

© А. В. Степанова, 2015 г.
УДК 616.895.87:612.821.017.2

А. В. Степанова

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

Под психологической адаптацией, отражающей индивидуально-личностный уровень психической регуляции, понимается системная деятельность многих психологических подсистем, активная личностная функция, обеспечивающая согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни [7]. Ряд авторов в структуре психологической адаптации выделяют три основные составляющие: копинг, психологическую защиту и внутреннюю картину болезни [9, 11], понимаемую как проявление вторичной психологической защиты. Психологическая адаптация рассматривается в качестве существенной составляющей общего процесса психической адаптации, являющейся выражением системной деятельности многих не только психологических, но и биологических подсистем [1], что позволяет человеку устанавливать оптимальные соотношения с окружающей средой и вместе с тем удовлетворять актуальные потребности индивида, не нарушая адекватного соответствия между его психическими и физиологическими характеристиками [2]. В свою очередь, психическая адаптация в значительной степени определяет социальную адаптацию, отражающую личностно-средовой уровень психической саморегуляции и понимаемую как характеристика взаимодействия индивидуума с социальным окружением [10].

Исследования психологической адаптации у больных с психическими нарушениями шизофренического спектра в последнее время направлены на комплексное изучение адаптационных механизмов: копинг-поведение и психологическая защита, а также внутренняя картина болезни (ВКБ) и тип отношения к болезни (Е. Р. Исаева, 2009; А. В. Ханько, 2014) [9, 12].

Комплексная оценка адаптационных механизмов и ресурсов пациентов является важной состав-

ляющей в планировании проводимых психокоррекционных мероприятий и имеет практический интерес для клинических психологов, психиатров и социальных работников.

Целью исследования было изучение профилей (типов) психологической адаптации к болезни у пациентов с параноидной шизофренией (F20.0 по МКБ-10) и шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 74 испытуемых, из них 31 — с диагнозом «Параноидная шизофрения» (F-20.0 по МКБ-10) и 43 — с диагнозом «Шизотипическое расстройство» (F21 по МКБ-10). Все пациенты находились на лечении в отделении биопсихосоциальной реабилитации психических больных ФГБУ НИПНИ им. В. М. Бехтерева и были сопоставимы по возрастным, половым и социально-демографическим характеристикам.

Для оценки психологической адаптации использовались психодиагностические методики:

- 1) шкала копинг-стратегий Lazarus «ОСП» [5];
- 2) индекс жизненного стиля «ИЖС» [4];
- 3) тип отношения к болезни «ТОБОЛ» [6].

В работе использованы современные методы описательной и аналитической статистики, статистическая программа «SPSS». Для анализа различий средних значений применялся критерий Стьюдента и критерий Манна — Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Было проведено изучение внутренней картины болезни отдельно в группах больных с диагнозом «Параноидная шизофрения» (группа 1) и «Шизотипические расстройства» (группа 2). Установлено, что внутренняя картина болезни (ВКБ) в группе 1 характеризовалась преобладанием интрапсихически направленных типов отношения к болезни: сенситивного ($M = 20,16 \pm 2,3$), меланхолического ($M = 13,19 \pm 2,17$), тревожного ($M = 13,03 \pm 2,31$) и ипохондрического ($M = 12,16 \pm 2,21$). Исходя из этих данных, можно предположить, что у испытуемых группы 1 наблюдаются нарушения психологической адаптации, которые определяют имеющуюся у них повышенную чувствительность к болезненным переживаниям, стремление «отказаться» от борьбы с болезнью, пассивность личностной позиции.

При изучении механизмов психологической защиты (МПЗ) оказалось, что в ее структуре ведущими являлись вытеснение ($M = 82,3 \pm 3,44$), интеллектуализация ($M = 70 \pm 4,66$), реактивные образования ($M = 69,35 \pm 5,27$). По сравнению с нормативными показателями наблюдалось снижение выраженности следующих МПЗ: отрицание ($p < 0,01$), компенсация ($p < 0,05$); и были чрезмерно выражены вы-

теснение ($p < 0,01$), проекция и интеллектуализация ($p < 0,05$).

В репертуаре копинг-поведения у пациентов группы 1 ведущими стратегиями совладания являлись самоконтроль ($M = 66,82 \pm 2,45$), поиск социальной поддержки ($M = 65,9 \pm 3,81$), принятие ответственности ($M = 63,66 \pm 4,39$). В сравнении с нормативными данными, репертуар копинг-поведения группы 1 оказался близким к нормативному.

Результаты этой части проведенного исследования отражены в табл. 1.

Исходя из полученных данных, можно отметить, что для пациентов группы 1 характерны инертность, пассивность, избегание, уход в себя, безынициативность, склонность быть зависимыми от внешнего окружения. Неслучайно у испытуемых преобладало стремление к поиску поддержки в близком социальном окружении, в медицинской сфере. Вместе с тем они стремятся к повышенному самоконтролю и утверждают, что способны брать на себя ответственность за свое психическое и физическое здоровье, стремятся контролировать окружающую среду, прилагают сознательные усилия по сохранению уверенности, самообладания, сдержанности в своих спонтанных проявлениях, хотя, по мнению ряда авторов, попытки такого самоконтроля, борьбы с продуктивной симптоматикой, как правило, приводят лишь к усилению патологических проявлений [3]. Кроме того, боязнь потерять контроль порождает у них тревожные реакции. Неслучайно преобладающей эмоцией является страх, который испытуемые неосознанно подавляют (вытесняют).

Вместе с тем следует отметить некоторое несоответствие между полученными результатами, ха-

рактеризующими отдельные составляющие психологической адаптации. С одной стороны, внутренние переживания относительно своего психического заболевания сопровождались пассивным реагированием на болезнь, отказом от борьбы, а также использованием психологических защит, для которых свойственны пассивность, избегание, уход в себя, стремление к вытеснению тревожащей информации. Испытуемые вполне уверенно сообщали об отсутствии эмоционального напряжения, однако их скрытая тревога (в некоторых случаях возбуждение) проявлялась на неконтролируемом физиологическом уровне — в двигательных неконтролируемых движениях, неусидчивости, напряженности речи, позы.

С другой стороны, особенности совладающего поведения свидетельствовали о конструктивности этих пациентов при выборе копинг-стратегий. Такое «расхождение» полученных результатов может быть объяснено известной в литературе self-теорией, согласно которой, респонденты склонны в исследованиях давать социально желательные ответы, соглашаться с утверждениями о собственном поведении, которые заведомо соответствуют общепризнанным нормам.

Таким образом, психологическая адаптация к болезни в группе 1 представлена преобладанием интрапсихически направленных типов отношения к болезни — сенситивного, меланхолического, тревожного, ипохондрического, напряженностью механизмов психологической защиты — вытеснение, интеллектуализация, реактивные образования, а также копинг-стратегий — самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности.

Внутренняя картина болезни в группе 2 характеризовалась преобладанием интрапсихически и интерпсихически направленных типов отношения к болезни: сенситивного ($M = 16,6 \pm 1,8$), ипохондрического ($M = 14,3 \pm 1,9$), тревожного ($M = 13,86 \pm 1,9$) и неврастенического ($M = 12,51 \pm 1,5$). Для пациентов группы 2 характерно дезадаптивное поведение в условиях болезни: они стесняются своего заболевания перед окружающими, проявляют реакции раздражительности в тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, могут «использовать» болезнь для достижения своих целей, фиксируются на своем состоянии, стремятся к уходу в болезнь, что ухудшает их социальную адаптацию.

Таблица 1
Средние показатели механизмов психологической защиты и копинг-поведения больных параноидной шизофренией (F20.0 по МКБ-10)

Вид психологической защиты и копинг-стратегии	Параноидная шизофрения		Норма*
	M	статистическая ошибка среднего	
Отрицание	49,35	5,38	79
Вытеснение	82,3	3,44	63
Регрессия	68,39	5,44	70
Компенсация	53,19	5,50	78
Проекция	61,35	5,21	46
Замещение	58,10	5,50	65
Интеллектуализация	70,0	4,66	59
Реактивные образования	69,35	5,27	61
Конфронтация	54,46	3,43	50,67
Дистанцирование	55,62	3,29	49,36
Самоконтроль	66,82	2,45	63,68
Поиск социальной поддержки	65,9	3,81	62,82
Принятие ответственности	63,66	4,39	62,89
Бегство-избегание	56,15	3,26	45,17
Планирование решения проблемы	63,45	4,11	67,83
Положительная переоценка	54,75	3,47	56,09

* — здесь и далее нормативные данные взяты из диссертационного исследования Е. Р. Исаевой [9].

В структуре психологической защиты напряженность большинства защит была ниже нормативных значений. Ведущими МПЗ являлись вытеснение ($M=69,6\pm4,5$), регрессия ($M=64,79\pm4,72$). В репертуаре копинг-поведения ведущими стратегиями были принятие ответственности ($M=69,31\pm3,22$), поиск социальной поддержки ($M=66,35\pm3,43$), самоконтроль ($M=64,04\pm2,27$). Результаты этой части работы приведены в табл. 2.

Как видно из данных табл. 2, у пациентов группы 2 значительно сниженной (по сравнению с нормативными данными) оказалась психологическая защита «компенсация» ($p<0,05$) и чрезмерно выраженной «вытеснение» ($p<0,03$), что, по данным многих авторов, характерно для эндогенных больных [8].

Таким образом, для больных группы 2 характерен следующий профиль психологической адаптации: преобладание интрапсихически и интерпсихически направленных типов реагирования на болезнь — сенситивного, ипохондрического, тревожного, неврастенического; напряженность механизмов психологических защит — вытеснение, проекция; преобладание копинг-стратегий — принятие ответственности, поиск социальной поддержки, самоконтроль. В группе 2 также прослеживается дисбаланс между дезадаптивными типами отношения к болезни и МПЗ и преобладанием конструктивных копинг-стратегий, что также может объясняться self-теорией. Следует отметить, что в группе больных с шизотипическими расстройствами испытываемые острее реагируют на наличие психического заболевания, что порождает у них сложные внутриличностные переживания.

В дальнейшем было проведено сравнение профиля психологической адаптации в группах «параноидная шизофрения» и «шизотипическое расстройство».

При анализе типов реагирования на болезнь было установлено более выраженное «сенситивное» отношение к болезни в группе 1 и «ипохондрическое» — в группе 2. Наблюдался более высокий уровень напряженности психологических защит в группе 1 («вытеснение», $p<0,03$), чем в группе 2. Более частое использование больными параноидной шизофренией данного механизма психологической защиты (вытеснения) может быть связано с более «тяжелыми» проявлениями собственно заболевания, характеризующегося

Таблица 2
Средние показатели механизмов психологической защиты и копинг-стратегий больных шизотипическими расстройствами (F-21 по МБ-10)

Вид психологической защиты и копинг-стратегии	Шизотипическое расстройство		Норма*	Р
	М	статистическая ошибка среднего		
Отрицание	38,71	4,33	79	P<0,03
Вытеснение	69,6	4,50	63	
Регрессия	64,79	4,72	70	P<0,05
Компенсация	55,14	4,85	78	
Проекция	54,76	4,77	46	
Замещение	57,07	4,44	65	
Интеллектуализация	59,24	4,56	59	
Реактивные образования	62,17	4,42	61	
Конфронтация	45,96	2,68	50,67	
Дистанцирование	48,51	2,39	49,36	
Самоконтроль	64,04	2,27	63,68	
Поиск социальной поддержки	66,35	3,43	62,82	
Принятие ответственности	69,31	3,22	62,89	
Бегство-избегание	57,22	3,03	45,17	
Планирование решения проблемы	56,12	3,66	67,83	
Положительная переоценка	51,04	2,83	56,09	

психотическим уровнем продуктивной симптоматики и высоким уровнем тревожности.

Копинг-поведение пациентов групп 1 и 2 оказалось сходным, что свидетельствует об идентичном стремлении пациентов обеих групп к контролю над своими эмоциями, к поиску социальной поддержки среди своих близких, а также в медицинской сфере.

Результаты этой части исследования представлены в табл. 3.

Таким образом, можно говорить о едином характере психологической адаптации у больных параноидной шизофренией и шизотипическими расстройствами, являющимися различными составляющими расстройств шизофренического спектра.

ВЫВОДЫ

1. Профили психологической адаптации пациентов с параноидной шизофренией и с шизотипическим расстройством не имеют существенных различий, что может свидетельствовать об общем характере психологической адаптации в сравниваемых группах.

2. Больные с проявлениями параноидной шизофрении характеризуются:

— интрапсихической направленностью реагирования на болезнь, что отражается в преоблада-

Таблица 3
Сравнение средних показателей психологической адаптации у больных параноидной шизофренией (F-20.0 по МБ-10) и шизотипическими расстройствами (F-21 по МБ-10)

Механизм психологической защиты	Параноидная шизофрения		Шизотипическое расстройство		Р	Критерий
	М	статистическая ошибка среднего	М	статистическая ошибка среднего		
Вытеснение	82,03	3,44	69,6	4,50	0,03	Стьюдента

нии «сенситивного», «меланхолического», «тревожного» и «ипохондрического» типов отношения к болезни;

— напряженностью в структуре МПЗ «вытеснение», «интеллектуализация», «реактивные образования»;

— предпочтением конструктивных копинг-стратегий «самоконтроль», «поиск социальной поддержки» и «принятие ответственности».

3. В группе больных с шизотипическим расстройством преобладают:

— интрапсихически и интерпсихически направленные типы реагирования на болезнь («сенситивный», «ипохондрический», «тревожный» и «неврастенический»);

— напряженность в структуре МПЗ «вытеснение», «проекция»;

— предпочтение конструктивных копинг-стратегий «принятие ответственности», «поиск социальной поддержки» и «самоконтроль».

4. В целом у пациентов шизофренического спектра выявлено несоответствие между дезадаптивными показателями внутренней картины болезни, преобладанием незрелых психологических защит и выбором конструктивных способов совладающего поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Состояния психической адаптации и их компенсация. — М.: Наука, 1976. — 272 с.
2. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л., 1988. — 268 с.
3. Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учеб.-метод. пособие / под науч. ред. проф. Л. И. Вассермана. — СПб.: Речь, 2010. — 192 с.
4. Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. — 34 с.
5. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и мед. психологов. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. — 40 с.
6. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. — 31 с.
7. Воловик М. В. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // Теоретико-методол. проблемы клин. психоневрол. — Л., 1975. — С. 79–90.
8. Гусева О. В., Коцюбинский А. П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств: интеграция образовательного, когнитивно-поведенческого и психодинамического подходов: рук-во для врачей. — СПб.: СпецЛит, 2013. — 287 с.

9. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. — СПб.: СПбГМУ, 2009. — 136 с.

10. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) // Обзор психиатрии и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. — 1996. — № 2. — С. 203–212.

11. Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. и др. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. — СПб.: Гиппократ+, 2004. — С. 117–137.

12. Ханько А. В. Психологическая адаптация к болезни пациентов с первыми приступами шизофрении: дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2014. — 192 с.

РЕЗЮМЕ

А. В. Степанова

Сравнительный анализ психологической адаптации у больных шизотипическим расстройством и параноидной шизофренией

В сравнительном аспекте рассматриваются особенности блока психологической адаптации (тип отношения к болезни, механизмы психологической защиты, особенности копинг-стратегии) на примере двух групп больных с расстройствами шизофренического спектра: 1) шизотипические расстройства (F-21 по МКБ-10); 2) параноидная шизофрения (F-20.0 по МКБ-10). Сделан вывод о едином характере особенностей психологической адаптации в сравниваемых группах. Вместе с тем у обеих сравниваемых групп пациентов выявлено несоответствие соотношения «уровня успешности» между отдельными характеристиками, входящими в блок психологической адаптации. Это обстоятельство свидетельствует о необходимости дифференцированной оценки психологической адаптации у больных шизофренического спектра. Учет этих данных необходим также при проведении с такими пациентами психотерапевтической работы.

Ключевые слова: шизофрения, психологическая адаптация, копинг, психологическая защита.

SUMMARY

A. V. Stepanova

Comparative analysis of psychological adaptation in patients with paranoid schizophrenia and schizotypal disorder

The purpose of this research was the comparing of psychological adaptation characteristics (type of attitude to a disease, psychological defense mechanisms, special aspects of coping strategy) as exemplified by 2 groups of schizophrenia disorder patients: 1) schizotypal disorders (F-21 according to ICD-10); 2) paranoid schizophrenia (F-20 according to ICD-10). The authors arrived at the conclusion of the same nature if special aspects of psychological adaptation in the groups compared. At the same time, both groups compared showed imbalance of «the level of success» between individual characteristics constituting the module of psychological adaptation. This circumstance testifies to the fact that psychological adaptation in the patients with schizophrenic disorders should be evaluated on a case-by-case basis. In conclusion, the study revealed the necessity to take into consideration of these characteristics during rehabilitation of these patients.

Key words: schizophrenia, psychological adaptation, coping.