

На правах рукописи

Ханько Александр Валерьевич

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С ПЕРВЫМИ ПРИСТУПАМИ ШИЗОФРЕНИИ**

19.00.04 – медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург – 2014

Работа выполнена в Автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина»

Научный руководитель кандидат психологических наук, доцент Кондюхова Татьяна Николаевна

Официальные оппоненты:

Исаева Елена Рудольфовна – доктор психологических наук, доцент, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии, профессор кафедры

Марченко Андрей Александрович – доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, кафедра психиатрии, заместитель начальника кафедры

Ведущая организация Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет»

Защита состоится «25» сентября 2014 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 205.001.02 при ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России по адресу: 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России, <http://www.arcerm.spb.ru>.

Автореферат разослан «__»_____ 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета _____ Неронова Елизавета Геннадьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Особое место среди всех форм психической патологии принадлежит шизофрении, которая поражает людей на пике их продуктивности и социального роста (Будза В.Г., Отмахов А.П., Прусс Г.Б., 2005; Мосолов С.Н., 2009), способствуя снижению качества жизни больных и сокращению ее средней продолжительности, по сравнению с популяцией в целом, на 20% (Петрюк П.Т., 2009).

Первый психотический эпизод шизофрении является самостоятельной психической травмой, затрагивающей значимые стороны жизни человека, приводящей к глубоким внутренним переживаниям и во многом определяющей его дальнейшую жизнь (Кабанов М.М., 1998; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2002; Печникова Л.С., 2007; Абрамова М.В., 2010; Карвасарский Б.Д., 2010; Thomaе Н., 1988; Lieberman J., Fenton W., 2000; Jobe T., Harrow M., 2005; Jackson C. et al., 2009; Bird V. et al., 2010). В подавляющем числе случаев он оказывается сопряженным с госпитализацией в психиатрический стационар, необходимостью лекарственной терапии, снижением трудоспособности, проблемами в личной жизни, выраженным эмоциональным дискомфортом и другими нежелательными для заболевшего и его близких явлениями.

Преодоление фрустрирующего влияния первых приступов шизофрении, лежащее в основе благоприятного прогноза (Гурович И.Я., Любов Е.Б., 2003; Марута Н.А., 2007; Фролова Ю.Г., 2007; Былим И.А., 2009; Осипова С.А., Еричев А.Н., 2009; Birchwood M., Spencer E., 1999; Guest J., Cookson R., 1999; Alvarez-Jimenez M. et al., 2011; Bechdolf A. et al., 2012), зависит от характеристик психологической адаптации (Критская В.П., Мелешко Т.К., 1985; Исаева Е.Р., 2000; Холмогорова А.Б., 2012; Sundbom E., Kullgren G., 1992), которая рассматривается в качестве активной личностной функции, обеспечивающей согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни (Воловик В.М., 1975) и включает в себя три основных компонента: копинг, психологическую защиту и внутреннюю картину болезни (Коцюбинский А.П., 2004; Вид В.Д., 2008; Исаева Е.Р., 2010).

В зависимости от тактики защитно-совладающего поведения, типа отношения к болезни и лечению, возможны различные формы поведения человека, отражающие более или менее успешные попытки справиться со стрессом в виде болезни, адаптироваться к ней (Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1984; Нартова-Бочавер С.К., 1997; Елисеев Ю.Ю., 2003; Ярославская М.А., 2011). Без знания механизмов регуляции поведения в условиях развивающейся болезни, исследования особенностей адаптации к болезни и оценки личностных

ресурсов больных на начальных стадиях шизофрении невозможно адекватное построение реабилитационных мероприятий с данной категорией пациентов.

Степень разработанности темы исследования. К изучению данной проблемы в последние годы было привлечено большое количество ученых. Исследованы факторы, оказывающие влияние на характер адаптации (Рохлин Л.Л., 1957; Ротенберг В.С., Аршавский В.В., 1984; Шкуренок Д.А., 2002) и социального функционирования при шизофрении (Коцюбинский А.П. с соавт., 2004; Митрофанова О.И., 2008; Исаева Е.Р., 2009), получены данные об особенностях Я – концепции больных шизофренией (Березовский А.Э., Крайнова Н.Н., Бондарь Н.С., 2001; Васильева Т.М., 2004), структуре их внутренней картины болезни (Татаренко Н.П., 2001; Заякин Ю.Ю., 2003; Иржевская В.П., 2009), специфике защитно-совладающего поведения (Вассерман Л.И., 1998; Аристова Т.А., 2003; Исаева Е.Р., 1999, 2010; Ряполова Т.Л., 2011; Wiedl K.H., 1991; Piirtola O., 1996; Rubino I.A., 2008) и методах психотерапии (Кабанов М.М., 1998; Вид В.Д., 2001; Холмогорова А.Б., 2012). Однако психологическая адаптация к болезни на ранних этапах параноидной шизофрении с учетом половой принадлежности пациентов не выступала ранее в качестве предмета психологического исследования.

Это определило выбор цели и задач настоящего исследования.

Цель исследования: выявление особенностей психологической адаптации к болезни пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении, включая оценку их защитно-совладающего поведения, внутренней картины болезни, личностных ресурсов и гендерных особенностей.

Задачи исследования:

- определить структуру и содержание внутренней картины болезни и выявить особенности «Я – концепции» пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении;
- выявить ведущие механизмы психологической защиты и копинг-стратегии у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении;
- провести сравнительный анализ показателей психологической адаптации, характеристик личности и исследовать специфику их взаимосвязей у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении и длительным течением заболевания с учётом пола больных;
- определить значимые факторы и типы адаптации к болезни пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от комплекса биопсихосоциальных характеристик с учетом пола больных;
- обосновать рекомендации по психологическому сопровождению больных шизофренией в зависимости от их пола и длительности заболевания.

Объект исследования – внутренняя картина болезни (ВКБ), механизмы психологической защиты (МПЗ), копинг-стратегии (КС), «Я – концепция», как составляющие психологической адаптации у больных параноидной шизофренией.

Предмет исследования – психологическая адаптация больных параноидной шизофренией.

Гипотезы исследования.

1. Процесс адаптации к болезни у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении характеризуется как общими, характерными для всех больных шизофренией, так и специфическими, характерными для первых приступов шизофрении, чертами.

2. Пациенты с параноидной шизофренией нуждаются в психологическом сопровождении, осуществляемом с учетом пола и длительности заболевания, направленном на коррекцию внутренней картины болезни, защитно-совладающего поведения и формирование адекватной «Я – концепции» с целью предупреждения социальной дезадаптации.

Методология и методы исследования. Теоретико-методологической основой исследования явились: концепция психологической адаптации больных шизофренией А.П. Коцюбинского (2004); концепция общего адаптационного синдрома Г. Селье (1936); концепция В.Н. Мясищева о личности как системе отношений (1960, 1974); концепция психической адаптации личности (Меерсон Ф.З., 1981; Березин Ф.Б., 1988; Вассерман Л.И., 1998; Беребин М.А., 2008); системный подход и концепция методологического единства биологического и психосоциального в формировании психической патологии человека (Ананьев Б.Г., 1968; Ломов Б.Ф., 1975; Кабанов М.М., 1983; Нуллер Ю.Л., 1992; Воробьев В.М. 1993; Вассерман Л.И. с соавт., 1994 и др.); концепция «внутренней картины болезни» Р.А. Лурия (1944) и ее развитие в трудах А.Ш. Тхостова (1980, 1990, 2002), В.А. Ташлыкова (1984), В.В. Николаевой с соавторами (1987, 1995, 1990); концепция отношения к болезни, сформированная А.Е. Личко, Н.Я. Ивановым (1980).

Для реализации цели и основных задач исследования был использован комплекс методов: теоретический анализ литературных источников; клиническая беседа, психологическое тестирование.

Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием пакетов прикладных программ – «MS Excel» и «SPSS 20.0» (t-критерий Стьюдента, критерий t-Шеффе, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA; коэффициент корреляции Пирсона; факторный анализ методом главных компонент, вращение Варимакс с нормализацией Кайзера; кластерный анализ по методу Варда), обеспечивающих качественный и количественный анализ результатов.

Результаты исследования позволили обосновать следующие **положения, выносимые на защиту**:

1. В структуре внутренней картины болезни пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении доминируют сенситивный и эргопатический типы отношения к болезни, имеющие специфическое содержание в зависимости от пола больных, что отражается в процессе психологической адаптации, характеризующейся у мужчин стремлением преодолеть растерянность и страх в связи с болезнью посредством ухода от взаимодействия с окружающими, а у женщин – попытками восстановления самоуважения. «Я – концепция» пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении характеризуется представлением о своей пассивности, неуважении и отчуждении со стороны окружающих, неумении выстраивать продуктивные межличностные отношения и сопровождается формированием пассивно-подчиняемой социально отстраненной позиции.

2. Ведущим механизмом психологической защиты и копинг-стратегией у мужчин с первыми приступами параноидной шизофрении являются «интеллектуализация» и «принятие ответственности», проявляющиеся одновременно в самооправдании и признании своей роли в существующих проблемах, а у женщин – «реактивные образования» и «поиск социальной поддержки», проявляющиеся в стремлении получить поддержку от окружающих и попытках доминировать над ними, что отражает высокую степень диссоциации защитно-совладающего поведения пациентов. При этом диссоциативные процессы в психологической адаптации к заболеванию могут рассматриваться как общие, неспецифические особенности всех обследованных больных параноидной шизофренией.

3. Наиболее значимым фактором, влияющим на адаптацию больных параноидной шизофренией, у мужчин является длительность заболевания, а у женщин – длительность заболевания и степень социального благополучия, при этом одинаковые психологические факторы в зависимости от пола влияют на процесс адаптации к болезни в разной степени и включают в себя разные содержательные характеристики, описывающие её направленность: социальную изоляцию у мужчин и ориентацию на восстановление социальной репутации у женщин. Для всех пациентов характерны три основных типа адаптации к болезни – пассивный, избегающий и преодолевающий. Преодолевающий тип характерен для большинства пациентов с первыми приступами шизофрении, а избегающий и пассивный типы актуализируются у мужчин и женщин на разных сроках заболевания.

Научная новизна исследования. Установлено, что в структуре внутренней картины болезни у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении преобладают сенситивный и эргопатический типы отношения к болезни, имеющие специфическое содержание, в зависимости от пола больных. У мужчин чрезмерная чувствительность к болезни

сопровождается стремлением занять пассивную позицию в общении, а эргопатия формируется в качестве своеобразной психологической защиты, позволяющей переключиться с травматических переживаний на деятельность. У женщин гиперсенситивность к болезни сопровождается стремлением восстановить самоуважение и добиться принятия окружающими, а эргопатия выступает в качестве своеобразного механизма регуляции самооценки.

Выявлено, что в структуре защитно-совладающего поведения у мужчин с первыми приступами параноидной шизофрении доминируют механизм психологической защиты по типу интеллектуализации и копинг-стратегия «принятие ответственности», а у женщин – механизм психологической защиты по типу реактивных образований и копинг-стратегия «поиск социальной поддержки», что выражается в противоречивых формах поведения больных, подтверждая данные о диссоциации механизмов адаптации.

Установлено, что основным фактором, определяющим характер адаптации, у мужчин с параноидной шизофренией является длительность заболевания, а у женщин – длительность заболевания и степень социального благополучия. Одинаковые психологические факторы в зависимости от пола влияют на процесс адаптации к болезни в разной степени и включают в себя разные содержательные характеристики, описывающие её направленность. Успешность адаптации женщин в большей степени зависит от наличия возможности реализовывать свои актуальные социальные потребности, а мужчин – от степени осознания проблем.

Проведена классификация больных параноидной шизофренией в зависимости от комплекса их биопсихосоциальных характеристик, описывающих процесс адаптации к болезни, в результате которой выявлены «пассивный», «избегающий» и «преодолевающий» типы адаптации, актуализирующиеся у мужчин и женщин на разных сроках заболевания. Установлено, что адаптация мужчин с первыми приступами параноидной шизофрении, в целом, менее конструктивна, чем адаптация женщин.

Теоретическая значимость исследования. Результаты исследования расширяют современные научные представления о структуре внутренней картины болезни, специфике защитно-совладающего поведения, особенностях Я – концепции больных шизофренией, а также параметрах, оказывающих влияние на характер социального функционирования при этом заболевании и методах его психотерапии, что является важным вкладом в понимание роли психологических факторов в развитии, течении, лечении шизофрении и в целом, в медицинскую психологию. В исследовании использовался комплексный подход, в результате которого выявлены специфические для мужчин и женщин с первым эпизодом параноидной шизофрении и длительным течением заболевания психологические параметры.

Практическая значимость исследования. В результате исследования определены особенности психологической адаптации мужчин и женщин с первыми приступами

параноидной шизофрении в сравнении с длительно болеющими пациентами, что вносит существенный вклад в совершенствование диагностики шизофрении и может выступать в качестве научного обоснования для разработки психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий с данной категорией больных. Полученные данные позволяют конкретизировать подход к лечению пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от их пола, длительности заболевания и могут быть использованы не только для составления программ реабилитации, но и для оценки их эффективности в системе оказания помощи и улучшения качества жизни больных. Результаты исследования могут использоваться в практической работе клинических психологов, врачей психотерапевтов и психиатров, применяться в учебном процессе вузов, осуществляющих подготовку и последипломное дополнительное образование клинических психологов и врачей лечебного профиля. Результаты проведенного исследования являются основой для разработки программы психологического сопровождения пациентов с параноидной шизофренией с учетом их пола и длительности заболевания.

Достоверность результатов исследования базируется на большой выборке больных параноидной формой шизофрении, находящихся на лечении в Городской психиатрической больнице № 1 им. П.П. Кащенко (160 пациентов); разностороннем анализе литературы по проблематике исследования; применении комплекса надежных методов социально-психологического изучения и психологического обследования больных, включающего клиническую беседу, направленную на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных; использовании хорошо зарекомендованного в клинической практике психодиагностического инструментария; использовании современных методов математико-статистической обработки данных экспериментальных исследований с помощью специализированных пакетов прикладных программ.

Личный вклад автора. Автором осуществлен теоретический анализ научно-литературных данных, проведено комплексное экспериментально-психологическое исследование мужчин и женщин, больных параноидной шизофренией с разной длительностью заболевания, результаты которого были обработаны и интерпретированы, что позволило выделить основные предикторы психологической адаптации к болезни пациентов данной нозологической группы. Изложение полученных данных, формулирование выводов и рекомендаций выполнены лично автором.

Апробация результатов исследования осуществлялась через выступления на IV международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века» (ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2008); всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология: итоги, проблемы, перспективы» (ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2010); всероссийской научно-практической конференции «Теоретические и

прикладные проблемы клинической психологии» (ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2011). Основные положения исследования докладывались на заседаниях кафедры психофизиологии и клинической психологии ЛГУ им. А.С. Пушкина. Материалы диссертации отражены в 10 опубликованных научных работах, среди которых 3 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, для опубликования основных результатов диссертационных исследований.

Внедрение результатов исследования. Полученные результаты используются при разработке профилактических и реабилитационных программ, а так же внедрены в медико-психологическое сопровождение больных шизофренией в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» и ГКУЗ ЛО «Туберкулезная больница «Дружноселье»; используются в деятельности кафедры психологии и педагогики ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России».

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа изложена на 192 страницах машинописного текста; состоит из введения, 4 глав, обсуждения результатов исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (включающего 299 источников, из них 96 – зарубежных авторов). Работа иллюстрирована 21 рисунками и 18 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** обосновывается актуальность выбранной темы, указываются объект и предмет исследования; излагается теоретико-методологическая основа исследования, формулируются гипотезы, цель и задачи исследования; обсуждается научная новизна, теоретическое и практическое значение исследования; приводятся положения, выносимые на защиту.

В **главе 1 «Современные взгляды на проблему шизофрении и психологической адаптации к болезни»** проводится анализ современных научных представлений о шизофрении и адаптации личности к этому заболеванию. Отмечается, что первый психотический эпизод шизофрении является значительным социально-психологическим и психофизиологическим стрессом для больного, с одной стороны дезорганизуя психическую деятельность, а с другой – способствующим активизации механизмов психологической адаптации (Анцыферова Л.И., 1993; Кабанов М.М., 1998; Lieberman J., Fenton W., 2000). Психологическая адаптация рассматривается как динамический процесс, системная деятельность многих психологических подсистем, активная личностная функция, обеспечивающая согласование актуальных

потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни (Воловик В.М., 1975; Коцюбинский А.П., 2004).

В главе 2 «Материалы и методы исследования» дана характеристика выборки, описаны методы и этапы исследования.

В исследовании приняли участие 160 больных параноидной формой шизофрении, находящиеся на лечении в Городской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко, г. Санкт-Петербург. Экспериментальная группа – 100 пациентов отделений «первого психотического эпизода» состояла из двух подгрупп, представленных 50 мужчинами в возрасте $25,6 \pm 0,7$ лет и 50 женщинами в возрасте $31,3 \pm 1,1$ лет с длительностью заболевания не более пяти лет с момента манифестации, в течение которых отмечалось не более трех психотических приступов. Группа сравнения состояла из 30 мужчин в возрасте $46,7 \pm 1,7$ лет и 30 женщин в возрасте $43,4 \pm 1,8$ лет с длительным течением заболевания (более 5 лет), находящихся на лечении в отделениях «общего типа» больницы. Экспериментальные и контрольные группы соответствовали друг другу по социально-демографическим и клиническим параметрам (социальным и биологическим характеристикам): место проживания, наличие работы, семьи, детей и отдельной жилплощади, уровень образования, количество госпитализаций, а также возраст, длительность заболевания, степень ограничения жизнедеятельности и злоупотребления психоактивными веществами, наличие сочетанных хронических соматических заболеваний и черепно-мозговых травм.

В исследовании использовались экспериментально-психологический и клинико-психологический методы. Клинико-психологический метод применялся в форме клинической беседы, направленной на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных. Экспериментально-психологический метод включал в себя диагностику типов отношения к болезни и связанных с ними личностных особенностей пациентов с шизофренией с помощью методики ТОБОЛ (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я., 1987); выявление личностных характеристик пациентов с помощью Гиссенского личностного опросника (Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др., 1993); исследование самооценки и притязаний по методике Дембо-Рубинштейн (модификация А.М. Прихожан, 1988); диагностику системы механизмов психологической защиты обследованных с помощью методики «Индекс Жизненного Стиля» (ИЖС) (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др., 1998); определение способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности по копинг-тесту Р. Лазаруса, С. Фолкман (адаптация Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева, Е.Р. Исаевой и др., 2009); выявление меры готовности больных брать на себя ответственность за происходящие в их жизни события по методике диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера (адаптация Е.Ф.

Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда, 1984); выявление нарушений личностно-средового взаимодействия по методике психологической диагностики уровня социальной фрустрированности (УСФ) Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко, 2004).

Статистический метод представлен в виде сравнительного анализа полученных значений между исследуемыми группами (мужчин и женщин с первыми приступами шизофрении и длительным течением заболевания) с использованием t-критерия Стьюдента, критерия t-Шеффе, однофакторного дисперсионного анализа, анализа корреляционных взаимосвязей между исследуемыми признаками, факторного и кластерного анализа значимых характеристик и типов адаптации больных параноидной шизофренией в зависимости от комплекса биопсихосоциальных характеристик.

В главе 3 «Особенности психологической адаптации к болезни пациентов с первыми приступами шизофрении» отражены результаты исследования ВКБ, «Я – концепции», уровня самооценки и притязаний, защитно-совладающего поведения, а также уровня субъективного контроля и социальной фрустрированности у больных параноидной шизофренией с учетом пола и длительности заболевания.

В разделе 3.1. «Структура внутренней картины болезни у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания» описана структура ВКБ у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении, в которой наиболее выражены сенситивный и эргопатический типы отношения к болезни (ТОБ) (таблица 1), а также высоко представлены гармоничный и анозогнозический типы (по методике ТОБОЛ).

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа по методике ТОБОЛ у мужчин и женщин с первыми приступами параноидной шизофрении

Типы отношения к болезни	Группа				Результаты сравнения групп
	1 $M \pm m$	2 $M \pm m$	3 $M \pm m$	4 $M \pm m$	
Сенситивный (С)	16,9 ± 1,7	18,2 ± 1,8	9,7 ± 1,4	27,4 ± 2,1	1-3 **; 2-4 **; 3-4 ***
Эргопатический (Р)	17,4 ± 2,3	17,5 ± 2,1	9,5 ± 1,7	15,2 ± 3,3	1-3 **
Гармоничный (Г)	11,2 ± 2,6	15,1 ± 2,4	11,6 ± 2,3	4,7 ± 2,3	2-4 **; 3-4 *
Анозогнозический (З)	12,6 ± 2,6	14,4 ± 2,6	20,3 ± 2,6	9,2 ± 3,0	1-3 *; 3-4 **
Тревожный (Т)	8,2 ± 1,2	10,9 ± 1,4	4,1 ± 0,7	15,7 ± 2,0	1-3 **; 3-4 ***
Ипохондрический (И)	8,5 ± 1,1	8,2 ± 0,9	7,6 ± 0,9	14,7 ± 1,8	2-4 **; 3-4 ***
Неврастенический (Н)	6,5 ± 0,9	9,4 ± 1,0	5,1 ± 0,7	11,6 ± 1,6	1-2 *; 3-4 ***
Меланхолический (М)	8,7 ± 1,3	5,3 ± 1,1	9,9 ± 1,4	11,1 ± 2,1	1-2 *; 2-4 *
Апатический (А)	6,0 ± 1,0	3,7 ± 0,7	10,9 ± 1,7	7,8 ± 1,5	1-3 *; 2-4 *
Эгоцентрический (Я)	7,4 ± 0,9	8,9 ± 0,7	5,6 ± 0,9	13,8 ± 1,2	2-4 **; 3-4 ***
Паранойяльный (П)	4,9 ± 0,8	5,5 ± 0,8	3,0 ± 0,5	8,7 ± 1,4	1-3 *; 3-4 ***
Дисфорический (Д)	4,4 ± 0,8	4,4 ± 0,8	3,0 ± 0,6	5,9 ± 1,1	3-4 *

Условные обозначения: М – среднее арифметическое; m – ошибка среднего; 1 – мужчины с первыми приступами шизофрении; 2 – женщины с первыми приступами шизофрении; 3 – мужчины с длительным течением шизофрении; 4 – женщины с длительным течением шизофрении; * – уровень достоверности $p \leq 0,05$; ** – уровень достоверности $p \leq 0,01$; *** – уровень достоверности $p \leq 0,001$.

То есть вслед за первым психотическим эпизодом шизофрении у мужчин, как и у женщин, формируется чрезмерная ранимость, уязвимость и озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни. При этом, не желая принимать «роль» больного, пациенты стараются сохранить свой профессиональный статус и возобновить трудовую деятельность (эргопатический ТОБ), стремятся содействовать успеху лечения и переключают свои интересы на доступные области жизни (гармоничный ТОБ), отбрасывая мысли о возможных негативных последствиях заболевания (анозогнозический ТОБ).

Сравнительный анализ уровня выраженности ТОБ у мужчин и женщин с первыми приступами шизофрении обнаруживает, что женщины более оптимистичны и склонны верить в успех своего лечения ($t = -1,9$; $p < 0,05$) (по методике ТОБОЛ). При этом они менее терпеливы к неприятным ощущениям, для них характерны вспышки раздражения (черты неврастенического ТОБ) ($t = 2,1$; $p < 0,05$).

В связи с усилением негативной симптоматики и нарастанием не критичности, у мужчин с длительным течением параноидной шизофрении в отношении к болезни на первый план выступает активное отбрасывание мысли о возможных ее последствиях с пренебрежительным и легкомысленным отношением к лечению (анозогнозический ТОБ). По сравнению с мужчинами с первыми приступами шизофрении, структура ВКБ мужчин с длительным течением заболевания заметно упрощается, принимая дезадаптивный характер. У них утрачивают свою актуальность переживания, связанные с отсутствием работы (эргопатический ТОБ) ($t = -2,8$; $p < 0,01$), неэффективностью лечения (тревожный ТОБ) ($t = -2,9$; $p < 0,01$), опасениями пренебрежительного (сенситивный ТОБ) ($t = -3,3$; $p < 0,01$) и несправедливого (паранойальный ТОБ) ($t = -2,1$; $p < 0,05$) отношения к себе окружающих, а на первый план выступают анозогнозический ($t = 2,1$; $p < 0,05$) и апатический ($t = 2,4$; $p < 0,05$) ТОБ.

На первый план в ВКБ женщин с длительным течением шизофрении выступает усиливающаяся с увеличением длительности заболевания ранимость (сенситивный ТОБ) ($t = 3,4$; $p < 0,01$). В связи с формирующимся дефектом у них отмечается тенденция к огрублению личностных черт. В отличие от женщин с первыми приступами шизофрении, более адекватно оценивающих свое заболевание и в большей степени стремящихся содействовать успеху лечения (гармоничный ТОБ) ($t = 3,1$; $p < 0,01$), для женщин с длительным течением заболевания характерны ипохондрические ($t = 3,3$; $p < 0,01$) и эгоцентрические ($t = 3,4$; $p < 0,01$) тенденции в структуре ВКБ, указывающие на чрезмерную интровертированность и сосредоточенность на себе. При этом требования тщательного обследования противоречиво сочетаются у них с пессимистическим настроением, сомнениями в успехе лечения (меланхолический ТОБ) ($t = 2,4$; $p <$

0,05) и безразличием к себе, своей судьбе и исходу болезни (апатический ТОБ) ($t = 2,5$; $p < 0,05$).

В разделе 3.2. «Характеристики «Я – образа» больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания» выявлено, что все обследованные пациенты характеризуют себя недостаточно социально привлекательными, не пользующимися уважением окружающих ($26,7 \pm 0,8$ у мужчин и $27,1 \pm 0,8$ у женщин с первыми приступами шизофрении; $26,7 \pm 1,2$ у мужчин и $26,3 \pm 1,3$ у женщин с длительным течением шизофрении), уступчивыми и послушными ($26,7 \pm 0,5$; $26,1 \pm 0,8$; $25,9 \pm 0,9$; $28,6 \pm 1,1$ соотв.), не склонными к легкомысленному поведению ($24,3 \pm 0,6$; $24,7 \pm 0,5$; $23,9 \pm 0,9$; $27 \pm 0,8$ соотв.), замкнутыми и недоверчивыми ($22,6 \pm 0,7$; $21,9 \pm 0,8$; $21,2 \pm 1$; $21,3 \pm 1,1$ соотв.) (по Гиссенскому опроснику). Свое настроение они считают хорошим и не проявляют склонности к рефлексии и критическому отношению к себе ($26,4 \pm 0,8$; $26,9 \pm 0,8$; $24,2 \pm 1,2$; $27 \pm 1,5$ соотв.).

При этом в отличие от остальных обследованных, мужчины с длительным течением заболевания относят себя к социально активной категории людей ($16,5 \pm 1,1$ у мужчин с длительным течением заболевания), а женщины с длительным течением заболевания характеризуются большей напряженностью, чем женщины с первыми приступами ($t = -2,5$; $p < 0,05$) и мужчины с длительным течением шизофрении ($t = -2,7$; $p < 0,01$).

Образ «Я – идеального» у всех испытуемых характеризуется уверенностью в себе и своей положительной социальной репутации ($28,7 \pm 1$ у мужчин и $32,4 \pm 0,9$ у женщин с первыми приступами шизофрении; $36,1 \pm 0,9$ у мужчин и $34,8 \pm 1,4$ у женщин с длительным течением шизофрении), толерантностью к людям и событиям ($25,5 \pm 0,8$; $28,5 \pm 0,8$; $28 \pm 0,5$; $29,9 \pm 0,8$ соотв.), умением распоряжаться своей жизнью ($25 \pm 0,5$; $24,6 \pm 0,6$; $25,8 \pm 0,9$; $25 \pm 0,8$ соотв.), а также приподнятым настроением ($24,5 \pm 0,8$; $22,9 \pm 0,8$; $19,8 \pm 1,2$; $22,4 \pm 1,4$ соотв.), независимостью и некоторой дистанцированностью от других людей ($22,1 \pm 0,7$; $21,3 \pm 0,7$; $19,9 \pm 1,2$; $20,2 \pm 1,1$ соотв.).

Пациенты с первыми приступами, в отличие от пациентов с длительным течением шизофрении, в идеале не хотят занимать активную социальную позицию ($19,8 \pm 0,7$ у мужчин и $19,5 \pm 0,9$ у женщин с первыми приступами; $13,7 \pm 0,9$ у мужчин и $16,1 \pm 1,1$ у женщин с длительным течением шизофрении), что объясняется их растерянностью перед манифестацией заболевания и большей критичностью по отношению к себе. При этом по сравнению с мужчинами, женщины с первыми приступами заболевания в большей степени хотят социального одобрения ($t = -2,7$; $p < 0,01$).

При сопоставлении образов «Я – реального» и «Я – идеального» у мужчин и женщин с первыми приступами, а также женщин с длительным течением параноидной шизофрении выявляется диссоциация по шкалам социального одобрения ($t = -2,2$, $p < 0,05$; $t = -5,1$, $p <$

0,001 и $t = -4,8$, $p < 0,001$ соотв.) и настроения ($t = 2,1$, $p < 0,05$; $t = 4,2$, $p < 0,001$ и $t = 2,4$, $p < 0,05$ соотв.), что говорит об их склонности остро переживать недостаток уважения к себе со стороны окружающих и желании в идеале избавиться от чрезмерной робости, зависимости и самокритичности. У мужчин с длительным течением шизофрении обнаруживается диссоциация «Я – образа» между «Я – реальным» и «Я – идеальным» по всем шкалам, кроме «открытости», что говорит о грубой личностной дисгармонии и неприятии себя.

В разделе 3.3. «Уровень самооценки и притязаний у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания» у мужчин с первыми приступами параноидной шизофрении обнаруживается выраженная противоречивость отношения к себе, проявляющаяся низкой самооценкой (40 % пациентов) с одной стороны и нереалистичным, некритичным отношением к собственным возможностям (32 % пациентов), с другой. По сравнению с женщинами, уровень самооценки и притязаний которых находится преимущественно на высоком уровне (соотв. 48 % и 61 % пациентов), у мужчин с первыми приступами шизофрении уровень самооценки ниже ($t = -3,6$; $p < 0,001$) (по методике Дембо-Рубинштейн).

С увеличением длительности заболевания уровень самооценки и притязаний у женщин существенно не меняется, а у мужчин – растет ($t = 4,2$; $p < 0,001$ и $t = 2,7$; $p < 0,01$ соотв.) в отношении всех личных качеств, свидетельствуя о снижении критичности и адекватности в отношении к себе. При этом у всех обследованных больных шизофренией выявляется низкая оценка собственного авторитета у сверстников, свидетельствующая о неизменно слабой социальной позиции больных.

В разделе 3.4. «Психологические защиты у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания» представлена структура защитного поведения у мужчин с первыми приступами параноидной шизофрении, в которой доминирует МПЗ по типу интеллектуализации (69,3 %), что позволяет судить о склонности пациентов к самооправданию и избеганию ответственности. У женщин с первыми приступами шизофрении в структуре защитного поведения доминирует МПЗ по типу реактивных образований (79,9 %), что отражает неестественность и неадекватность эмоциональных реакций. Характерным для всех пациентов с первыми приступами шизофрении является МПЗ по типу отрицания (66,3 % и 79,5 % соотв.), обуславливающий избирательность внимания, которое игнорирует информацию о болезненности своего состояния и серьезности его последствий.

Сравнительный анализ уровня выраженности различных МПЗ у мужчин и женщин с первыми приступами заболевания (по методике ИЖС) обнаруживает, что мужчины в большей степени склонны к пресечению фрустрирующих переживаний при помощи логических установок и манипуляций ($t = 2,9$; $p < 0,01$), а женщины – к отрицанию тревожащей

информации ($t = 2,7$; $p < 0,01$), предотвращению неприемлемых мыслей и чувств путем преувеличенного развития противоположных стремлений ($t = 4,7$; $p < 0,001$).

У всех пациентов с длительным течением шизофрении в структуре защитного поведения доминирует превращающийся в общий механизм поведения МПЗ по типу реактивных образований (87,5 % у мужчин и 88,3 % у женщин).

У мужчин с длительным течением шизофрении МПЗ по типу реактивных образований выражен в значительно большей степени, чем у мужчин с первыми приступами заболевания ($t = 5,7$; $p < 0,001$), что отражает нарастающую с увеличением длительности заболевания неадекватность реакций и поступков. Кроме того, по сравнению с мужчинами с первыми приступами, мужчины с длительным течением шизофрении более склонны к использованию МПЗ по типу проекции ($t = 2,7$; $p < 0,01$), отражающего параноидную диспозицию.

Женщины с длительным течением шизофрении, по сравнению с женщинами с первыми приступами заболевания, более склонны к таким механизмам защиты как компенсация ($t = 1,9$; $p < 0,05$) и интеллектуализация ($t = 3,5$; $p < 0,001$), которые направлены преимущественно на повышение чувства самодостаточности.

В разделе 3.5. «Копинг-стратегии больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания» показано, что в структуре совладающего поведения у мужчин с первыми приступами параноидной шизофрении доминирует КС «принятие ответственности» (65,8 %), а у женщин – КС, направленная на поиск социальной поддержки (68,6 %). При этом женщины в большей степени, чем мужчины склонны к оправданию себя в сложившейся ситуации ($t = 2,8$; $p < 0,01$) (по копинг-тесту Лазаруса).

У всех пациентов с длительным течением шизофрении в структуре совладающего поведения доминирует КС «планирование решения проблем» (соотв. 71,7 % и 73,5 %), выбор которой, в отличие от здоровых, во многом носит формальный характер.

Наименее выраженной КС у всех обследованных мужчин является «конфронтация» (46,2 % у мужчин с первыми приступами; 50,6 % у мужчин с длительным течением шизофрении), что может обуславливать высокий уровень внутренней напряженности и раннее снижение навыков решения конфликтных ситуаций, а у всех обследованных женщин – «избегание» (51,6 % у женщин с первыми приступами; 53,5 % у женщин с длительным стажем шизофрении), что говорит о готовности противостоять жизненным трудностям.

В разделе 3.6. «Уровень субъективного контроля у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания» у всех обследованных выявлен общий экстернальный локус контроля ($4,5 \pm 0,3$ – у мужчин с первыми приступами; $4,3 \pm 0,3$ – у женщин с первыми приступами; $4,5 \pm 0,2$ – у мужчин с длительным течением; $4,1 \pm 0,3$ – у женщин с длительным течением) (по методике УСК). При этом у мужчин с первыми приступами шизофрении

отмечается интернальность в области здоровья и болезни ($5,8 \pm 0,3$) и экстернальность в области достижений ($5,2 \pm 0,3$), не характерные для остальных обследованных. Они в большей степени, чем женщины с первыми приступами ($t = 3,5$; $p < 0,001$) и мужчины с длительным течением заболевания ($t = 4,1$; $p < 0,001$), чувствуют на себе ответственность за развитие заболевания.

В разделе 3.7. «Уровень социальной фрустрированности у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания» проведено исследование удовлетворенности личностно-средовыми взаимодействиями у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении и обнаружено преобладание очень низкого уровня социальной фрустрированности (46 % мужчин и 52 % женщин) (по методике УСФ), что указывает на отсутствие у больных переживаний, связанных с невозможностью реализации своих актуальных социальных потребностей. При этом мужчины, по сравнению с женщинами, более фрустрированы своим положением в обществе ($t = 2,2$; $p < 0,05$).

У мужчин с длительным течением шизофрении выявляется преобладание очень низкого УСФ (44 % испытуемых), а у женщин – неопределенного, промежуточного между пониженным и умеренным (33 % испытуемых).

В разделе 3.8. «Специфика содержания внутренней картины болезни у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания» обнаружено, что мужчины и женщины с первыми приступами параноидной шизофрении, опасаясь неблагоприятного отношения к себе и боясь из-за болезни потерять расположение близких (сенситивный ТОБ), проявляют чрезмерное беспокойство в отношении возможных осложнений заболевания и неэффективности лечения ($r = 0,52$ и $r = 0,60$ при $p < 0,001$ соотв.), требуют к себе особого внимания родственников и медицинского персонала ($r = 0,43$, $p < 0,01$; $r = 0,46$, $p < 0,001$ соотв.), демонстрируя вспышки раздражения при болях и неудачах лечения ($r = 0,34$, $p < 0,05$; $r = 0,46$, $p < 0,001$ соотв.) и преувеличивая неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств ($r = 0,41$, $p < 0,01$; $r = 0,47$, $p < 0,001$ соотв.) (по методике ТОБОЛ).

В связи с сенситивностью мужчины стремятся занять в межличностном взаимодействии безопасную зависимую позицию (по методике Дембо–Рубинштейн) ($r = -0,32$, $p < 0,05$; $r = -0,31$, $p < 0,05$ соотв.), а женщины прилагают усилия к урегулированию своих чувств, осознанию своей роли в возникновении заболевания (по копинг-тесту Лазаруса) ($r = 0,42$, $p < 0,01$; $r = 0,35$, $p < 0,05$ соотв.) и предпринимают попытки укрепить свою социальную позицию, получить поддержку в обществе ($r = 0,37$; $p < 0,01$) (по методике ИЖС).

Эргопатия у женщин с первыми приступами шизофрении формируется параллельно с гиперсенситивностью ($r = 0,28$; $p < 0,05$) и имеет цель сохранить самоуважение, а у мужчин – связана с некритичностью по отношению к своему заболеванию ($r = 0,37$; $p < 0,01$) (по методике

ТОБОЛ) и обусловлена желанием продемонстрировать оптимистический настрой, адекватность и социабельность своих установок. При этом анозогнозия сопровождается у мужчин и женщин с первыми приступами шизофрении игнорированием связанных с болезнью проблем, что позволяет сохранять уверенность в себе (по методике Дембо – Рубинштейн) ($r = 0,32$, $p < 0,05$; $r = 0,29$, $p < 0,05$ соотв.), проявлять активность в различных сферах жизнедеятельности (по методике УСК) ($r = 0,43$, $p < 0,01$; $r = 0,51$, $p < 0,001$ соотв.), получая удовольствие от жизни (по Гиссенскому опроснику) ($r = -0,31$, $p < 0,05$; $r = -0,39$, $p < 0,01$ соотв.).

Высоко представленный у мужчин с длительным течением шизофрении анозогнозический ТОБ сопровождается снижением удрученности пациентов болезнью и повышением уровня общей активности (по методике ТОБОЛ) ($r = -0,4$, $p < 0,05$; $r = -0,43$, $p < 0,05$ соотв.). При этом выраженная уязвимость женщин с длительным течением шизофрении способствует формированию чувства собственной неполноценности ($r = 0,39$; $p < 0,05$) и уходу от социальной активности ($r = 0,38$; $p < 0,05$) (по Гиссенскому опроснику), а формирующееся в ответ на эти переживания защитное поведение заключается в уходе пациентов от реальности в мир субъективных представлений и фантазий ($r = 0,38$; $p < 0,05$) (по методике ИЖС).

В разделе 3.9. «Специфика защитно-совладающего поведения у больных шизофренией с учетом пола и длительности заболевания» выявлено, что мужчины, пресекая переживания, вызванные манифестацией заболевания с помощью интеллектуализации, защищаются от проникновения в сознание уничижающих их достоинство мыслей ($r = 0,33$; $p < 0,05$) (по методике Дембо – Рубинштейн). При этом склонность к самооправданию и избеганию ответственности противоречиво сочетается у мужчин с первыми приступами шизофрении с доминирующей КС, направленной на принятие ответственности, которая сопровождается снижением настроения больных и фокусировкой на собственной некомпетентности с развитием аутоагрессивных тенденций ($r = 0,3$; $p < 0,05$) (по Гиссенскому тесту).

Преобладающий в структуре психологической защиты женщин с первыми приступами шизофрении механизм по типу реактивных образований связан с желанием преодолеть чувство собственной неполноценности ($r = 0,31$; $p < 0,05$) (по Гиссенскому тесту). При этом доминирующая у них КС, направленная на поиск социальной поддержки, ориентирована на гиперкомпенсацию ($r = 0,53$; $p < 0,001$) (по методике ИЖС) своей низкой социальной репутации ($r = 0,29$; $p < 0,05$) (по методике УСФ) с помощью попыток занять доминирующую, предполагающую возможность проявления агрессии позицию во взаимодействии с окружающими ($r = 0,32$; $p < 0,05$) (по Гиссенскому тесту).

Характерный пациентам с первыми приступами шизофрении МПЗ по типу отрицания позволяет поддерживать на определенном уровне положительное представление о себе ($r =$

0,38, $p < 0,01$; $r = 0,36$, $p < 0,05$ соотв.) (по Гиссенскому тесту) и эмоциональное равновесие ($r = -0,41$, $p < 0,01$; $r = -0,28$, $p < 0,05$ соотв.) (по методике ТОБОЛ).

Доминирующий в структуре защитного поведения мужчин и женщин с длительным течением шизофрении МПЗ по типу реактивных образований взаимосвязан с низким УСФ ($r = -0,36$, $p < 0,05$ у мужчин; $r = -0,52$, $p < 0,01$ у женщин), что может отражать противоположное чувству собственной социальной беспомощности стремление продемонстрировать удовлетворенность существующим положением дел. При этом доминирующая у пациентов с длительным течением шизофрении копинг-стратегия, направленная на планирование решения проблем, взаимосвязана у мужчин со снижением неудовлетворенности возможностью проведения досуга ($r = -0,39$; $p < 0,05$) (по методике УСФ), а у женщин – снижением апатического ТОВ ($r = -0,37$; $p < 0,05$) (по методике ТОБОЛ), что подтверждает формальный характер данного копинга.

В разделе 3.10. «Показатели взаимообусловленности возраста, количества госпитализаций, стажа заболевания и компонентов психологической адаптации у больных шизофренией с учетом пола» обнаружено, что с увеличением возраста у мужчин с параноидной шизофренией утрачивает свою актуальность принятие на себе ответственности за развитие болезни ($r = -0,32$; $p < 0,01$) (по методике УСК), снижается выраженность тревожного, сенситивного и эргопатического ТОВ в структуре ВКБ ($r = -0,23$, $p < 0,05$; $r = -0,3$, $p < 0,01$ и $r = -0,24$, $p < 0,05$ соотв.) (по методике ТОБОЛ), а также улучшается представление о себе ($r = 0,33$; $p < 0,01$) (по методике Дембо-Рубинштейн) и повышается выраженность МПЗ по типу реактивных образований ($r = 0,45$; $p < 0,001$) (по методике ИЖС).

У женщин с увеличением возраста, наоборот, отмечается повышение выраженности тревожного и сенситивного ТОВ ($r = 0,26$, $p < 0,05$; $r = 0,38$, $p < 0,001$ соотв.) (по методике ТОБОЛ), растет эгоцентризм ($r = -0,32$; $p < 0,01$) (по методике ТОБОЛ) и внутренняя напряженность ($r = 0,32$; $p < 0,01$) (по Гиссенскому опроснику).

С увеличением числа госпитализаций у мужчин нарастает безразличие к своей судьбе, к исходу болезни и результатам лечения ($r = 0,37$; $p < 0,001$) (по методике ТОБОЛ), а с увеличением длительности заболевания увеличивается диссоциация «Я – образа» (по Гиссенскому опроснику). У женщин увеличение числа госпитализаций в психиатрический стационар сопровождается «уходом в болезнь» ($r = 0,32$; $p < 0,01$) (по методике ТОБОЛ), а увеличение длительности заболевания – регрессом личности ($r = 0,29$; $p < 0,01$) (по методике ИЖС) и ростом социальной фрустрированности ($r = 0,31$; $p < 0,01$) (по методике УСФ).

В главе 4 «Факторы и типы адаптации больных шизофренией» представлены результаты факторного анализа базовых биопсихосоциальных критериев, оказывающих

влияние на характер адаптации к болезни у мужчин и женщин, больных параноидной шизофренией, а также кластерного анализа типов их адаптации к болезни.

В разделе 4.1. «Значимые факторы адаптации к болезни мужчин и женщин с шизофренией» обнаружено по 7 факторов в двух матрицах наблюдений (мужчин и женщин), характеризующих значимые характеристики адаптации пациентов с шизофренией (таблица 2).

Таблица 2

Факторы адаптации к болезни пациентов с шизофренией

№ фактора	Мужчины (1-я группа)			Женщины (2-я группа)		
	Название фактора	Показатели, вошедшие в фактор, и их вес	% дисперсии	Название фактора	Показатели, вошедшие в фактор, и их вес	% дисперсии
1	Длительность заболевания	длительность заболевания (0,9), возраст (0,9), кол-во госпитализаций (0,9), степень ограничения жизнедеятельности (0,8)	14,9	Длительность заболевания и степень социального благополучия	возраст (0,8), длительность заболевания (0,7), кол-во сочетанных заболеваний (0,7), госпитализаций (0,7), детей (0,6), жилплощади (0,6), степень ограничения жизнедеятельности (0,7)	14,4
2	Психологические ресурсы личности в совладании с болезнью	уровень притязаний (0,7), адаптивные ТОБ (0,7), интрапсихические ТОБ (-0,7), интерпсихические ТОБ (-0,5), уровень самооценки (0,7), локус контроля (0,6)	11,2	Нервно-психическое напряжение в связи с заболеванием	СНЗ (0,7), адаптивные ТОБ (-0,7), интрапсихические ТОБ (0,7), интерпсихические ТОБ (0,5)	9,6
3	Самостигматизация	социальное одобрение (-0,7), социальная фрустрированность (0,6), агрессивность (0,6), закрытость (0,6)	8	Психологические ресурсы личности в совладании с болезнью	уровень притязаний (0,8), уровень самооценки (0,8), коэффициент социальной фрустрированности (-0,6)	9
4	Защитно-совладающее поведение как отражение расщеплённого самосознания личности	неконструктивный копинг (0,7), конструктивный копинг (0,7), СНЗ (0,5), общительность (0,5)	7,9	Органические нарушения головного мозга	кол-во ЧМТ (0,6), отсутствие отдельной жилплощади (0,5), низкий уровень образования (0,5), гипоманиакальное настроение (0,5)	8,3
5	Нервно-психическое напряжение в связи с заболеванием	интрапсихические ТОБ (0,5), избыточный контроль (0,7), интерпсихические ТОБ (0,6), СНЗ (0,6)	7	Совладающее поведение как отражение расщеплённого самосознания личности	конструктивный копинг (0,9), неконструктивный копинг (0,8)	7,6
6	Органические нарушения головного мозга	кол-во ЧМТ (0,7), степень злоупотребления психоактивными веществами (0,6), депрессивное настроение (0,5), кол-во сочетанных заболеваний (0,5)	6,7	Социальная самоизоляция	закрытость (0,8), социальная пассивность (0,8)	6,6
7	Социальные ресурсы	кол-во источников финансирования (0,7), уровень образования (0,6), кол-во детей (0,6)	6,3	Социальная среда	уровень инфраструктуры (0,6), злоупотребление психоактивными веществами (-0,6)	5,8
	Кумулятивный % дисперсии = 62			Кумулятивный % дисперсии = 61,3		

Условные обозначения: СНЗ - степень напряжённости защит; ТОБ - тип отношения к болезни.

Выявлено, что основным фактором, оказывающим влияние на характер адаптации у мужчин с шизофренией, является биологический – длительность заболевания, а у женщин биосоциальный – длительность заболевания и степень социального благополучия. Женщины характеризуются неустойчивостью к воздействию социальных стрессоров, выраженной растерянностью в связи с болезнью и в большей степени склонны к эмоциональным реакциям на болезнь и дезорганизации в поведении. Мужчины, испытывая хроническое чувство собственной неполноценности в связи с болезнью и ожидая пренебрежительного к себе отношения, отстраняются от окружающих, замыкаются в своих переживаниях и стремятся снизить значимость для себя взаимодействий с людьми. При этом для всех пациентов с параноидной шизофренией характерен выбор разнонаправленных стратегий совладающего со стрессом поведения и чрезмерная напряженность психологической защиты, связанные с утратой самоидентификации и дискордантностью личностных реакций.

Основными психологическими ресурсами в совладании с болезнью у пациентов с параноидной шизофренией являются стабильная самооценка и адекватный уровень притязаний, а социальными ресурсами – хорошее образование, сохранение трудовой деятельности и семейных отношений. Отягощающим течение болезни и ухудшающим адаптацию к болезни биологическим фактором у больных параноидной шизофренией являются ЧМТ в анамнезе, связанные у мужчин с аддиктивным поведением, развитием аутоагрессивных тенденций и predisпозицией к хроническим соматическим заболеваниям, а у женщин – сопровождающиеся ростом не критичности и снижением социально-экономических условий жизни.

В разделе 4.2. «Типы адаптации к болезни мужчин и женщин с шизофренией» представлены результаты кластерного анализа, позволившего разделить выборку мужчин и выборку женщин на 3 класса, отражающих характерные для больных параноидной шизофренией, независимо от пола, 3 типа адаптации к болезни в зависимости от их биопсихосоциальных характеристик.

Наиболее конструктивным типом адаптации к болезни, свойственным преимущественно пациентам с первыми приступами шизофрении (87% мужчин; 84% женщин) и характеризующимся, в первую очередь, достаточно реалистичной оценкой заболевания, относительно адекватным отношением к нему (по методике ТОБОЛ) ($102,5 \pm 5,1$; $82,3 \pm 4,4$ соотв.), умением принимать на себя ответственность за происходящие в жизни события (по методике УСК) ($5,8 \pm 0,4$; $5,5 \pm 0,4$ соотв.) и позитивной Я – концепцией (по методике Дембо – Рубинштейн) ($62,8 \pm 2,6$; $64,5 \pm 2,3$ соотв.), является «преодолевающий», обуславливающий относительно благоприятный социальный прогноз.

Наиболее деструктивным типом адаптации к болезни, проявляющимся у мужчин уже на первых этапах заболевания (71 % пациентов), а у женщин – преимущественно на отсроченных

(55% пациентов), и характеризующимся диффузным снижением единства и целостности системы психологической адаптации к болезни, выраженной растерянностью перед болезнью (по методике ТОБОЛ) ($62,7 \pm 4,3$; $61,4 \pm 2,8$ соотв.), дезорганизацией поведения (по методике ИЖС) ($46,8 \pm 2$; $50,1 \pm 2,1$ соотв.), пассивным отношением к лечению (по методике УСК) ($3,9 \pm 0,3$; $3,6 \pm 0,2$ соотв.) и негативной Я – концепцией (по Гиссенскому тесту) ($25,7 \pm 1,2$; $24,6 \pm 1$ соотв.), является «избегающий».

При этом «пассивный» тип адаптации к болезни, свойственный мужчинам преимущественно с длительным течением шизофрении (56% пациентов), а женщинам – преимущественно с первыми приступами шизофрении (71% пациентов), характеризуется отсутствием ярких аффективно насыщенных реакций на болезнь (по методике ТОБОЛ) ($31,4 \pm 3,2$; $30,9 \pm 4,2$ соотв.), завышенной самооценкой (по методике Дембо – Рубинштейн) ($61,6 \pm 3,1$; $63 \pm 2,7$ соотв.), формально адаптивным поведением (по копинг-тесту Лазаруса) ($54,4 \pm 1,8$; $49,5 \pm 2,6$ соотв.) с формальным соблюдением врачебных предписаний и пассивным приспособлением к внешним условиям среды (по методике УСК) ($4,5 \pm 0,3$; $4,1 \pm 0,2$ соотв.).

В обсуждении результатов исследования проводится анализ выявленных особенностей психологической адаптации у больных параноидной шизофренией с учетом пола и длительности заболевания в сопоставлении с известными ранее данными.

В заключении проводится обобщение полученных результатов проведенного исследования, подводятся итоги работы.

ВЫВОДЫ

1. В структуре внутренней картины болезни у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении являются ведущими сенситивный и эргопатический, а также высоко представлены гармоничный и анозогнозический типы отношения к болезни, при этом женщины более склонны верить в успех лечения, а мужчины – более терпеливы. С увеличением длительности заболевания структура внутренней картины болезни у мужчин характеризуется ослаблением сенситивных, эргопатических, тревожных, паранойяльных тенденций и преобладанием анозогнозического и апатического типов отношения к болезни, а у женщин – ростом ипохондрических, эгоцентрических, меланхолических и апатических тенденций с выступающим на первый план сенситивным типом отношения к болезни.

2. Одинаковые типы отношения к болезни, преобладающие у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении, имеют специфическое содержание в зависимости от пола больных. Гиперсенситивность в отношении к болезни проявляется у мужчин стремлением занять пассивную и зависимую позицию в общении, а у женщин – стремлением добиться поддержки окружающих; эргопатия у мужчин проявляется демонстрацией адекватности своих

установок, а у женщин – своей дееспособности. Анозогнозия у мужчин с длительным течением шизофрении способствует сохранению самоуважения и активности, а выраженная уязвимость у женщин ведет к формированию чувства собственной неполноценности.

3. В целом «Я – концепция» пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении характеризуется представлением о своей пассивности в достижении целей, неумении выстраивать отношения с людьми, переживанием неуважения и отчуждения со стороны окружающих и сопровождается формированием пассивно-подчиняемой социально отстраненной позиции. При этом мужчины с первыми приступами шизофрении, в отличие от остальных обследованных, склонны иметь низкую самооценку и принимать на себя ответственность за развитие заболевания, что с увеличением длительности заболевания сменяется выраженной некритичностью и неадекватностью в отношении к себе, выраженной диссоциацией «Я – образа».

4. Защитно-совладающее поведение пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении характеризуется высокой степенью диссоциации: доминирующий у мужчин механизм психологической защиты по типу интеллектуализации и копинг-стратегия «принятие ответственности» проявляются противоречивым сочетанием склонности к самооправданию с признанием своей роли в существующих проблемах; у женщин доминирующий механизм психологической защиты по типу реактивных образований и копинг-стратегия «поиск социальной поддержки» проявляются противоречивым сочетанием желания получить социальную поддержку и стремления доминировать над окружающими. С увеличением длительности заболевания защитно-совладающее поведение, утрачивая половые различия и превращаясь в общий механизм поведения, принимает формальный, малопродуктивный характер, проявляясь отстаиванием пациентами своей самостоятельности и активности.

5. Наиболее значимым фактором, оказывающим влияние на характер и успешность адаптации больных параноидной шизофренией, у мужчин является длительность заболевания, а у женщин – длительность заболевания и степень социального благополучия. Одинаковые психологические факторы влияют на процесс адаптации к болезни у мужчин и женщин с параноидной шизофренией в разной степени и имеют разные содержательные характеристики, описывающие её направленность: мужчины более подвержены эмоциональной и социальной изоляции, а женщины – дезорганизации в поведении с попытками восстановить социальную репутацию.

6. Для большинства пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении характерен «преодолевающий» тип адаптации к болезни, который сочетается у мужчин с «избегающим», а у женщин – с «пассивным», что свидетельствует о более конструктивном характере адаптации у женщин на ранних сроках заболевания. Пациенты с длительным

течением шизофрении адаптируются к болезни, как правило, посредством одного типа, при этом большинство мужчин используют «пассивный», а женщин – «избегающий» тип.

7. Психологическое сопровождение пациентов с параноидной шизофренией должно быть направлено на снижение выраженности диссоциации в характеристиках психологической адаптации, а также преодоление таких специфических для разных групп пациентов деструктивных характеристик, как низкая самооценка у мужчин и растерянность с чувством неполноценности у женщин с первыми приступами шизофрении, а также социальная ангедония у мужчин и чрезмерная сосредоточенность на себе у женщин с длительным течением заболевания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для повышения эффективности медико-психологического сопровождения пациентов с параноидной шизофренией, целесообразно выполнять следующие научно-обоснованные рекомендации.

1. Наряду с общими для всех больных параноидной шизофренией психокоррекционными методиками – коммуникативно-активирующими, социально-психологическими и когнитивно-поведенческими, направленными на преодоление или компенсацию аутизации, развитие мотивации к деятельности, формирование адекватного представления о своем заболевании и повышение социальной активности, необходимо использовать разные методики, с учётом пола пациентов и длительности заболевания: тренировку ассертивности у мужчин и психической саморегуляции – у женщин с первыми приступами, комплаенс-терапию у мужчин и тренировку способности к децентрации у женщин с длительным течением шизофрении.

2. Психологическое сопровождение мужчин с первыми приступами параноидной шизофрении должно быть направлено, в первую очередь, на снижение внутренней напряженности, коррекцию самооценки, развитие способности к «позитивному» мышлению и стимуляцию активности в сфере межличностных контактов, а женщин – на стабилизацию аффективного фона, развитие навыков самоконтроля, повышение толерантности к социальным стрессорам и формирование адекватного Я – образа.

3. Психологическое сопровождение мужчин с длительным течением параноидной шизофрении должно быть направлено на повышение психической активности, формирование ответственности за свое социальное поведение и реинтеграцию Я – концепции, а женщин – на снижение сосредоточенности на себе и развитие навыков удовлетворения социальных потребностей.

4. В работе с больными параноидной шизофренией специалистам важно учитывать тип, направленность адаптации к болезни и её основные характеристики, во многом определяющие прогноз течения заболевания.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

1. Проведение исследования показателей психологической адаптации и личностных ресурсов в совладании с болезнью у пациентов с простой, кататонической, гебефренной формами шизофрении, а также пациентов с шизофренией и сочетанными соматическими заболеваниями в сравнении с уже имеющимися данными по больным параноидной шизофренией.

2. Выявление факторов риска психической дезадаптации, а также обоснование критериев успешной адаптации у больных шизофренией с учетом пола, формы и длительности заболевания.

3. Разработка и апробация в условиях психиатрического стационара программы комплексного психологического сопровождения больных шизофренией с учетом пола, формы и длительности заболевания.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в научных журналах и изданиях, входящих в перечень рецензируемых российских научных журналов для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

1. Ханько А.В. Особенности значимых отношений и поведения мужчин с первыми приступами шизофрении / А.В. Ханько, Т.Н. Кондюхова // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина, серия «Психология». – 2011. – Т. 5, № 2. – С. 89-95 (0,5 / 0,3 п.л.).

2. Ханько А.В. Психологическая адаптация к болезни женщин с первыми приступами шизофрении / А.В. Ханько, Т.Н. Кондюхова // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 41-57 (0,8 / 0,5 п.л.).

3. Ханько А.В. Гендерные особенности адаптации к болезни у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении / А.В. Ханько // Вестник Южно-Уральского государственного университета, серия «Психология». – 2014. – Т. 7, № 1. – С. 93-101 (0,7 п.л.).

Статьи, тезисы докладов и статей

4. Ханько А.В. Значение отношения к болезни и психологических ресурсов личности больных шизофренией в клинике первого психотического эпизода / А.В. Ханько // Психология XXI века: Сборник материалов IV международной научно-практической конференции молодых ученых, 20-21 ноября 2008 г. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2008. – С. 850-854 (0,3 п.л.).

5. Ханько А.В. Психологическое сопровождение пациентов в отделении первого психотического эпизода психиатрического стационара / А.В. Ханько // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах) / Под ред. О.В. Лиманкина. – Т. 2. – СПб., 2009. – С. 122-129 (0,4 п.л.).

6. Ханько А.В. Гендерный подход в исследовании внутренней картины болезни пациентов с первым эпизодом шизофрении / А.В. Ханько, Т.Н. Кондюхова // Клиническая психология: итоги, проблемы, перспективы: Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 27-28 апреля 2010 г., АОУ ВПО «Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина». – СПб.: «АЙСИНГ», 2010. – С. 188-194 (0,4 / 0,3 п.л.).

7. Ханько А.В. Особенности защитно-совладающего поведения женщин с первыми приступами шизофрении / А.В. Ханько // Теоретические и прикладные проблемы клинической психологии: Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции, 24-25 ноября 2011 г. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2011. – С. 148-153 (0,4 п.л.).

8. Ханько А.В. Гендерные аспекты дестигматизации больных с первыми приступами шизофрении / А.В. Ханько // Реабилитация и дестигматизация в психиатрии: Материалы научно-практической конференции с международным участием, 4-5 июня 2013 г., Санкт-Петербург / отв. ред. Н.Н. Петрова. – СПб.: Элмор, 2013. – С. 122-123 (0,1 п.л.).

9. Ханько А.В. Специфика психологического сопровождения мужчин и женщин с первыми приступами шизофрении в зависимости от типа реакции на болезнь / А.В. Ханько // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии: Тезисы конференции, 19-21 сентября 2013 г., г. Самара / Под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова. – Самара, 2013. – С. 409-410 (0,1 п.л.).

10. Ханько А.В. Специфика психологической адаптации к болезни мужчин и женщин с первыми приступами шизофрении / А.В. Ханько // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «Таро», 2013. – С. 176-183 (0,5 п.л.).