукцию вариантов галлюцинаторно-бредового синдрома, стертость симптоматики у современных больных с параноидной шизофренией.

В **Заключении** подводятся итоги проведенного исследования, формулируются выводы по особенностям бредообразования в связи с условиями формирования личности в онтогенезе.

ВЫВОДЫ

1. По результатам анализа изменений социально-психологических условий психического развития человека в онтогенезе выявлены различия в системе психологических отношений, мировоззрения, мировосприятия, ценностных ориентаций россиян, формирование и развитие личности которых проходили на разных этапах социокультурных преобразований в Новейшей истории России.

2. Изучение научной литературы, посвященной социальным, культурным, экономическим, политическим событиям изучаемого периода, социокультурной динамике Новейшей истории России позволили выделить различимые в психологическом аспекте этапы, представляющие разные условия, в которых происходило формирование и раннее развитие личности людей разных поколений. Выделенные качественные отличия этих этапов отражаются в особенностях мировоззрения, мировосприятия, ценностных и смысловых ориентациях людей разных поколений.

3. Анализ клинико-психологических признаков в содержании психопатологических феноменов дебюта шизофрении, содержание этих феноменов, поведение больных при дебюте шизофрении претерпели существенные изменения в сравнении с традиционными описаниями.

4. Полученные данные свидетельствуют о том, что бредовые фабулы у больных шизофренией трех поколений, формирование и развитие личности которых проходило в условиях выделенных периодов, имеют различную структуру и содержание, а социокультурные условия формирования и развития личности до 7-8 лет транслируются в содержательном аспекте бредовых фабул больных шизофренией, главным образом, формируя их структуру.

5. Содержание бредовых идей больных первого поколения, развитие которых осуществлялось в условиях, детерминированных идеологией норм социального поведения, характеризуется целостной структурой иерархического типа.

6. Во втором поколении больных целостность структуры бреда частично сохраняется, однако иерархичность отношений персонажей бреда становится менее определённой.

7. В третьем поколении больных отсутствует иерархическая характеристика структуры бреда, выявляется тенденция к отдельным сюжетным линиям в бредовых фабулах без их контекстуальной связи. Воздействующие на больных третьего поколения фигуры редко олицетворяются с конкретными персонажами.

8. Отмеченные тенденции: разрушение иерархической системы фабулы бредового переживания, трудности идентификации персонажей бредового переживания, способы объяснения причин преследования в патологической продукции современных больных проявляются наиболее полно. И это соответствует характеристике условий их психического развития в раннем возрасте.

9. Таким образом, в патоморфозе клинической картины шизофрении следует различать факторы биологической природы и факторы условий психического развития, психологические факторы социокультурной ситуации развития, заключающиеся в содержании и структуре бредообразования у больных.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Литвиненко, О. А. Влияние социокультурных изменений в обществе на стигматизацию психических болезней / О. А. Литвиненко // Известия Российского государственного педагогического университета имени А. И. Герцена, 2012. – № 153 (1): – С. 211-217. (0,54 п.л.).
2. Литвиненко, О. А. Ценностно-смысловые ориентации подростков в различные периоды Новейшей истории / О.А. Литвиненко, А. Н. Алёхин, Н.Н. Королева // Вестник психотерапии. 2013. – №47 (52). –С. 98-117. (0,74 п.л.).
3. Литвиненко, О. А. Психологические аспекты клинического патоморфоза психотических переживаний / О. А. Литвиненко, А. Н. Алёхин // Вестник психотерапии. – 2013. – №48 (53). – С. 57-67. (0,7п.л.)

4. Литвиненко, О. А. Проблема идентичности: онтогенетические и клиничко-психологические аспекты / О. А. Литвиненко, А. Н. Алёхин // Вестник психотерапии. 2014. – №49 (54) (январь). – С. 59-78. (0,74п.л.).
5. Литвиненко, О.А., Биологические и социальные предпосылки фабулы бреда при шизофрении / О.А. Литвиненко, А.Н. Алёхин, И.А. Горьковская, В.И. Рождественский // Ученые записки университета имени П.Ф.Лесгафта. 2014. - №11 (117) (декабрь). – С.185-191.
6. Литвиненко, О. А. Самоотношение психически здоровых людей и лиц, больных шизофренией: критерии различия / О.А. Литвиненко // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход: Сборник материалов конференции. – Курск: КГМУ, 2011. – 412с. – С. – 216-221. (0,7п.л.).
7. Литвиненко, О. А. Формирование эффективного самоотношения у психически больных в связи с социально-психологической поддержкой семьи / О.А. Литвиненко // Социально-психологические проблемы современной семьи и воспитания. (М-лы Международной науч.-практич. конференции). – М.: Изд-во «Свято-Сергиевская православная богословская академия», 2011. – 782с. – С. – 594-597. (0,45 п.л.).
8. Литвиненко, О. А. Семья в сложной жизненной ситуации. Изучение самоотношения у больных шизофренией и их родственников / О.А. Литвиненко // Международная научно-практическая конференция «Человек в сложной жизненной ситуации» / под общ. ред. Т.Д. Василенко – Курск: КГМУ, 2012. – 342с. – С. – 124-128. (07 п.л.).
9. Литвиненко, О. А. Социальная условность норм психического здоровья / О.А. Литвиненко, А.Н. Алёхин // Рецензируемый научно-методический журнал. – Киров: ВСЭИ: Педагогика. Общество. Право, 2014. – №2 (10) (май) 186 с. – С. – 64-69. (0,54п.л.).
10. Литвиненко, О. А. Психология личности в аспекте социо-культурной динамики / О.А. Литвиненко // Концепт: электронный научный журнал. – Выпуск 2. – ART 55094. –2014г. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/55094.htm>, – ISSN 2304-120X. (0,5 п.л.).
11. Литвиненко, О.А. Социо-культурные матрицы бреда / О.А. Литвиненко, А. Н. Алёхин // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2014. – №4 (27) [электронный ресурс] URL: http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2014_4_27/nomer/nomer10.php (0,52 п.л.).