

УДК 616.895.8-085

*Т.Л. Ряполова***КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, реабилитационный потенциал

Современную психиатрию характеризует интегративное понимание психических расстройств, основанное на взаимодействии биологических, психологических и социальных аспектов любого психического заболевания. Это находит отражение не только в мультидисциплинарном подходе к организации психиатрической помощи, но и в многоосевой диагностике психических расстройств, декларируемой международными требованиями [1, 3].

В рамках биопсихосоциальной модели шизофрении существенное значение в ее возникновении, клинических проявлениях и реабилитационном потенциале имеют адаптационно-компенсаторные механизмы. Они рассматриваются как составные элементы единого процесса способности больных приспособляться к тем или иным условиям жизни [4, 11].

Возникающая у многих больных психосоциальная дезадаптация понимается как дефицит адаптации, в основе которого лежит неспособность больного противостоять давлению социальных требований и обеспечить хотя бы удовлетворительный уровень функционирования в современной жизни [2, 11].

Суть ранней реабилитации состоит не только в сохранении у больного доболлезненного уровня социальной адаптации, но и в оптимизации приспособительных механизмов, адаптивных ресурсов и реабилитационного потенциала. Нарушения социальной адаптации, проявляющиеся в трудностях решения интерперсональных проблем, являются ключевым аспектом социального функционирования при шизофрении [2, 9].

Реабилитационный потенциал - способность выбора адекватной функциональной стратегии, направленной на достижение жизненно важных целей, которая определяется совокупностью механизмов и форм психологической компенсации, их количественными и качественными

параметрами [2].

Адекватная оценка функциональных возможностей больного, его реабилитационного потенциала, а также отбор методов реабилитационного, в том числе психотерапевтического вмешательства, невозможны без клинического изучения индивидуальных механизмов психологической защиты на разных уровнях ее психологической иерархии. Касаясь проблемы ранней реабилитации больных с инициальными формами шизофрении, можно отметить, что на изначально низкий уровень их социальной компетентности накладываются возникающие при манифестном психотическом эпизоде неблагоприятные формы социальной адаптации и дезадаптивной психологической защиты, обуславливающие искажение процессов переработки информации. Эти искажения приводят к отклонениям в самооценке, восприятии окружающих и характерным дезадаптивным поведенческим реакциям. Цель психологической защиты заключается в снижении эмоциональной напряженности и предотвращении дезорганизации поведения, сознания и психики в целом [8, 12, 15].

Представления об этиопатогенезе шизофрении в рамках модели «уязвимость – стресс – болезнь» [17] предполагают в качестве необходимого условия для развития заболевания наличие индивидуально непереносимого стрессового воздействия, а также низкую способность защитно-совладающего поведения или использования эффективных копинг-стратегий, направленных на сознательное совладание со стрессом.

Понятие копинг-поведение интерпретируется исследователями этой проблемы как совладающее поведение или психологическое преодоление. Определение «coping» подразумевает индивидуальный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее

значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами. Дополнительным основанием для изучения особенностей копинг-поведения у больных шизофренией является то, что преобладающие стратегии поведения оказывают существенное влияние на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания, вероятность рецидивов. Доказано, что способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями значительно снижается у пациентов с дефицитом навыков социального и проблемно-решающего поведения, они часто применяют неадаптивные варианты копинг-поведения [14, 16].

Успешность адаптации зависит не столько от особенностей и объективных характеристик ситуации, сколько от наличия и особенностей индивидуальных психологических ресурсов, адекватности и эффективности стратегий их использования. Общими критериями успешности социальной адаптации являются субъективная оценка уровня адаптивности, положительное эмоциональное состояние, наличие возможностей для дальнейшего развития. Оптимальным для социальной адаптации является принятие себя и других в сочетании со стремлением реализовать собственные ресурсы и уверенностью в самоэффективности и адекватности собственной жизнедеятельности.

Материал и методы исследования

Стандартизованная оценка приспособительного поведения была проведена у 143 больных с впервые установленным диагнозом параноидной шизофрении (основная группа). Были обследованы пациенты в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст $24 \pm 3,45$ года). Мужчин было 79 чел. (55,45%), женщин – 64 чел. (44,55%). Все обследованные больные прошли курс антипсихотической терапии в стационаре, средняя продолжительность продуктивного этапа болезни составляла $35 \pm 0,45$ дней. Пациенты были обследованы перед выпиской из стационара. В группу сравнения были включены 173 больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением с сопоставимыми гендерно-возрастными особенностями (группа сравнения). 94 пациента (54,07%) перенесли 2 психотических эпизода, 79 (45,93%) – 3 эпизода болезни. Давность заболевания у пациентов данной группы не превышала 5 лет. Состояние ремиссии у них было достигнуто в процессе нейрорепитивной терапии.

Многочисленными исследованиями [2, 12, 15, 16] было показано, что у больных шизофренией нарушается социальное функционирование, в частности, адекватность социального восприятия, вербальные коммуникации, способность к разрешению межличностных проблем и сложных жизненных ситуаций. Они проявляют повышенную тревогу по отношению к социальным эмоционально значимым стимулам, их деятельность легко дезорганизуется под влиянием эмоциональных нагрузок. Как правило, ухудшается способность к взаимодействию с другими людьми, снижается социальная мотивация к достижениям и интерес к деятельности. При этом срыв социального функционирования или снижение уровня достижений проявляется уже в фазе продрома, то есть задолго до первого контакта пациента с психиатрической службой.

Целью настоящего исследования было изучение реабилитационного потенциала больных шизофренией для определения мишеней раннего реабилитационного вмешательства. Оценка реабилитационного потенциала включала исследование уровня психической адаптации (спектра и напряженности механизмов психологической защиты и стратегий копинг-поведения), а также уровня психосоциальной адаптации (способности к психосоциальной адаптации и уровня личностной приспособляемости).

Клинический метод включал в себя сбор анамнеза, обследование психического статуса и верификацию диагноза по критериям МКБ-10

Клинико-психологический метод включал в себя:

- оценку уровней напряженности механизмов психологической защиты с использованием опросника «LIFE STYLE INDEX (LSI)» Келлермана-Плутчика [7, 10, 13].

- оценку копинг-стратегий с помощью опросника «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптированный вариант Т.А.Крюковой) [10, 14].

- оценку социально-психологической адаптации с помощью методики К.Роджерса и Р.Даймонда [6].

- оценку способности к психосоциальной адаптации с помощью методики EAPS [1].

Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat» [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Защитные механизмы у обследованного нами контингента больных играли не только дезадаптивную роль, так как по своей природе они искажают восприятие реальности, но и способствовали адаптации, охраняя не только самоуважение человека, но и помогая ему справиться с жизненными трудностями. В связи с этим защитные механизмы, функционирующие в рамках манифестного приступа шизофрении, определяющие способность личности адаптироваться к психотическому регистру психопатологической симптоматики, были разделены на две группы: 1) компенсаторный набор – компенсирующий клинические проявления психического расстройства и являющийся благоприятным прогностическим критерием, способствующим фор-

мированию качественного терапевтического ответа и 2) декомпенсирующий набор – усугубляющий симптоматику комплекс защитных стратегий, идентифицируемый как неблагоприятный прогностический критерий.

Компенсаторный набор включает относительно зрелые механизмы психологической компенсации: рационализация-интеллектуализация, замещение, компенсация; декомпенсирующий набор состоит из незрелых (примитивных) механизмов: вытеснение, отрицание, проекция и регрессия.

Усредненные показатели напряженности механизмов психологической защиты у больных с манифестным приступом и хронической динамикой заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика защитных механизмов больных шизофренией с различной давностью заболевания

Показатель	Основная группа $\bar{X} \pm m$ (n=143)	Группа сравнения $\bar{X} \pm m$ (n=173)	Статистическая значимость различия, p
Вытеснение	43,077±1,67	45,954±1,54	0,23
Регрессия	25,257±1,26	34,784±1,16	<0,001*
Замещение	24,406±1,27	26,474±1,08	0,11
Отрицание	18,450±1,27	22,596±1,34	0,04*
Проекция	24,883±1,21	26,782±1,40	0,74
Компенсация	14,965±1,09	17,341±1,10	0,20
Гиперкомпенсация	27,832±1,32	22,370±1,16	0,002*
Рационализация	27,331±1,41	16,570±1,30	<0,001*
ОНЗ	25,676±0,42	26,973±0,47	<0,001*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

У всех обследованных больных шизофренией как основной группы, так и группы сравнения, выявлен выраженный дисбаланс МПЗ при достоверно более высоких показателях ОНЗ ($p < 0,001$) у больных с переходом к хронической динамике заболевания. В обеих группах больных наибольшей напряженностью отличались показатели вытеснения при относительно низкой напряженности компенсации и отрицания.

Особенности психологической защиты у больных основной группы характеризуются сочетанием высокой напряженности зрелых и, в

меньшей мере, примитивных механизмов. Так, профиль МПЗ у этих больных представлен высокой напряженностью вытеснения (43,077±1,67), гиперкомпенсации (27,832±1,32) и рационализации (27,331±1,41). В группе сравнения, в отличие от основной группы, достоверно преобладает напряженность исключительно незрелых МПЗ: вытеснения (45,954±1,54), регрессии (34,784±1,16), отрицания (22,596±1,34), а также общая напряженность защиты (26,973±0,47).

Приведенные данные об особенностях МПЗ

у больных шизофренией с различной длительностью заболевания важны не только сами по себе, но и с точки зрения отбора наиболее целесообразных психотерапевтических методов на основе адекватной оценки иерархического уровня мишеней. В частности, высокая напряженность рационализации у больных с манифестным психотическим эпизодом предполагает в качестве коррекционной тактики сравнительный анализ множественных ситуаций, позволяющий выйти на стержневые побуждения, скрываемые рационализацией, смену ракурсов видения реальности (взаимооценка, нормативные данные, свой взгляд на себя со стороны), что дает возможность пациенту увидеть разницу между объективной и искаженной рационализацией действительностью, осознать защитную природу рационализации, скрываемые побуждения, осуществлять поиск альтернативных способов самоутверждения. В то же время высокая напряженность отрицания у больных группы сравнения требует использования приемов, направленных на осознание значимости отрицаемых содержаний для приспособительного поведения больного, на осознание причинной связи отрицаемого материала с дефицитом приспособительного поведения, на осознание целостного механизма дезадаптации.

В группе больных, перенесших манифестный приступ шизофрении выявлены достоверные корреляции напряженности вытеснения и регрессии ($r=0,260233$), рационализации ($r=0,537322$), компенсации ($r=-0,421266$) и гиперкомпенсации ($r=-0,697487$). Несмотря на связь с достаточно большим количеством защитных механизмов, вытеснение не является защитой, которая играет ведущую роль в общей напряженности защитных механизмов (достоверная отрицательная корреляция напряженности вытеснения и ОНЗ, $r=-0,219655$).

Напряженность компенсации и гиперкомпенсации достоверно положительно коррелируют между собой ($r=0,461488$), что подтверждает единую схему образования этих механизмов защиты: компенсаторное поведение с целью достижения или поддержания определенного социального статуса (компенсация), утрированное или неоправданное стремление достичь результатов или совершенства в какой-либо области (гиперкомпенсация). Однако именно эти механизмы участвуют в формировании адаптационно-компенсаторного поведения, о чем свидетельствует наличие достоверных положительных корреляций напряженности компенсации и ги-

перкомпенсации с общей напряженностью защиты ($r=0,192676$ и $r=0,282467$ соответственно).

Наиболее конструктивными защитными механизмами при манифестном присупе шизофрении, по результатам корреляционного анализа, являются компенсация (достоверные отрицательные корреляции с эскапизмом ($r=-0,452437$), копинг-поведением, ориентированным на эмоции ($r=-0,255109$) и копингом, ориентированным на избегание ($r=-0,197210$)) и гиперкомпенсация (достоверные отрицательные корреляции с эскапизмом ($r=-0,608493$), копинг-поведением, ориентированным на эмоции ($r=-0,294995$) и копингом, ориентированным на избегание ($r=-0,265668$)).

В целом, у больных после первого эпизода шизофрении защитные механизмы играют весьма значительную роль в формировании более адаптивных форм поведения. Это подтверждается наличием отрицательных корреляций между ОНЗ и эскапизмом ($r=-0,253548$), условно конструктивным копингом, ориентированным на эмоции ($r=-0,268285$), неконструктивным копингом, ориентированным на избегание ($r=-0,576183$), а также положительными корреляциями между ОНЗ и психосоциальной адаптацией (суммарный показатель ПСА ($r=0,181232$), а также в сферах «Проведение досуга» ($r=0,225892$), «Внесемейные (дружеские) взаимоотношения» ($r=0,214006$)).

Несмотря на наличие корреляционных связей между отдельными защитными механизмами и уровнями ПСА в различных сферах, в целом, по мере нарастания симптомов заболевания, роль механизмов защиты в адаптации пациентов ослабевает даже в сравнении с их незначительной активностью у больных основной группы. На основании проведенного анализа можно думать о том, что более интенсивное использование защитных механизмов будет препятствовать формированию избегающего поведения (достоверная отрицательная корреляция между ОНЗ и копинг-стратегией, ориентированной на избегание, $r=-0,198563$) и способствовать психосоциальной адаптации в сферах «Жизнедеятельность и работоспособность» ($r=0,153368$) и «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=0,168062$).

Методический подход, использованный в настоящем исследовании для оценки копинга у больных шизофренией, позволил выделить три основных типа копинг-стратегий: а) копинг, «сфокусированный на разрешении проблем», направленный на устранение стрессовой связи

между личностью и средой; б) копинг, «сфокусированный на эмоциях», направленный на управление эмоциональным стрессом; в) копинг, «сфокусированный на избегании» - отказ от решения проблем, уход в болезнь. Перечисленные стратегии преодоления характеризуются определенным набором когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов переживания стресса, образующих различные комбинации.

Весь спектр возможных копинг-стратегий у больных шизофренией был разделен на конструктивные, условно конструктивные и неконструктивные варианты. Как конструктивный рассматривался копинг, ориентированный на разрешение проблем, как условно конструктивный – ориентированный на эмоции и как неконструктивный – ориентированный на избегание.

В таблице 2 приведены данные об интенсивности использования различных копинг-стратегий больными шизофренией на этапе манифестного психотического эпизода и при первых рецидивах заболевания.

Больные основной группы, в отличие от больных группы сравнения, достоверно чаще использовали конструктивные варианты копинга ($p < 0,001$), как разновидности более или менее успешного адаптивного поведения, направленного на преодоление трудностей. В то же время в группе сравнения преобладали неконструктивные варианты копинга, при которых предпочтение отдавалось «активному избеганию» или дезадаптивному поведению, предполагающему изоляцию от окружающих, избегание совместной деятельности в преодолении возникших трудностей.

Таблица 2

Сравнительная характеристика копинг-стратегий больных шизофренией с различной давностью заболевания

Показатель	Основная группа, $\bar{X} \pm m$ (n=143)	Группа сравнения, $\bar{X} \pm m$ (n=173)	Статистическая значимость различия, p
I - копинг, ориентированный на решение задач	42,15±0,93	33,86±0,61	<0,001*
II - копинг, ориентированный на эмоции	51,94±0,95	38,32±0,67	<0,001*
III - копинг, ориентированный на избегание	38,45±0,83	46,1±0,91	<0,001*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

О такой же закономерности свидетельствуют и показатели интенсивности использования стратегий совладания в сравниваемых группах. У больных с манифестным эпизодом шизофрении в достоверно большей степени ($p < 0,001$) задействованы механизмы рационального преодоления проблем и управления эмоциональным стрессом, а в группе больных с рецидивной динамикой – механизмы избегания. Низкое развитие копинг-ресурсов в этих случаях является отражением формирования у больных с первыми рецидивами заболевания пассивного дезадаптивного приспособительного поведения, дезинтеграции личности и социальной изоляции

($p < 0,001$).

На основании проведенного корреляционного анализа можно предположить, что у больных с манифестным приступом шизофрении копинг, ориентированный на эмоции, существенно не препятствует уровню адаптации больных в социуме (показатель копинга достоверно положительно коррелирует с индексом адаптации, $r=0,281134$), являясь достаточно приемлемым для личности больного и его эмоциональной сферы (показатель копинга достоверно положительно коррелирует с индексом эмоционального комфорта, $r=0,165817$), контролируется сознанием пациента (показатель копинга достоверно

положительно коррелирует с индексом интернальности, $r=0,166454$). В то же время использование данной копинг-стратегии способствует и сопровождается заниженной самооценкой и переключением ответственности с себя на окружающих (достоверная отрицательная корреляция с индексом доминирования как показателем психосоциальной адаптации больных, $r=-0,181749$). Данный вариант копинга свидетельствует о слабости защитных психологических механизмов как бессознательного процесса, регулирующего уровень эмоционального напряжения, главным образом, тревоги, что подтверждается наличием достоверных отрицательных корреляций с общей напряженностью механизмов защиты ($r=-0,268285$).

Несмотря на неконструктивный характер копинга, ориентированного на избегание, для пациентов основной группы данная стратегия является достаточно эмоционально комфортной (показатель копинга достоверно положительно коррелирует с индексом эмоционального комфорта, $r=0,184830$), осознанной и контролируемой (достоверная положительная корреляция с индексом интернальности, $r=0,167490$), что может быть связано с формирующимся уже на начальных этапах эмоционально-мотивационным снижением больных шизофренией. В данной группе копинг, ориентированный на избегание, достоверно положительно коррелирует с защитными психологическими механизмами вытеснения ($r=0,209256$) и рационализации ($r=0,165522$). Рационализация - защитный механизм, основанный на «чрезмерно умственном» способе преодоления конфликтной ситуации без переживания. Иными словами, личность пресекает переживания в ответ на неприятную или субъективно неприемлемую ситуацию при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного (уход из мира импульсов и аффектов в мир слов и абстракций). При рационализации личность создает логические (псевдоразумные), но благовидные обоснования своего или чужого поведения, действий или переживаний, вызванных причинами, которые она не может признать из-за угрозы потери самоуважения. Привлекается общепринятый, так называемый здравый смысл для оправдания и рационального поведения, установок, представлений. Вытеснение - наиболее частый и главный способ незрелой психологической защиты, характеризующийся удалением из сознания конфликтогенной эмоционально болезненной информации,

как правило, потенциально угрожающей самооценке, чувству собственной ценности. Другими словами, вытеснение - это механизм защиты, посредством которого неприемлемые, вызывающие тревогу для личности мысли, чувства становятся бессознательными. Копинг, ориентированный на избегание, неизбежно проявляется уходом от проблем (достоверная положительная корреляция с эскапизмом, $r=0,207376$) и нежеланием брать на себя ответственность за происходящие события (достоверная отрицательная корреляция с индексом доминирования, $r=-0,196992$).

Для обеих сравниваемых групп больных оказалась достоверной отрицательная корреляция копинга, ориентированного на избегание, с общей напряженностью механизмов защиты. Однако в группе сравнения данная корреляция является более тесной ($r=-0,198563$), нежели в основной группе ($r=-0,576183$). Это говорит об ослаблении роли защитных механизмов в формировании конструктивных копинг-стратегий по мере прогрессирования заболевания.

С помощью методики оценки социально-психологической адаптированности К.Роджерса и Р.Даймонда были исследованы такие критерии адаптированности как принятие себя, чувство собственного достоинства, принятие и умение уважать других, открытость реальной практике деятельности и отношений, эмоциональный комфорт, наличие внутреннего самоконтроля, умение мыслить и действовать самостоятельно, не пасовать перед трудностями, а также характеристики дезадаптированности, выражающиеся в неприятии себя и других, наличии защитных барьеров в осмыслении своего актуального опыта, эмоциональном дискомфорте, неумении самостоятельно решать проблемы.

Оценка уровня социально-психологической адаптации представлена в виде сравнительного анализа индексов социальной адаптации (таблица 3).

На основании результатов исследования индексов личностной адаптированности можно сделать заключение о том, что больные с впервые установленным диагнозом шизофрении на этапе «вызревания» ремиссии более или менее активно и осознанно стремятся к общению, относительно легко вступают в контакт, не теряют инициативы, рассчитывая в то же время на поддержку окружающих, главным образом, семьи, стремятся к устройству личной жизни, материальному благополучию.

Сравнительная оценка индексов социальной адаптации больных шизофренией с различной давностью заболевания

Показатель	Основная группа, $\bar{X} \pm m$ (n=143)	Группа сравнения, $\bar{X} \pm m$, (n=173)	Статистическая значимость различия, р
А-«адаптация»	37,3±0,33	28,1±0,27	<0,001*
S-«самоприятие»	48,68±0,47	40,11±0,45	<0,001*
L-«приятие других»	39±0,48	29,14±0,43	<0,001*
Е-«эмоциональная комфортность»	39,53±0,34	24,65±0,35	<0,001*
I-«интернальность»	42,09±0,4	30,68±0,43	<0,001*
D-«стремление к доминированию»	37,55±0,37	20,24±0,53	<0,001*
Эскапизм	18,84±0,17	21,81±0,16	<0,001*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

Несмотря на проявленную активную регуляцию и присутствие положительных эмоций в процессе общения, пациенты достаточно часто все-таки надеются на других, внешние обстоятельства и т.д. и испытывают астенические эмоции смущения, растерянности, беспокойства, приводящие к эмоционально-личностным трудностям. Некоторое снижение желаний контактировать с окружающими возникает у части из них из-за переживаний отрицательных эмоций в связи с госпитализацией в психиатрическую больницу, снижения уверенности в собственных силах, недостатка приемов реализации общительности, ее эгоцентрической мотивации.

Уровень адаптивности больных с манифестным приступом шизофрении тесно связан с самооценкой больных, их способностью принимать окружающих, состоянием эмоциональной сферы и способности к самоконтролю, о чем свидетельствуют достоверные корреляции индекса адаптивности и индексов самоприятия ($r=0,397799$), принятия других ($r=0,375203$), эмоциональной комфортности ($r=0,361827$) и интернальности ($r=0,328437$). Больные этой группы обнаруживают известную зависимость между отношением к окружающим и самому себе и состоянием эмоциональной сферы (достоверные корреляции между индексом самоприятия и индексами принятия других ($r=0,172878$) и эмоциональной комфортности ($r=0,418391$)). Так, заниженная самооценка делает больных неуверенными в себе, они начинают подозревать

окружающих в настороженном отношении к себе, что, соответственно снижает уровень эмоционального комфорта и провоцирует состояния депрессии или эмоциональной неустойчивости. Напротив, сохранность самооценки, принятие себя и уважение к себе помогает больным и окружающим воспринимать более дружелюбно, и сохраняет состояние эмоциональной комфортности. Помимо этого, принятию других способствует достаточный уровень внутреннего контроля (достоверные корреляции с индексом интернальности, $r=0,370920$) и умение в определенных ситуациях подчинить себя воле других людей, отказаться от излишних амбиций (достоверные отрицательные корреляции с индексом стремления к доминированию, $r=-0,278108$). Более того, не всегда оправданное стремление к лидерству у больных основной группы нередко являлось попыткой сопротивления излишнему контролю со стороны окружающих (достоверные корреляции с индексом интернальности, $r=-0,255281$) и сопровождалось эмоциональным дискомфортом (достоверные корреляции с индексом эмоциональной комфортности, $r=-0,478571$).

Такая социально-психологическая характеристика личности больных с манифестными формами шизофрении как уход от проблем, формировалась при участии защитных механизмов вытеснения ($r=0,626509$) и рационализации ($r=0,475389$). Защитные механизмы компенсации и гиперкомпенсации препятствовали разви-

тию эскапизма (достоверные отрицательные корреляции с напряженностью этих защитных механизмов, $r=-0,452347$ и $r=-0,608493$). Более того, чем активнее работали адаптационно-компенсаторные защитные механизмы, тем более активными были больные в разрешении проблем (достоверная отрицательная корреляция уровня эскапизма и общей напряженности защиты, $r=-0,253548$). Уход от проблем положительно коррелировал с копинг-поведением, ориентированным на избегание ($r=0,207376$). Помимо этого, отказ от проблемно-решающего поведения способствовал как общей психосоциальной дезадаптации (достоверные отрицательные корреляции уровня эскапизма и суммарного показателя психосоциальной адаптации, $r=-0,169737$), так и проблемам во внутрисемейных отношениях (достоверные отрицательные корреляции уровня эскапизма и показателя адаптации в сфере «Семейные взаимоотношения», $r=-0,175896$).

В случае неблагоприятной динамики заболевания и возникновении первых рецидивов ухудшаются интегральные показатели социально-психологической адаптации по всему спектру изучавшихся показателей. Это является существенным критерием снижения адаптивных ресурсов личности и ограничивает возможности лечебно-реабилитационного вмешательства. В свою очередь, относительно сохраненный уровень адаптированности больных на этапе первого психотического эпизода является надежной предпосылкой для эффективного использования реабилитационной тактики.

У больных группы сравнения были выявлены достоверные положительные корреляции индекса адаптивности и индексов самоприятия ($r=0,551540$) и эмоциональной комфортности ($r=0,376686$). Больные с рецидивирующей шизофренией являются более адаптированными в случае адекватной самооценки, умения принять собственные качества и новый статус больного, не испытывая при этом эмоционального напряжения и дискомфорта. Эмоциональная уравновешенность этих больных в значительной степени определяется степенью внутреннего контроля над эмоциями и поведенческими проявлениями (достоверные положительные корреляции с индексом интернальности, $r=0,251192$). Выявленные достоверные положительные корреляции между индексом принятия других и уровнем эмоционального комфорта ($r=0,234286$) и индексом интернальности ($r=0,446050$) обнаруживают прямую взаимосвязь между состоянием эмоционально-волевой сферы больных и их

отношением к окружающим людям. Взаимоотношения с окружающими, адекватная оценка их поведения и отношения к больному с одной стороны, зависят от эмоционального состояния пациента, который сознательно контролирует свое поведение, с другой стороны, пациенты этой группы при позитивной оценке окружающих, восприятию их как принимающих больных с их достоинствами и недостатками, испытывают большую комфортность в эмоциональной сфере и лучше контролируют свое поведение. Наличие прессинга или непонимания со стороны окружающих приводит к формированию пассивных форм поведения с нарастанием эмоциональной неудовлетворенности с возможными эмоциональными и поведенческими взрывами.

Наличие отрицательных корреляций между индексом принятия других и уровнем адаптации в сферах «Проведение досуга» ($r=-0,156374$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=-0,155118$) и «Деньги и финансы» ($r=-0,173429$) может свидетельствовать о существенной роли социальных взаимоотношений в психосоциальной адаптации больных, перенесших несколько психотических эпизодов шизофрении. Аутизация больных с настороженным отношением к окружающим приводит к формированию самоизолирующих увлечений и хобби, нередко высокоинтеллектуального (при большей сохранности в когнитивной сфере) или околофилософского характера, основная цель которых – достичь определенного уровня адаптации при минимальном количестве контактов с окружающим миром. Неприятие окружающих, ограничение и избегание контактов с другими людьми может быть источником затруднений не только в зарабатывании денег, но и в способности распоряжаться ими, вкладывать деньги в новое делопроизводство.

Уход от проблем (эскапизм) больных с рецидивным течением шизофрении в значительной мере обусловлен активностью (напряженностью) защитных психологических механизмов. Более выраженные проявления эскапизма связаны с напряженностью вытеснения ($r=0,394421$), регрессии ($r=0,197695$) и рационализации ($r=0,259787$). В случаях с включением защитных механизмов проекции (приписывание другим собственных отрицательных свойств и качеств), компенсации или гиперкомпенсации (взятие на себя социально более приемлемой роли взамен осознаваемого или плохо осознаваемого дефекта) уход от проблем становился менее выраженным, по крайней мере, в самооценке больных (достоверные корреляции с напря-

женностью проекции ($r=-0,341589$), компенсации ($r=-0,326552$), гиперкомпенсации ($r=-0,445690$). Однако уход от проблем вне зависимости от участвующих в его формировании механизмов не способствовал выработке конструктивных копинг-стратегий (достоверные отрицательные корреляции с копингом, ориентированным на решение проблем, $r=-0,154925$).

Проведение исследования психосоциальной адаптации (ПСА) у 316 больных шизофренией

на различных стадиях заболевания ни у кого из них не выявило ни очень высокой способности адаптироваться к различным сферам жизнедеятельности, ни крайних степеней ее снижения, включая полную дезадаптацию. Вместе с тем, в сравниваемых группах больных установлены существенные достоверные различия уровней снижения способности приспосабливаться и взаимодействовать с микросоциальным окружением (таблица 4, таблица 5).

Таблица 4

Распределение больных шизофренией исследуемых групп в зависимости от уровня способности к психосоциальной адаптации

Уровень способности к психосоциальной адаптации	Основная группа (абс. (%))	Группа сравнения (абс. (%))
Высокий (80-100 баллов)	12 (8,4%)	1 (0,6%)
Умеренный (70-80 баллов)	81 (56,6%)	16 (9,3%)
Ограниченный (60-70 баллов)	48 (33,6%)	45 (26,1%)
Пониженный (50-60 баллов)	2 (1,4%)	66 (38,4%)
Низкий (менее 50 баллов)	-	44 (25,6%)
Всего	143 (100%)	172 (100%)

У больных основной группы процесс приспособления психической деятельности (системного функционирования многих биологических и психологических подсистем) к условиям и требованиям окружающей среды, позволяющий им, не нарушая адекватного соответствия между его психическими и физиологическими характеристиками, устанавливать оптимальные отношения с окружающей средой и, вместе с тем, удовлетворять свои актуальные потребности, соответствовал или умеренной СПА (56,6% больных), или нерезко выраженному ее ограничению (33,6% больных). Количественные показатели адаптации по 10-балльной системе располагались в диапазоне 6-8 баллов (средняя оценка 7,4 балла) и отражали следующие качественные характеристики приспособительного поведения больных: 1) снижение инициативы в трудовой деятельности, ограничение способности к определенной работе; 2) сокращение времени проведения досуга из-за неудовлетворенности и снижения мотивации; 3) ограничение способности к гармоничным семейным отношениям из-за отсутствия разнообразия и инициативности со стороны пациента; 4) ограничение способности к внесемейным отношениям из-за снижения их количества; 5) ограничение общественной и со-

циальной жизни; 6) ограничение способности к гармоничным межличностным отношениям; 7) ослабление стремления к познанию новой информации; 8) посредственная способность зарабатывать деньги, управлять и распоряжаться ими; 9) ограниченный интерес к некоторым компонентам своей внешности; 10) удовлетворительные условия проживания и питания.

У больных группы сравнения наблюдалось более выраженное нарушение ПСА: у 16 больных (9,3%) умеренная, у 45 больных (26,1%) – ограниченная, у 66 больных (38,4%) – пониженная и у 44 больных (25,6%) – низкая способность к психосоциальной адаптации. Количественные показатели по различным рубрикам снижались до 4 – 6 баллов (5,67 балла). Качественные нарушения ПСА у этого контингента больных преломлялись в таких характеристиках: 1) ограниченная способность к определенной работе, необходимость находиться под чьим-то руководством; 2) выраженное сокращение досуга с непостоянством и навязыванием занятий в свободное время, неудовлетворенность проведением досуга; 3) ограниченная способность к гармоничным семейным отношениям из-за отсутствия разнообразия и инициативности со стороны пациента; 4) выраженный дефицит внесемейных

отношений с ограничением их числа, трудности в завязывании новых отношений, плохое качество отношений с тенденцией к конфликтным ситуациям; 5) плохая приспособляемость к общественной и социальной жизни из-за трудностей в понимании «социальной нормы» и соответствия ей, низкого и непоследовательного участия в общественной жизни; 6) выраженный дефицит в межличностных взаимоотношениях с низкой возможностью адаптации к личностным качествам других людей, отсутствием эмо-

ционального разнообразия при социальных контактах; 7) эпизодический интерес к познанию окружающей информации с недостаточным ее знанием и пониманием; 8) ограниченная способность зарабатывать и использовать финансы, отсутствие работы, неоправданные траты денег; 9) внешний вид с недостаточной чистотой кожных покровов и неухоженной прической; 10) недостатки в условиях жизни в виде плохого ухода за местом проживания и нарушений режима питания.

Таблица 5

Сравнительная оценка уровней ПСА у больных шизофренией с различной длительностью заболевания

Показатель	Основная группа, $\bar{X} \pm m$ (n=143)	Группа сравнения, $\bar{X} \pm m$ (n=173)	Статистическая значимость различия, p
Жизнедеятельность и работоспособность	7,75±0,07	6,36±0,08	<0,001*
Проведение досуга	7,02±0,07	5,54±0,1	<0,001*
Семейные взаимоотношения	7,03±0,06	6,04±0,1	<0,001*
Внесемейные (дружеские) взаимоотношения	6,81±0,05	4,61±0,1	<0,001*
Общественная (социальная) жизнь	6,79±0,06	4,94±0,1	<0,001*
Межличностные отношения	6,74±0,05	4,72±0,1	<0,001*
Интерес к познанию окружающей информации	7,12±0,07	5,98±0,1	<0,001*
Деньги и финансы	7,01±0,06	5,62±0,1	<0,001*
-Внешний вид	8,02±0,06	6,17±0,11	<0,001*
Условия жизни. Место проживания. Питание	8,14±0,07	6,05±0,11	<0,001*
Суммарный показатель	72,43±0,44	56,03±0,77	<0,001*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

Использование больными основной группы конструктивных копинг-стратегий способствует более успешной психосоциальной адаптации, о чем свидетельствуют положительные корреляции с копинг-стратегиями, ориентированными на решение проблем в большинстве исследованных сфер: «Жизнедеятельность и работоспособность» ($r=0,436117$), «Проведение досуга» ($r=0,200454$), «Общественная (социальная) жизнь» ($r=0,227225$), «Межличностные отношения» ($r=0,233651$), «Интерес к познанию окру-

жающей информации» ($r=0,333256$), «Деньги и финансы» ($r=0,247441$), «Внешний вид» ($r=0,283986$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=0,221280$), суммарный показатель ПСА ($r=0,336550$). Формированию адаптивных форм поведения у этих больных способствует достаточно высокая напряженность защитных психологических механизмов, так, положительные корреляции с общей напряженностью защитных механизмов обнаружены в сферах «Проведение досуга» ($r=0,225892$), «Внесемейные

(дружеские) взаимоотношения» ($r=0,214006$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=0,184175$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=0,181232$), суммарный показатель ПСА ($r=0,183685$). При этом проведенный корреляционный анализ не позволяет абсолютизировать роль рационализации как защитного механизма, помогающего справляться с разнообразными жизненными ситуациями, особенно в жизненных сферах «Жизнедеятельность и работоспособность» ($r=-0,199542$), «Деньги и финансы» ($r=-0,185221$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=-0,216061$), суммарный показатель ПСА ($r=-0,116832$). Достоверная отрицательная корреляция между напряженностью защитного механизма замещение и уровнем адаптации в сфере «Семейные взаимоотношения» ($r=-0,252078$) подтверждает достаточно высокий уровень проблем в семьях больных с впервые диагностированной шизофренией, которые отчасти связаны с формирующейся у этих пациентов способностью выплескивать накопившиеся отрицательные эмоции на членов семьи как более зависимых и представляющих меньшую опасность в сравнении с остальным окружающим миром, который в восприятии больного является потенциально враждебным и не принимающим его проблемы. Такая социально-психологическая характеристика личности как эскапизм (уход от проблем) вносит весьма ощутимый вклад в уровень ПСА, причем эти влияния прослеживаются как на уровне отдельных сфер ПСА («Проведение досуга» ($r=-0,208870$), «Семейные взаимоотношения» ($r=-0,175896$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=-0,169737$)), так и на уровне суммарного показателя ПСА ($r=-0,136782$), т.е. уже после первого перенесенного эпизода шизофрении больные стараются избегать ответственности и дистанцируются от необходимости участвовать в разрешении неизбежно возникающих проблем.

Большая выраженность психосоциальной дезадаптации у больных, перенесших несколько приступов шизофрении, сопровождается значительно меньшим числом достоверных корреляционных связей с различными психологическими и социально-психологическими личностными характеристиками больных в сравнении с пациентами основной группы. В то же время наличие положительных корреляций с общей напряженностью защитных механизмов свидетельствует об активности адаптационно-компенсаторных механизмов в отдельных сферах ПСА:

«Жизнедеятельности и работоспособности» ($r=0,153368$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=0,168062$). В случае включенности защитных механизмов замещения и компенсации больные группы сравнения оказываются более адаптированными в сфере проведения досуга ($r=0,157232$ и $r=0,183294$ соответственно). Действие замещения проявляется в разряде подавленных отрицательных эмоций на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции. В этой ситуации повышается вероятность совершения больными неожиданных, подчас бессмысленных действий, которые разрешают внутреннее напряжение и высвобождают время и желание заполнить свободное время более или менее конструктивными видами деятельности. В случае напряженности защитного механизма компенсации пациенты находили в способах проведения свободного времени возможность замены субъективно переживаемого в большей или меньшей мере дефекта, что помогало им в фантазиях или в принятии на себя роли социально более активной личности уменьшать внутренний дискомфорт, возникающий в результате ощущения эмоционально-личностной недостаточности. Помимо этого, напряженность замещения проявлялась в создании необычных, подчас с элементами агрессии, увлечений или хобби, которые сами по себе являются объектом разрядки негативных эмоций больных.

При наличии защитного механизма проекции объективное наблюдение позволяло выявить в поведении пациентов именно те черты, которые они подвергали отрицательной оценке, проецируя их на окружающих. Данный факт подтверждался наличием достоверных положительных корреляций между напряженностью защитного механизма проекции и адаптацией в сферах «Деньги и финансы» и «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=0,156234$ и $r=0,180272$ соответственно).

Более выраженные аутистичность и отстраненность от социальной жизни и окружающих у пациентов с рецидивирующей шизофренией нашли отражение в достоверных отрицательных корреляциях между такой характеристикой личностной адаптации как принятие других и психосоциальной дезадаптацией в сферах «Проведение досуга» ($r=-0,156374$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=-0,155118$), «Деньги и финансы» ($r=-0,173429$), а также эскапизмом и психосоциальной дезадаптацией в

сфере «Деньги и финансы» ($r=-0,191376$).

Таким образом, социальная сохранность в сфере «Проведение досуга» выше при включенности защитных механизмов замещения и компенсации, социальная отгороженность с нежеланием общаться с другими людьми приводит к дефицитарности в этой сфере. Напряженность защитного механизма проекции заставляет больных принимать на себя роль более адаптированных в сферах «Деньги и финансы» и «Условия жизни. Место проживания. Питание», но нарастание эскапизма сопровождается дезадаптацией в финансовой сфере социальной активности. В сфере «Интерес к познанию окружающей информации» нарастание аутистичности и нежелание общаться с другими людьми (индекс «Принятие других» в методике К.Роджерса и Р.Даймонда) приводят к снижению познавательной активности.

Выводы:

1. У пациентов, перенесших манифестный приступ шизофрении, более высокий уровень ПСА обеспечивается успешным использованием конструктивных копинг-стратегий, направленных на решение проблем. Однако, уже после первого перенесенного эпизода шизофрении больные стараются избегать ответственности и дистанцируются от необходимости участвовать в разрешении неизбежно возникающих проблем.

2. Защитные психологические механизмы играют значительную роль в психосоциальной адаптации больных шизофренией, однако после первого психотического эпизода их напряженность оказывается не только более высокой, но и оказывает более выраженное влияние на фор-

мирование более адаптивных форм поведения больных в различных сферах психосоциальной адаптации.

3. Одним из факторов, способствующих психосоциальной дезадаптации, в том числе и во внутрисемейных отношениях, уже на начальных стадиях заболевания является эскапизм (уход от проблем).

4. В формировании эскапизма как на начальных стадиях заболевания, так и после нескольких эпизодов шизофрении, участвуют защитные механизмы вытеснения и регрессии при протективной роли компенсации и гиперкомпенсации.

5. Пациенты, перенесшие несколько приступов шизофрении, характеризуются меньшим числом достоверных корреляционных связей между различными психологическими и социально-психологическими личностными характеристиками больных и уровнем психосоциальной адаптации в сравнении с пациентами основной группы.

Таким образом, комплексное исследование реабилитационного потенциала у больных шизофренией выявило сохранность на начальных этапах заболевания более конструктивных моделей поведения, а также снижение реабилитационного потенциала по всем направлениям психической и психосоциальной адаптации при повторных рецидивах шизофрении. Полученные данные являются обоснованием целесообразности раннего реабилитационного вмешательства, направленного на поддержание сохраненных механизмов адаптации и коррекцию дезадаптивных механизмов поведения у больных шизофренией.

Т.Л. Ряполова

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Комплексне дослідження реабілітаційного потенціалу біля 316 хворих на шизофренію на різних стадіях захворювання виявило збереження на початкових етапах більш конструктивних моделей поведінки, а також зниження реабілітаційного потенціалу по всіх напрямках психічної та психосоціальної адаптації при рецидивній динаміці шизофренії. Отримані дані є обґрунтуванням доцільності раннього реабілітаційного втручання, спрямованого на підтримку збережених механізмів адаптації і корекцію дезадаптивних механізмів поведінки у хворих на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 29-41).

COMPLEX ESTIMATION OF REHABILITATION POTENTIAL OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT THE DIFFERENT STAGES OF THE DISEASE

Named after M.Gorkiy Donetsk national medical university

The complex investigation of rehabilitation potential of 316 patients with schizophrenia at the different stages of the disease discovered the security of more constructive models of the behaviour at the initial stages of schizophrenia and reduction of rehabilitation potential in all directions of psychic and psychic social adaptation at the repeated relapses of schizophrenia. Findings are the ground of expediency of early rehabilitation directed at the support of survived mechanisms of adaptation and correction of disadaptive mechanisms of behaviour for patients with schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 29-41).

Литература

1. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова – Донецк : Каштан, 2006. – 268 с.
2. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова – Донецк : Каштан, 2009. – 583 с.
3. Гурович И. Я. Психосоциальные лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 1. – С. 81-86.
4. Коцюбинский А. П. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 103-107.
5. Лях Ю. Е. Анализ результатов медикобиологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2004. – Т. 8, № 1. – С. 155-167.
6. Налчаджян А. А. Социально-психологическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) / А. А. Налчаджян – Ереван : Издательство АН Армянской ССР, 1988. – 263 с.
7. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей и психологов) / [под ред. Л.И. Вассермана]. – СПб. : ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1999. – 49 с.
8. Различия в напряженности механизмов психологической защиты при шизофрении у мужчин и женщин: «адаптационная» проекция схизиса? / Е. С. Молчанова, В. Карагаполов, Н. Рыбина, Р. Кислов [и др.] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2003. – № 7. – С. 62-65.
9. Ряполова Т. Л. Обоснование ранней реабилитации больных шизофренией / Т. Л. Ряполова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – №1(18). – С. 16-21.
10. Табачников А. Е. Основы клинической психологии / А. Е. Табачников, Ц. Б. Абдрахимова – Донецк : ДонГУЭТ, 2008. – С. 162-172.
11. Anthony W. Psychiatric Rehabilitation, 2nd edition / William A. Anthony, Mikal Cohen, Marianne Farkas, Cheryl Gagne – Boston : Forward by Courtenay Harding, 2002. – 432 p.
12. Cullberg J. First-episode schizophrenia / J. Cullberg // Schizophr. Rev. – 2000. – Vol. 7, № 1. – P. 21-22.
13. Development of a Scale for the Measurement of Symptom Change in an Outpatient Clinic / R. Plutchik, H. R. Conte, W. Spence [et al.] // Compr. Psychiatry. - 1990. - V.31, N 1. - P.1-6.
14. Pearlin L. I. The structure of coping / L.I. Pearlin, C.Schooler // Journal of Health and Behavior. – 1978. – Vol. 19, № 1. – P. 2-21.
15. Thompson K. N. Recovery style and outcome in first-episode psychosis / K. N. Thompson, P. O. McGorry, S. M. Harrigan // Schizophr. Res. – 2003. – Vol. 62, № 1-2. – P. 31-36.
16. Turkington D. Cognitive behavior therapy for schizophrenia / D. Turkington, D. Kingdom, P. J. Weiden // Am. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 163, № 3. – P. 365-373.
17. Zubin J. Vulnerability: a new view of schisofrenia / J. Zubin, B. Spring // J. Abnorm. Psychol. – 1977. – Vol. 86, № 2. – P. 103-126.

Поступила в редакцию 12.11.2009