

После первой госпитализации уровень социально-трудоустройственной адаптации контрольной группы и клинической группы сибсов практически совпадал (96% и 95% — 1-2 уровень) соответственно. Однако через 10 лет прослеживается большая прогрессивность семейной шизофрении у сибсов сравнительно с контрольной группой (74-82% у сибсов, 76% — в контрольной). По истечении 15-20 лет болезни количество больных контрольной группы и клинической группы сибсов, достигших исходного состояния было одинаковым (40% и 42% при $p < 0,05$).

Об уровне социальной адаптации косвенно свидетельствовало количество поступлений на первом десятилетии болезни. Частота поступлений сибсов в стационар превышала аналогичный показатель контрольной группы примерно в 1,5 раза, что также указывает на прогрессивность течения семейной шизофрении.

Анализ семейного положения сибсов показал стабильное семейное положение больных семейной шизофренией: три четверти (60-80%) не имели собственной семьи и не оформляли брачных отношений на протяжении всего периода болезни. В браке состояли до 22% «младших сибсов» и 18% «старших сибсов». Количество разводов «младших сибсов» отмечено в пределах от 4% до 10%, «старших сибсов» — от 8% до 32%. Распад семьи был связан с существующим заболеванием, в связи с чем, большая часть сибсов проживала в родительских семьях, преимущественно с больными родителями. Это существенно влияло на психологический микроклимат семьи, нарушало

неустойчивую компенсацию и адаптацию больных, как в семье, так и на работе.

Сравнение с контрольной группой показало, что больные контрольной группы в 30% случаев имели собственную семью и в 60% проживали с родителями на период первой госпитализации. Количество разводов увеличивалось на протяжении болезни с 6% до 26%, однако 14% больных контрольной группы в периоды ремиссии пытались создать собственную семью. Проживание в семье со здоровыми родителями обеспечивало больным контрольной группы социальную и психологическую поддержку, качественно лучшую семейно-бытовую и социально-трудоустройственную адаптацию.

Выводы

Таким образом, уровень социальной адаптации сибсов подвержен значительным колебаниям, в целом, аналогичен уровням адаптации больных контрольной группы. Во всех сравниваемых группах снижение уровня адаптации зависело от темпа прогрессивности заболевания, при этом периоды стабилизации процесса совпадали, а варианты исходных состояний были сходными. Наихудшие клинические и социальные показатели, характеризующие адаптацию, выявлены в группе «младших сибсов».

Литература

1. Алекперов Ф. Г. Клинико-генеалогическое изучение шизофрении в инбридной популяции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Баку; 1997; 26.

Полный список литературы см. на сайте urmj.ru

Повышение адаптационных возможностей у больных шизофренией с различной степенью дефицитарных расстройств в результате комплексной психотерапии

А. В. Голенищенко

Оренбургская государственная медицинская академия, кафедра психиатрии и медицинской психологии

Резюме

В статье представлены результаты изучения влияния психотерапевтических подходов (когнитивной, семейной и театр-психотерапии) на формирование адаптивного копинг-поведения у больных шизофренией с различной выраженностью дефицитарных расстройств с использованием клиничко-психопатологического метода «Шкала позитивных и негативных синдромов» (PANSS), разработанного и стандартизованного S. R. Kay, L. A. Opler и A. Fiszbein (1986), а также психологических методик: Heim (1988), направленной на изучение копинг-механизмов и шкалы SVF, разработанной W. G. Erdmann, W. Kallus (1985) с целью верификации и выявления преобладающих копинг-стилей. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности проведенных психотерапевтических мероприятий.

Ключевые слова: психотерапия; психотерапевтические методы; копинг-механизмы при шизофрении.

В силу биопсихосоциального подхода к пониманию психических расстройств, в том числе и психотических, большинство экспериментальных и клинических исследований построены на концепции «ранимость-стресс-совладание» как определяющем факторе ремиссий и обострений, социальной адаптации и социальной поврежденности. [1, 2]. Согласно диатез-стрессовой модели биологическая уязвимость выливается в болезнь только при условии воздействия неблагоприятных психологических и социально-психологических факторов. *L. Pearlin, C. Schooler (1978), D. Magnusson (1982), B. Toerestad et al. (1985)* постулируют, что стабильные структурные части личности и социальная среда предопределяют процессы совладания [14, 15, 16]. *B. J. Felton and T. A. Revenson (1984), H. R. Moos (1984), Ch. Holahan and H. R. Moos (1987), M. Beutel (1988)* заявляют о том, что факторы внешней среды и система самости определяют стабильность копинг-поведения [10, 11, 13]. Учитывая роль психологических факторов в генезе нарушений психической адаптации, целью данной работы явилось изучение механизмов копинг-поведения у больных шизофренией, как одной из основных форм психологических адаптационных процессов. Проанализировано влияние интегрированного психотерапевтического подхода (когнитивного, семейного, театральной терапии) на адаптационные возможности пациентов, страдающих шизофренией с различной степенью выраженности дефицитарных расстройств. В исследование были включены 150 пациентов, проходивших стационарное лечение в общепсихиатрических мужских и женских отделениях Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2 с 2002 по 2006 гг., возраст которых составил от 18 до 59 лет, по полу 81 женщина и 69 мужчин, страдающих шизофренией (согласно критериям МКБ-10) из них 52% (78 чел.) составили больные параноидной шизофренией, 10% (15 чел.) — кататонической, 7,3% (11 чел.) — простой формами, 16,6% (25 чел.) — шизоаффективными и 14% (21 чел.) — шизотипическими расстройствами. Длительность болезни составила от 2-х до 27 лет. Типы течения заболевания распределились следующим образом: шубообразный — 50,6%, непрерывный тип — 35,3%, рекуррентный тип — 14,1%. При регистрации позитивных и негативных синдромов в соответствии с концепцией *T. Crow (1980)* и *N. Andreasen (1982)* и учитывая критерии МКБ-10, были выделены 2 группы пациентов: в первой группе 97 чел (64,7%) с преобладанием в клинической картине позитивной симптоматики, сохранялась относительная социальная адаптация на протяжении

болезни, наблюдалась некоторая аутизация, формальность критики, нежелание вспоминать о болезни. Во второй группе 53 чел. (35,3%) — с преобладанием негативной симптоматики отмечалась недостаточная преморбидная адаптация, когнитивные нарушения, эмоциональное уплощение, речевая бедность, недостаток мотивации, снижение психической активности, развившихся в течении болезни.

Результаты исследования

Для объективизации оценки динамики клинико-психопатологических показателей были использованы средние показатели психопатологической шкалы «Шкала позитивных и негативных синдромов» (PANSS), а также экспериментально-психологические, объективирующие результаты проводимой психотерапии: копинг Хайме, копинг-тест SVF (планирование решения проблемы), при анализе которых выявлялась динамика совладающего поведения больных в результате лечебных воздействий. С помощью шкалы PANSS сравнивались средние величины показателей до психотерапевтического лечения и после психотерапии. Для оценки динамики выраженности психопатологической симптоматики проводился подсчет уровня снижения суммарной шкальной оценки и средних значений отдельных шкал.

В первой группе пациентов (с преобладанием позитивной симптоматики) в суммарная оценка по шкале PANSS снизилась на 31,4%, снижение средних показателей по основным шкалам PANSS составило: шкала позитивных синдромов — 28,4%, шкала негативных синдромов — 31,8%, общая психопатологическая шкала — 32,5%. Во второй группе больных шизофренией (с преобладанием негативной симптоматики) достоверное снижение средних показателей по основным шкалам PANSS составило: сумма баллов по шкале PANSS — 24,8%, шкала позитивных синдромов — 24,7%, шкала негативных синдромов — 23,1%, общая психопатологическая шкала — 25,6%. В обеих группах пациентов с диагнозом шизофрения данные показатели средних значений психопатологических шкал свидетельствуют о достаточно высокой эффективности проводимого лечения. И в первой, и во второй группах средние суммарные оценки по основным шкалам PANSS (табл. 1, 2) достоверно снижались (коэффициент различий по Стьюденту $p < 0,01$).

Следующая таблица отражает динамику экспериментально-психологических показателей больных шизофренией в процессе комбинированной психотерапии.

Изучение копинг-механизмов, наблюдаемых у больных шизофренией, проведен-

ные в данном исследовании, позволило обнаружить следующее: после проведения психотерапевтических мероприятий у пациентов 1-ой группы с преобладанием позитивной симптоматики в **когнитивной сфере** стали чаще проявляться адаптивные механизмы за счет «проблемного анализа» — 23,7% («я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось?»), «сохранения самообладания» — 26,8%, («я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелую минуту и стараюсь никому не показывать своего состояния»), «установки собственной ценности» — 14,4% (со временем я смогу справиться с трудностями). Уменьшился дезадаптивный копинг «игнорирование» на 14,5%, «диссимуляция» — 20,6%, «растерянность» — 7,2%, «смирение» — 4,1%, а также относительно дезадаптивное поведение в основном за счет уменьшения «религиозности» с 13,4% («если что-то случилось, то так угодно Богу») и «относительности» — на 5,1%.

В **эмоциональной сфере** в этой же группе пациентов увеличилось число больных, которые стали прибегать к совладанию с трудностями (с 7,3% до 63,7%) за счет копинг-стратегии «оптимизм», удельный вес которой составил 56,7%. Снизилось на 8,3% количество пациентов, прибегающих к эмоциональной копинг-стратегии «эмоциональная разрядка» («я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу»). Значительно снизились неадаптивные стратегии: «агрессивность» на 9,3%, «покорность» — 8,2%, «подавление эмоций» на 18,6% и «самообвинение» — 20,6%.

В **поведенческой сфере** увеличилось количество пациентов, использующих адаптивные стратегии в основном за счет стратегии «обращения» («я обычно ищу людей, способных мне помочь советом») на 37,1%. Зарегистрировано снижение дезадаптивных стратегий: «отступление» на 21,7%, «активное избегание» — 21,7%. Уменьшилась относительно адаптивные копинг-стратегия «отвлечение» («Я погружаюсь в любимое дело, стараюсь забыть о трудностях») на 19,6%, и возросла «конструктивная активность» на 7,2% («чтобы пережить эти трудности я берусь за осуществление своей давней мечты, еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка»).

До психотерапевтического воздействия во второй группе пациентов (с преобладанием негативной симптоматики) в когнитивной, эмоциональной, поведенческой сферах неадаптивный копинг составлял 100%. После проведенной психотерапии показатели во всех трех сферах значительно улучшились за счет снижения показателей неадаптивного копинга и увеличения относительно адаптивного и адаптивно-

го копингов. В **когнитивной сфере** «игнорирование» снизилось на 32,1%, «растерянность» — на 15,1%, «смирение» — 11,4%, соответственно за счет «религиозности» до 5,7%, «придачи смысла» до 5,7%, «проблемного анализа» — 33,9%, «установки собственной ценности» — 11,3%, «сохранения самообладания» возросли до 24,5%. В эмоциональной сфере: снизились неадаптивные стратегии такие как «подавление эмоций» на 43,4%, «самообвинение» — на 22,6%, «агрессивность» — на 15,1%, «покорность» — на 3,8%, за счет этого удельный вес адаптивных и относительно адаптивных стратегий составил: «эмоциональная разрядка» — 3,8%, «пассивная кооперация» — 13,2%, «оптимизм» — 49,1%, «протест» — 18,9%. В поведенческой сфере: «активное избегание» снизилось на 69,8%, «отступление» — на 22,6%, а адаптивные и относительно адаптивные стратегии возросли в значительной мере: «обращение» составило 41,5%, «компенсация» — 20,8%, альтруизм — 15,1%, остальные от 3,8% до 11,3%.

При использовании опросника *E. Heim* для выявления стратегии действий (копинга), предпринимаемых пациентом в условиях психологической угрозы в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах при клинической оценке была выявлена тенденция к улучшению адаптации. После проведения психотерапии произошло увеличение вариантов адаптивного и относительно адаптивного копинг поведения во всех группах копинг-стратегий.

Достоверность исследования изменения суммарных показателей адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий в обеих группах больных определялась с помощью непараметрического метода χ^2 (так как использование параметрических методов невозможно из-за отсутствия во 2-ой группе адаптивных и относительно адаптивных копинг-стратегий до лечения) и представлена в табл. 3.

Зарегистрирована высокая степень достоверности различий до и после проведенной психотерапии по всем сферам копинга (когнитивной, эмоциональной и поведенческой), что свидетельствует о хорошей эффективности лечения. Показатели достоверности различий во 2-ой группе оказались более высокими, чем в 1-ой группе, что говорит об эффективности проведения психотерапевтических воздействий и у больных с отсутствием признаков положительного копинг поведения до начала психотерапии.

Исследование ведущих копинг-стилей, предполагающих экспектации (ожидания), намерения и установки больных шизофренией в преодолении их болезненных проявлений исследовались с помощью копинг-теста *SVF* (пла-

Таблица 1. Средние показатели шкалы PANSS до прохождения психотерапии (на этапе редукции активной психопатологической симптоматики) и по ее окончании (перед выпиской из стационара) в 2-х группах больных

Показатель	Период исследования				Достоверность различий	
	до психотерапии		после психотерапии		1 гр.	2 гр.
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.		
Сумма баллов по PANSS	79,61±1,03	103,66±1,41	54,62±1,11	78,02±1,51	t=16,50 p<0,01	t=12,41 p<0,01
Шкала позитивных синдромов	18,99±0,35	22,60±0,66	13,60±0,43	17,02±0,56	t=9,72 p<0,01	t=11,07 p<0,01
Шкала негативных синдромов	16,90±0,37	26,85±0,45	11,53±0,43	20,60±0,58	t=9,47 p<0,01	t=8,43 p<0,01
Общая психопатологическая шкала	43,72±0,60	54,21±0,83	29,49±0,52	40,34±0,72	t=11,92 p<0,01	t=12,62 p<0,01

Таблица 2. Варианты копинг-поведения 1-ой и 2-ой группы пациентов по методике Хейма до и после психотерапевтических интервенций

Копинг-стратегии	До психотерапии				После психотерапии			
	абс. число		%		абс. число		%	
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.
Когнитивная сфера								
игнорирование	15	18	15,5	34,0	1	1	1	1,9
растерянность	8	11	8,2	20,8	1	3	1	5,7
смирение	7	10	7,2	18,9	3	4	3,1	7,5
диссимуляция	21	14	21,6	26,4	1	2	1	3,8
религиозность	29	-	29,9	-	16	3	16,5	5,7
относительность	11	-	11,3	-	6	-	6,2	-
придача смысла	4	-	4,1	-	6	3	6,2	5,7
сохранение самообладания	2	-	2,1	-	26	13	26,8	24,5
проблемный анализ	-	-	-	-	23	18	23,7	33,9
установка собственной ценности	-	-	-	-	14	6	14,4	11,3
Эмоциональная сфера								
подавление эмоций	22	25	22,7	47,2	4	2	4,1	3,8
покорность	10	6	10,3	11,3	2	4	2,1	7,5
самообвинение	23	14	23,7	26,4	3	2	3,1	3,8
агрессивность	9	8	9,3	15,1	-	-	-	-
эмоциональная разрядка	16	-	16,5	-	8	2	8,2	3,8
пассивная кооперация	12	-	12,4	-	18	7	18,6	13,2
оптимизм	1	-	1	-	55	26	56,7	49,1
протест	4	-	4,1	-	7	10	7,2	18,9
Поведенческая сфера								
отступление	25	16	25,8	30,2	4	4,1	3,8	
активное избегание	22	37	22,7	69,8		1	-	
отвлечение	30	-	30,9	-	11	11,3	11,3	
конструктивная активность	2	-	2,1	-	9	9,3	3,8	
компенсация	13	-	13,4	-	9	9,3	20,8	
обращение	2	-	2,1	-	38	39,2	41,5	
альтруизм	2	-	2,1	-	21	21,6	15,1	
сотрудничество	3	-	3,1	-	4	4,1	3,8	

нирование решения проблемы). Эти результаты приведены в табл. 4.

При использовании копинг теста SVF достоверными оказались различия средних показателей по всем параметрам, за исключением шкалы SEBEST («поиск альтернативного самоутверждения»). Изменения по этому параметру оказались статистически незначимыми ($p > 0,05$), однако наблюдалась тенденция к повышению значений этой шкалы в процессе психотерапии. До начала лечения у больных шизофренией с преобладанием позитивной симптоматики ведущим был копинг-механизм «обращение к лекарствам» (РНА), который после психотерапевтического воздействия достоверно снижается ($p < 0,01$). Ориентация на исключительное использование фармакологических средств на этапе, когда она выводит пациента на уровень самостоятельного решения социальных задач является положительным моментом, но в дальнейшем эта ориентировка не способствует формированию активного проблемно-решающего поведения.

В целом, у больных шизофренией с преобладанием позитивной симптоматики в ходе психотерапии увеличилась частота использования конструктивных копинг-стратегий. Так, достоверно повысились значения шкалы «потребность в социальной поддержке» (BESOUZU) ($p < 0,01$). Одновременно с этим после лечения диагностировалось снижение степени выраженности многих неконструктивных копинг-стилей, ведущих к нарушениям проблемно-решающего поведения. В частности, статистически значимо уменьшились показатели шкал «агрессия» (AGG) ($p < 0,05$); «самообвинение» (SESCH) ($p < 0,01$); «тенденция избегания» (VERM) ($p < 0,01$); «мыслительное застревание» (GEDW) ($p < 0,01$); «отчаяние» (RES) ($p < 0,01$); «сострадание к себе» (SEMITL) ($p < 0,01$); «отрицание вины» (SCHAB) ($p < 0,01$) и «отвлечение от ситуации» (ABL) ($p < 0,01$).

Итак, в процессе проведения психотерапевтических мероприятий в исследуемой клинической группе выявлены статистически достоверные показатели, свидетельствующие об улучшении социальных контактов в трудных жизненных ситуациях, повышении открытости, доверительности в отношениях, уменьшилась тенденция избегания людей, проблем, уход в отчаяние, в сострадание к себе, к отрицанию своей вины, снижения масштаба переживаний, к переносу агрессии на других людей. Психотерапевтические интервенции способствуют развитию эффективного копинг-поведения больных, формированию целенаправленного поведения, направленного на устранение или уменьшение интенсивности воздействия стрессора на личность, это пози-

тивным образом влияет на эмоциональное состояние пациентов, повышает уровень и качество их функционирования в различных сферах жизнедеятельности.

У больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики, также как и у пациентов с преобладанием позитивной симптоматики, после психотерапии достоверно изменились показатели по всем шкалам, кроме параметра SEBEST («поиск альтернативного самоутверждения») ($p > 0,05$).

Структура копинг-поведения в этих двух клинических группах оказалась во многом сходна. До лечения у больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики доминирующим копинг-механизмом являлось «обращение к лекарствам» (РНА). После психотерапии показатели этой шкалы достоверно ($p < 0,01$) снизились. В стрессовых ситуациях пациенты старались не прибегать к приему успокоительных средств, снотворных, алкоголя и табака. На втором месте по частоте использования при 1-м исследовании находилась копинг-стратегия «тенденции бегства» (FLU) (уйти от решения возникающих проблем и трудностей), которая после психотерапии значимо ($p < 0,01$) уменьшилась. Изначально достаточно выраженными были значения шкалы «снижение масштаба переживаний, принятие всерьез» (BAG). Эта пассивная установка на спонтанно благоприятный исход событий (самопроизвольное исцеление и т.д.) делает представление о болезни неопределенным, размытым и исключает опору на более адекватные ситуации ориентировки, соответствующие принципу реальности. После проведенной психотерапии эта неконструктивная установка у пациентов статистически значимо ($p < 0,01$) уменьшилась.

При 1-м исследовании диагностировались высокие значения шкалы «отрицание вины» (SCHAB), которые после психотерапии также достоверно снизились ($p < 0,01$). В процессе психотерапевтических изменений больные шизофренией с преобладанием негативной симптоматики стали в большей степени воспринимать и осознавать собственную роль в формировании социальной неэффективности, что косвенным образом ведет к актуализации резерва своих адаптивных возможностей, появлению мотивации к продуктивному поведению.

Они старались избегать контактов с другими, отстранялись от окружающих лиц, отмечали, что чаще всего им хотелось бы побыть одним, поскольку другие люди им в тягость. Отмечалось достоверное ($p < 0,01$) снижение таких выраженных копинг-стилей поведения — «социальная инкапсуляция» (SOZA), «снижение остроты проблем за счет сравнения с другими»

Таблица 3. Копинг Хайме у 1-ой и 2-ой групп обследуемых

Копинг-стратегии	Частота адаптивных/неадаптивных копинг стратегий (абс.)								Достоверность различий 1гр 2гр.	
	до лечения				после лечения					
	адаптивны 1 гр. 2 гр.		не адаптивны 1 гр. 2 гр.		адаптивны 1 гр. 2 гр.		не адаптивны 1 гр. 2 гр.			
Когнитивные	46	0	51	53	91	43	6	10	$\chi^2=48,10$	$69,02\chi^2=$
									$p<0,001$	
Эмоциональные	33	0	64	53	88	35	9	18	$\chi^2=64,04$	$\chi^2=49,31$
									$p<0,001$	
Поведенческие	50	0	47	53	92	51	5	2	$\chi^2=44,16$	$\chi^2=94,47$
									$p<0,001$	

Таблица 4. Показатели копинг-теста SVF у больных шизофренией 1-й и 2-й групп

Показатель	До психотерапии, M±m		После психотерапии, M±m		Соотношение до/после		t-value		p
BAG («Неприятие всерьез»)	60,85±0,94	61,17±1,25	48,42±1,06	47,38±1,31	1,26	1,29	8,79	7,60	<0,01
HER («Снижение остроты проблемы»)	61,15±0,81	60,15±1,46	52,07±1,06	49,85±1,85	1,17	1,21	6,82	4,37	<0,01
SCHAB («Отрицание вины»)	59,85±0,81	60,62±1,16	53,41±0,74	55,11±1,14	1,12	1,10	5,86	3,39	<0,01
ABL («Отвлечение от ситуации»)	56,07±0,97	57,06±1,05	45,20±1,32	43,91±1,58	1,24	1,30	6,66	6,92	<0,01
ERS («Заместительное удовлетворение»)	58,93±0,73	55,38±1,06	51,05±1,07	48,87±1,31	1,15	1,13	6,07	3,86	<0,01
SEBEST («Поиск альтернатив- ного самоутверждения»)	46,85±0,84	47,08±1,28	50,65±1,11	47,62±1,70	1,01	1,10	2,73	0,26	>0,05
SITKON («Попытки контроля ситуации»)	36,78±0,56	33,74±0,75	44,20±0,74	42,08±1,10	1,25	1,20	7,98	6,26	<0,01
REKON («Попытки умерить свою реакцию»)	36,28±0,71	34,30±1,01	44,97±0,95	42,40±1,22	1,24	1,24	7,32	5,11	<0,01
POSI («Подбадривание себя»)	39,12±0,56	38,96±0,61	42,66±1,04	43,23±1,66	1,11	1,09	2,99	2,41	<0,01
BESOZU («Потребность в социальной поддержке»)	45,66±0,63	45,47±0,82	54,72±0,65	54,57±0,88	1,20	1,20	9,94	7,57	<0,01
VERM («Тенденция к избеганию»)	56,18±0,43	56,43±0,74	50,44±0,71	49,00±1,01	1,11	1,15	6,89	5,94	<0,01
FLU («Тенденция бегства»)	62,15±0,53	62,32±0,80	54,03±0,83	52,79±1,32	1,15	1,18	8,24	6,19	<0,01
SOZA («Социальная инкапсуляция»)	60,03±0,55	60,55±0,73	51,14±0,77	50,72±1,03	1,17	1,19	9,45	7,80	<0,01
GEDW («Мыслительное застревание»)	52,85±0,54	53,34±0,71	45,12±0,62	44,23±0,92	1,17	1,21	9,41	7,82	<0,01
RES («Отчаяние»)	59,08±0,47	58,87±0,51	52,78±0,58	52,92±0,80	1,12	1,11	8,42	6,28	<0,01
SEMITL («Сострадание к себе»)	57,90±0,66	58,02±0,79	52,23±0,69	53,43±1,02	1,11	1,09	5,96	3,55	<0,01
SESCH («Самообвинение»)	59,14±0,57	58,64±0,66	51,63±0,82	49,89±1,10	1,15	1,18	7,54	6,84	<0,01
AGG («Агрессия»)	57,40±0,55	56,43±0,85	50,49±0,71	51,36±0,96	1,14	1,10	7,68	3,96	<0,05
PHА («Обращение к лекарствам»)	69,37±0,46	70,23±0,73	62,62±0,54	63,92±0,76	1,11	1,10	9,49	5,99	<0,01

(HER) — негативных проявлений, ведущих к нарастанию социальной дезадаптации.

В процессе проведения комплекса психотерапевтических мероприятий у больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики статистически значимо ($p < 0,01$) снизился уровень выраженности следующих неконструктивных копинг-стилей: как «агрессия» (AGG); «самообвинение» (SESC); «тенденции избегания» (VERM); «сострадание к себе» (SEMITL); «мыслительное застревание» (GEDW); «отчаяние» (RES) и «отвлечение от ситуации» (ABL).

Таким образом, можно говорить о том, что психотерапевтическое воздействие у больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики вызывало уменьшение уровня агрессии, направленной на других лица из социального окружения, а также уровня аутоагрессии, пациенты начинают использовать механизмы, предотвращающие возникновение трудно переносимого чувства вины и собственной неполноценности. Больные шизофренией в меньшей степени становятся склонны к постоянному мысленному воспроизведению психотравмирующей ситуации, после психотерапии у них редко возникают отри-

цательные эмоциональные феномены (чувства отчаяния, тоски, подавленности), повышается самооценка.

На увеличение уровня и качества психического функционирования у больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики указывает также рост показателей конструктивных копинг-механизмов в процессе психотерапии ($p < 0,01$): «потребности в социальной поддержке» (BESOU); «попытки умерить свою реакцию, сохранять самообладание» (REKON); «попытки контролировать ситуацию» (SITKON) и «подбадривание себя» (POSI) ($p < 0,05$).

Итак, у больных шизофренией обеих групп в процессе психотерапии произошли структурные изменения в системе механизмов совладающего поведения. В репертуаре копинг-поведения стали преобладать когнитивные стратегии, направленные на анализ и переработку проблем, чаще использовались поведенческие стили, направленные на активное разрешение проблем и трудностей и поиск социальной поддержки, увеличились показатели копингов, направленных на снятие эмоционального напряжения и выражение чувств.

Литература

- Zubin J., Spring B.: A new view of Schizophrenia. J. Abnorm. Psychol. 1977; 86: 103-126.
- Ciampi L. Under die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta, 1982: 413.
- Бабин С. М. Психотерапия и биологические методы лечения в клинической практике (взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии). Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2004 (2): 17-18.
- Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. М., 1999.
- Вид В. Д. Психоналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993.
- Вид В. Д., Воловик В. М., Гончарская Т. В., Днепровская С. В. Методы групповой психотерапии психически больных: Методические рекомендации Минздрава РСФСР. Л., 1982.
- Кабанов М. М., Смена парадигм в современной медицине (от организмоцентрических к эволюционно-популяционной). Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 1994 (4): 7-12.
- Караваева Т. А., Мелик-Парсаданов М. Ю. «Опыт применения театротерапии в социально-реабилитационном центре», в кн.: Психотерапия и клиническая психология методы, обучение, организация, СПб-Иваново, 2000: 291-295.
- Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб. «Речь», 2001: 707.
- Beutel M. Bewaltigungprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Edition Medizin, 1988: 333.
- Felton B. J., Revenson T. A. Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. J. Consult. Clin. Psychol. 1984; 52, 3: 343-353.
- Felton B. J., Revenson T. A., Hinrichsen G. A. Coping and adjustment in chronically ill adults. Soc. Sci. Med. 1984; 18: 889-898.
- Holahan C. H. J., Moos R. H. Personal and contextual determinants of coping strategies. J. Personal. Soc. Psychol. 1987; 5: 945-955.
- Magnusson D. Situational determinants of stress: An interactional perspective. Goldberger L., Breznitz S. (Eds) Handbook of stress. New York: Free Press, 1982: 231-253.
- Pearlin L. I., Schooler C. The structure of coping. J. Health Soc. Behav. 1978; 19: 2-21.
- Torestad B., Olan A., Magnusson D. Coping, control, and experience of stress: An interactional perspective. Reports from the Department of Psychology, University Stockholm. 1985: 643: 19-95.
- Brown G. W., Birley J. L. T. Crises and life changes and the onset of schizophrenia. J. Health Soc. Behav. 1968; 9: 203-214.