

**Ц. Б. Абдрыхимова**

*Український НІІ соціальної і судової психіатрії  
і наркології МЗ України (з. Київ)*

**Качество жизни лиц с непсихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза**

На основе психодиагностического обследования 400 больных с частичной потерей зрения травматического генеза, проведен анализ качества жизни пациентов с непсихотическими психическими расстройствами вследствие потери зрения, что учтено при разработке системы комплексного лечения данного контингента.

*Ключевые слова:* частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотические психические расстройства, качество жизни.

**C. B. Abdryahimova**

*Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry and Narcology  
of the Ministry of Health of Ukraine  
(Kyiv)*

**Quality of life of persons with nonpsychotic mental disorders due partially sighted traumatic genesis**

Based psychodiagnostic examination of 400 patients with partial loss of traumatic origin, the analysis of the quality of life in patients with non-psychotic mental disorders due to loss of vision, which included the development of a comprehensive treatment of this contingent.

*Keywords:* partial loss of traumatic origin, nonpsychotic mental disorders, quality of life.

УДК 616.895.8—085

**В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, Е. А. Кокотова, А. А. Бойченко**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)*

**КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА АДАПТИВНЫХ РЕСУРСОВ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

С помощью корреляционного анализа качественных характеристик адаптивных ресурсов личности больных с манифестным эпизодом шизофрении и шизофренией с эпизодическим течением выявлена устойчивая взаимосвязь составляющих реабилитационного потенциала, определяющая реальную и объективную возможность преодоления функциональной недостаточности больных и улучшения их способности приспосабливаться к условиям жизни. Выявленные закономерности могут быть основанием для использования интегративного подхода в отборе реабилитационных вмешательств у больных шизофренией.

*Ключевые слова:* шизофрения, манифестный эпизод шизофрении, хроническая шизофрения, адаптивные ресурсы личности

Наиболее важным аспектом функционального реабилитационного диагноза больного шизофренией является определение реабилитационного потенциала или уровня адаптивных ресурсов личности как качественной и количественной стороны приспособительной активности пациента. Уровень адаптивных ресурсов, т. е. способность выбора адекватной функциональной стратегии, направленной на достижение жизненно важных целей, определяется совокупностью механизмов и форм психологической компенсации, количественными и качественными параметрами копинг-стратегий. Важное значение имеет оценка механизмов психологической защиты, выработка адекватных форм которых являлась важнейшим способом повышения психосоциальной адаптации пациента. Не менее значимой составляющей реабилитационного потенциала является уровень психосоциальной адаптации больного, включающий способность к психосоциальной адаптации пациента и уровень личностной приспособляемости [1].

Целью настоящего исследования была качественная оценка адаптивных ресурсов личности больных шизофренией, которая была проведена путем установления корреляционных связей между отдельными характеристиками психической и психосоциальной адаптации.

Оценка адаптивных ресурсов личности была проведена у 143 больных с впервые установленным диагнозом параноидной шизофрении (основная группа).

В группу сравнения были включены 173 больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением с сопоставимыми гендерно-возрастными особенностями.

Давность заболевания у пациентов не превышала 5 лет.

Все больные прошли курс антипсихотической терапии и были обследованы перед выпиской из стационара.

В исследовании использовались методы: психодиагностический (методика определения механизмов психологической защиты R. Plutchik и H. Kellerman (1979) [2], методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норманн и соавт., 1988) [3]); социально-психологический (методика диагностики социально-психологической адаптации (СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда (1954) [4], методика оценки способности к психосоциальной адаптации EAPS (G. Darcourt, 1987) [5]); метод математической обработки результатов (корреляционный анализ — коэффициент линейной корреляции Пирсона, показатель ранговой корреляции Спирмена).

Данные о роли различных характеристик составляющих реабилитационного потенциала в формировании копинг-стратегий у пациентов обеих групп представлены в таблицах 1 и 2.

© Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Кокотова О. О., Бойченко О. О., 2013

Таблиця 1

**Корреляційні зв'язи копинг-стратегій і показателів психічної і психосоціальної адаптації у больних с манифестним епізодом шизофренії**  
(по методикам діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, LSI, EAPS)

Показатель	Копинг, орієнтований на		
	рішення задач	емоції	уникання
Життєдіяльність і здатність працювати	0,200454*	0,023999	-0,082924
Внесемейні (дружескі) взаємостосунки	0,227225*	0,021159	-0,122661
Суспільна і соціальна життя	0,233651*	0,014596	-0,054083
Взаємостосунки між особистостями	0,333256*	0,081614	0,032258
Інтерес до знання оточуючої інформації	0,247441*	0,056907	-0,025721
Гроші і фінанси	0,282986*	0,004545	-0,078100
Зовнішній вигляд пацієнта	0,221280*	0,026009	-0,065309
A — «адаптація»	-0,064816	0,281134*	0,145630
E — «емоційний комфорт»	-0,063720	0,165817*	0,184830*
I — «інтернальність»	0,064078	0,166454*	0,167490*
D — «домінування»	0,000095	-0,181749*	-0,196992*
Ескапізм (ухід від проблем)	-0,029743	0,147801	0,207376*
Витіснення	-0,068818	0,254513*	0,209256*
Проекція	-0,100490	0,191170*	0,079367
Компенсація	0,016063	-0,255109*	-0,197210*
Гіперкомпенсація	0,007141	-0,294995*	-0,265668*
Рационалізація	-0,122109	0,101860	0,165522*
Загальна напруженість захисту (ОНЗ)	-0,131507	-0,268285*	-0,576183*

Примечание. Здесь и далее: \* — показатель корреляции статистически значимо отличается от 0,  $p < 0,05$

Корреляційний аналіз дозволив визначити в основній групі больних достовірні позитивні кореляції показателів копинга, орієнтованого на рішення проблем, з пунктами «Життєдіяльність і здатність працювати», «Внесемейні (дружескі) взаємостосунки», «Суспільна (соціальна) життя», «Взаємостосунки між особистостями», «Інтерес до знання оточуючої інформації», «Гроші і фінанси», «Зовнішній вигляд», і «Умови життя. Місце проживання. Питання» методики EAPS. Це підтверджує конструктивний характер даної копинг-стратегії, яка сприяла психосоціальної адаптації больних з першим установленним діагнозом шизофренії.

Копинг, орієнтований на емоції, достовірно ( $p < 0,05$ ) позитивно корелював з індексом адаптації ( $r = 0,28$ ), індексом емоційного комфорту ( $r = 0,17$ ), індексом інтернальності ( $r = 0,17$ ), витісненням ( $r = 0,25$ ), проекцією ( $r = 0,191170$ ), негативно — з домінуванням ( $r = -0,18$ ), компенсацією ( $r = -0,26$ ), гіперкомпенсацією ( $r = -0,30$ ) і ОНЗ ( $r = -0,27$ ).

Копинг, орієнтований на уникання, достовірно ( $p < 0,05$ ) позитивно корелював з індексом емоційного комфорту ( $r = 0,18$ ), індексом інтернальності ( $r = 0,17$ ), ескапізмом ( $r = 0,21$ ), витісненням ( $r = 0,21$ ), рационалізацією ( $r = 0,17$ ), негативно — з домінуванням ( $r = -0,20$ ), компенсацією ( $r = -0,20$ ), гіперкомпенсацією ( $r = -0,27$ ) і ОНЗ ( $r = -0,58$ ).

В групі порівняння копинг, орієнтований на рішення проблем, мав достовірні ( $p < 0,05$ ) негативну кореляцію з ескапізмом ( $r = -0,15$ ) і позитивну кореляцію з напруженням компенсації ( $r = 0,18$ ).

Таблиця 2

**Корреляційні зв'язи копинг-стратегій і показателів психічної і психосоціальної адаптації у больних с рецидивним теченням шизофренії**  
(по методикам діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, LSI)

Показатель	Копинг, орієнтований на		
	рішення задач	емоції	уникання
Ескапізм	-0,154925*	-0,10155	-0,046889
Компенсація	0,175622*	-0,063094	-0,038010
ОНЗ	-0,101453	-0,033911	-0,198563*

Компенсація — механізм психологічної захисту, проявляється в спробах знайти підходящу заміну реального або уявного недоліку, нестерпимого дефекту іншою властивістю, зазвичай з допомогою фантазування або присвоєння собі властивостей, цінностей, поведінкових характеристик іншої особистості. Ілюзорне заїмствовавши цих властивостей являється компенсаторним переодоленням дефіцитності самооцінки і одним з факторів формування в стресовій ситуації конструктивних варіантів поведінки у больних з первинно рецидивуючою шизофренією. Зростання емоційно-вольового зниження по мірі прогресування захворювання у больних групі порівняння супроводжувалося небажанню включитися в життєві ситуації і проявлялося зростанням ескапізма як показателя дезадаптивності поведінки. Данна тенденція являлася фактором, перешкоджаючим формуванню конструктивного копинга, направлено на рішення проблем.

Таким чином, у больних з манифестним приступом шизофренії копинг, орієнтований на емоції, суттєво не перешкоджував рівню адаптації больних в соціумі (показатель копинга достовірно,  $p < 0,05$ , позитивно корелював з індексом адаптації,  $r = 0,28$ ), являється достатньо прийнятним для особистості больного і його емоційної сфери (показатель копинга достовірно,  $p < 0,05$ , позитивно корелював з індексом емоційного комфорту,  $r = 0,17$ ), контролювався свідомістю пацієнта (показатель копинга достовірно,  $p < 0,05$ , позитивно корелював з індексом інтернальності,  $r = 0,17$ ). В той же час використання даної копинг-стратегії супроводжувалося заниженою самооцінкою і перекиданням відповідальності з себе на оточуючих (достовірна,  $p < 0,05$ , негативна

корреляція з індексом домінування як показателем психосоціальної адаптації больних,  $r = -0,18$ ). Даний варіант копинга свідечував про слабкість захисних психологічних механізмів як бессознательного процесу, регулюючого рівень емоційного напруження, головним чином тривоги, що підтверджувалося наявністю достовірних ( $p < 0,05$ ) негативних кореляцій з загальною напруженістю механізмів захисту ( $r = -0,27$ ).

Незважаючи на неконструктивний характер копинга, орієнтованого на уникнення, для пацієнтів основної групи дана стратегія являлася достатньо емоційно комфортною (показатель копинга достовірно,  $p < 0,05$ , позитивно корелював з індексом емоційного комфорту,  $r = 0,18$ ), усвідомленою та контролюваною (достовірна,  $p < 0,05$ , позитивна кореляція з індексом інтернальності,  $r = 0,17$ ), що може бути пов'язано з формуючимся вже на початкових етапах емоційно-мотиваційним зниженням больних шизофренією. В даній групі копинг, орієнтований на уникнення, достовірно ( $p < 0,05$ ) позитивно корелював з захисними психологічними механізмами витіснення ( $r = 0,21$ ) та раціоналізації ( $r = 0,17$ ). Іншими словами, больні з маніфестним епізодом шизофренії мали тенденцію преривати переживання в відповідь на неприємну або суб'єктивно неприємлему ситуацію при допомозі логічних установок та маніпуляцій навіть при наявності переконливих доказів на користь протилежного. Больні створювали логічні (псевдорозумні), але благовидні обґрунтування свого чи чужого поведіння, дій чи переживань, викликаних причинами, яких вони не могли визнати через загрозу втрати самоповаги. Привлекався так званий здоровий глузд для обґрунтування поведінки, установок, представлень. Копинг, орієнтований на уникнення, неминуче проявлявся уникненням проблем (достовірна,  $p < 0,05$ , позитивна кореляційна зв'язь з ескапізмом,  $r = 0,21$ ) та небажанням брати на себе відповідальність за відбуваючі події (достовірна,  $p < 0,05$ , негативна кореляція з індексом домінування,  $r = -0,20$ ).

Для обох порівнюваних груп больних виявилася достовірною ( $p < 0,05$ ) негативна кореляція копинга, орієнтованого на уникнення, з загальною напруженістю механізмів захисту. Однак в групі порівняння дана кореляція являлася менш тісною ( $r = -0,20$ ), ніж в основній групі ( $r = -0,58$ ).

Таким чином, у больних з маніфестним приступом шизофренії конструктивний характер копинг-стратегії, націленої на рішення завдань, підтверджувався позитивними кореляціями з психосоціальною адаптацією. При прогресуванні захворювання напруженість захисних механізмів в формуванні копинг-стратегій ослабвала, що супроводжувалося зростанням ролі неконструктивних або умовно конструктивних стратегій поведінки.

Згідно з даним аналізом кореляційних зв'язей показателів напруженості механізмів психологічної захисту та характеристик психічної та психосоціальної адаптації больних з маніфестним

приступом шизофренії (за методиками діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда, «Копинг-поведінка в стресових ситуаціях», EAPS), у больних з маніфестним приступом шизофренії напруженість витіснення позитивно корелювала ( $p < 0,05$ ) з ескапізмом (уникнення проблем) як соціально-психологічною характеристикою особистості ( $r = 0,63$ ) та сприяло формуванню умовно конструктивних та неконструктивних копинг-стратегій (достовірні,  $p < 0,05$ , позитивні кореляції з копингом, орієнтованим на емоції,  $r = 0,25$  та копингом, орієнтованим на уникнення,  $r = 0,21$ ).

Возврат до більш ранніх форм пристосування вже на початкових стадіях шизофренії призводив до підвищеної потреби в захисті та опіці, що в першу чергу відбивалося на здатності до трудової адаптації (достовірні,  $p < 0,05$ , негативні кореляції напруженості регресії та рівня адаптації в сфері «Життєдіяльність та працездатність»,  $r = -0,18$ ).

В результаті зміщення емоцій з об'єкта, викликавши їх, на більш доступні для розряду емоцій об'єкти у больних з маніфестним приступом шизофренії формувалося дезадаптивне поведінка з обмеженням кількості соціальних контактів або зниження якості взаємодії з оточуючими як за кількістю надмірної подразливості (оточуючі ставалися об'єктом розряду накопичених негативних емоцій), так і за кількістю уникнення соціальних контактів (оточуючі виступали джерелом негативних емоцій). При цьому виявлялися достовірні ( $p < 0,05$ ) негативні кореляції між напруженістю заміщення та соціальною функціонуванням в сфері «Сімейні взаємини» ( $r = -0,25$ ).

Невдахом больні основної групи приписували свої думки та почуття іншим людям (захисний механізм проєкції). Кореляційний аналіз підтвердив захисний неусвідомлюваний характер даного механізму (достовірні позитивні кореляції з індексом емоційного комфорту,  $r = 0,19$ , та індексом інтернальності,  $r = 0,19$ ). Висвобожуються при цьому емоції активно впливали на поведінку больних в стресових ситуаціях (достовірні позитивні кореляції між напруженістю проєкції та копинг-стратегіями, орієнтованими на емоції,  $r = 0,19$ ).

Напруженість захисного механізму раціоналізації позитивно корелювала ( $p < 0,05$ ) з рівнем ескапізму ( $r = 0,48$ ) та копинг-поведінкою, орієнтованим на уникнення ( $r = 0,17$ ), тобто псевдорозумне пояснення больними своїх почуттів та поведінки являлося наслідком та проявом аутизації больних. Проведений кореляційний аналіз виявив дезадаптувальну роль захисного механізму раціоналізації на початкових стадіях шизофренії (достовірні,  $p < 0,05$ , негативні кореляції його напруженості з загальною рівнем психосоціальної адаптації ( $r = -0,22$ ), та з рівнем адаптації в сферах «Життєдіяльність та працездатність» ( $r = -0,20$ ), «Гроші та фінанси» ( $r = -0,19$ )).

Наиболее конструктивными защитными механизмами при манифестном приступе шизофрении являлись компенсация (достоверные,  $p < 0,05$ , отрицательные корреляции с эскапизмом ( $r = -0,45$ ), копинг-поведением, ориентированным на эмоции ( $r = -0,26$ ) и копингом, ориентированным на избегание ( $r = -0,20$ ) и гиперкомпенсация (достоверные,  $p < 0,05$ , отрицательные корреляции с эскапизмом ( $r = -0,61$ ), копинг-поведением, ориентированным на эмоции ( $r = -0,30$ ) и копингом, ориентированным на избегание ( $r = -0,27$ )).

В целом, у больных после первого эпизода шизофрении защитные механизмы играли весьма значительную роль в формировании более адаптивных форм поведения. Это подтверждалось наличием достоверных ( $p < 0,05$ ) отрицательных корреляций между ОНЗ и эскапизмом ( $r = -0,25$ ), условно конструктивным копингом, ориентированным на эмоции ( $r = -0,27$ ), неконструктивным копингом, ориентированным на избегание ( $r = -0,58$ ), а также положительными корреляциями между ОНЗ и психосоциальной адаптацией (суммарный показатель ПСА ( $r = 0,18$ ), а также в сферах «Проведение досуга» ( $r = 0,23$ ), «Внесемейные (дружеские) взаимоотношения» ( $r = 0,21$ )).

У больных с первично рецидивирующей шизофренией взаимосвязи между механизмами психологической защиты и другими составляющими реабилитационного потенциала были несколько иными.

Как и в основной группе, вытеснение являлось одним из механизмов избегающего поведения (корреляция с эскапизмом  $r = 0,39$ ,  $p < 0,05$ ). Такой стереотип поведения способствовал удовлетворенности самим собой у больного, перенесшего несколько эпизодов шизофрении (корреляция с индексом самопрятия  $r = 0,15$ ,  $p < 0,05$ ). Однако, в отличие от манифестной стадии шизофрении, по мере прогрессирования заболевания в развитии эскапизма прослеживалось влияние других защитных механизмов, часть из которых способствовала уходу от проблем (регрессия,  $r = 0,20$ ; рационализация,  $r = 0,26$ ); другие же выполняли проективную функцию (проекция,  $r = -0,34$ ; компенсация ( $r = -0,33$ ; гиперкомпенсация,  $r = -0,45$ )).

Напряженность компенсации в группе сравнения, как и у больных с манифестом шизофрении, являлась позитивным фактором в формировании конструктивного копинг-поведения, ориентированного на решение задач (достоверно,  $p < 0,05$ , положительная корреляционная связь напряженности компенсации и копинга, ориентированного на решение проблем,  $r = 0,18$ ).

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 ослабевала даже в сравнении с их незначительной активностью у больных основной группы. Более интенсивное использование защитных механизмов препятствовало формированию избегающего поведения (достоверная,  $p < 0,05$ , отрицательная корреляция между ОНЗ и копинг-стратегией, ориентированной на избегание,  $r = -0,20$ ) и способствовало улучшению психосоциальной адаптации в сферах

«Жизнедеятельность и работоспособность» ( $r = 0,15$ ) и «Интерес к познанию окружающей информации» ( $r = 0,17$ ).

Приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что у больных, перенесших первый эпизод шизофрении, защитные механизмы играют весьма значительную роль в формировании более адаптивных форм поведения, при этом ведущими механизмами психологической защиты являются компенсация и гиперкомпенсация. В то же время проведенный корреляционный анализ обнаружил дезадаптирующую роль защитного механизма рационализации на начальных стадиях шизофрении.

На этапе хронификации шизофрении используются различные защитные механизмы, но ведущими в формировании более адаптивных форм поведения являются, согласно полученным данным, проекция и гиперкомпенсация. Корреляционный анализ показал, что более интенсивное использование защитных механизмов препятствует формированию избегающего поведения и способствует психосоциальной адаптации больных.

Результаты корреляционного анализа показателей психической и психосоциальной адаптации с точки зрения их влияния на уровень личностной приспособляемости представлены в таблицах 3 и 4.

Согласно полученным данным, участие защитного механизма проекции у больных основной группы способствовало достижению эмоционального комфорта ( $r = 0,19$ ) и облегчало внутренний самоконтроль ( $r = 0,19$ ). В то же время последние два показателя социально-психологической адаптации являлись составляющими условно конструктивного копинг-поведения, ориентированного на эмоции ( $r = 0,17$  и  $r = 0,17$  соответственно) и неконструктивного копинга, ориентированного на избегание ( $r = 0,18$  и  $r = 0,17$  соответственно). Копинг-стратегии, ориентированные на эмоции, были достаточно приемлемыми для адаптации больных (достоверные,  $p < 0,05$ , корреляции данного копинга с индексом адаптивности  $r = 0,28$ ). Однако использование обеих копинг-стратегий не способствовало самостоятельности и стремлению к лидерству больных, а, напротив, приводило к излишней подчиняемости и ведомости (достоверные,  $p < 0,05$ , отрицательные корреляции обоих видов копинга с индексом доминирования  $r = -0,18$  и  $r = -0,20$  соответственно).

Такая социально-психологическая характеристика личности больных с манифестными формами шизофрении как уход от проблем формировалась при участии защитных механизмов вытеснения ( $r = 0,63$ ) и рационализации ( $r = 0,47$ ). Защитные механизмы компенсации и гиперкомпенсации препятствовали развитию эскапизма (достоверные,  $p < 0,05$ , отрицательные корреляции с напряженностью этих защитных механизмов,  $r = -0,45$  и  $r = -0,61$ ). Более того, чем активнее работали адаптационно-компенсаторные защитные механизмы, тем более активными были больные в разрешении проблем (достоверная,  $p < 0,05$ , отрицательная корреляция уровня эскапизма и общей напряженности защиты (ОНЗ),  $r = -0,25$ ).

**Корреляционные связи показателей социально-психологической адаптации с характеристиками психической и психосоциальной адаптации больных с манифестным приступом шизофрении (по методикам LSI, «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях», EAPS)**

Показатели	A — «адаптация»	E — «эмоциональный комфорт»	I — «интернальность»	D — «доминирование»	Эскапизм
Вытеснение	0,131414	0,120672	0,020263	-0,046612	0,626509*
Рационализация	0,099622	0,078733	-0,056190	-0,001145	0,475389*
Проекция	0,131101	0,190597*	0,192676*	-0,111765	-0,121589
Компенсация	-0,137838	-0,124363	-0,137465	0,143639	-0,452347*
Гиперкомпенсация	-0,142644	-0,161014	-0,032962	0,090729	-0,608493*
Общая напряженность защиты	-0,034173	-0,032617	-0,098487	0,088494	-0,253548*
Копинг, ориентированный на эмоции	0,281134*	0,165817*	0,166454*	-0,181749*	0,147801
Копинг, ориентированный на избегание	0,145630	0,184830*	0,167490*	-0,196992*	0,207376*
Проведение досуга	-0,043093	-0,033609	0,006134	-0,013112	-0,208870*
Семейные взаимоотношения	-0,046502	0,007526	0,022582	-0,083304	-0,175896*
Суммарный показатель ПСА	-0,087655	-0,091108	0,058568	-0,042968	-0,169737*

Уход от проблем положительно коррелировал ( $p < 0,05$ ) с копинг-поведением, ориентированным на избегание ( $r = 0,21$ ). Отказ от проблемно-решающего поведения способствовал как общей психосоциальной дезадаптации (достоверные,  $p < 0,05$ , отрицательные корреляции уровня эскапизма и суммарного показателя психосоциальной адаптации,  $r = -0,17$ ), так и проблемам во внутрисемейных отношениях (достоверные,  $p < 0,05$ , отрицательные корреляции уровня эскапизма и показателя адаптации в сфере «Семейные взаимоотношения»,  $r = -0,18$ ).

Таблиця 4

**Корреляционные связи показателей социально-психологической адаптации с характеристиками психической и психосоциальной адаптации больных с первично рецидивирующей шизофренией (по методикам LSI, «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях», EAPS)**

Показатели	S — «само-приятие»	L — «приятие других»	Эскапизм
Вытеснение	0,154393*	0,011348	0,394421*
Регрессия	0,132991	0,068349	0,197695*
Рационализация	0,111549	0,063042	0,259787*
Проекция	-0,074904	0,048796	-0,341589*
Компенсация	-0,113030	0,019314	-0,326552*
Гиперкомпенсация	-0,106617	0,071935	-0,445690*
Копинг, ориентированный на решение задач	0,045747	0,051908	-0,154925*
Проведение досуга	-0,004441	-0,156374*	-0,012624
Интерес к познанию окружающей информации	0,009733	-0,155118*	-0,116107
Деньги и финансы	0,044658	-0,173429*	-0,191376*

С помощью корреляционного анализа были выявлены достоверные ( $p < 0,05$ ) положительные корреляции напряженности защитного механизма вытеснения с индексом самоприятия ( $r = 0,15$ ) и эскапизмом ( $r = 0,39$ ), то есть в случае включения этой защиты пациенты группы сравнения легче уходили от проблем в различных жизненных сферах, что способствовало большей удовлетворенности собой, повышало самооценку.

Наличие ( $p < 0,05$ ) отрицательных корреляций между индексом приятия других и уровнем адаптации в сферах «Проведение досуга» ( $r = -0,16$ ), «Интерес к познанию окружающей информации» ( $r = -0,16$ ) и «Деньги и финансы» ( $r = -0,17$ ) свидетельствует о существенной роли социальных взаимоотношений в психосоциальной адаптации больных, перенесших несколько психотических эпизодов шизофрении. Аутизация больных с настроженным отношением к окружающим нередко сопровождалась формированием самоизолирующих увлечений и хобби 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 были источником затруднений не только в зарабатывании денег, но и в способности распоряжаться ими, вкладывать деньги в новое производство.

Уход от проблем (эскапизм) больных с рецидивным течением шизофрении в значительной мере обусловлен напряженностью защитных психологических механизмов. Более выраженные проявления эскапизма связаны ( $p < 0,05$ ) с напряженностью вытеснения ( $r = 0,39$ ), регрессии ( $r = 0,20$ ) и рационализации ( $r = 0,26$ ). 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,  $p < 0,05$ , корреляции с напряженностью проекции ( $r = -0,34$ ), компенсации ( $r = -0,33$ ), гиперкомпенсации ( $r = -0,45$ ). Однако уход от проблем, вне зависимости от участвующих в его формировании механизмов, не способствовал выработке конструктивных копинг-стратегий (достоверные,  $p < 0,05$ , отрицательные корреляции с копингом, ориентированным на решение проблем,  $r = -0,15$ ).

Таким образом, эмоционально комфортное состояние больных с манифестным приступом шизофрении поддерживалось адекватной самооценкой, приятием себя и окружающих. Несмотря на условно конструктивный характер копинга, ориентированного на эмоции, у больных основной группы он не имел выраженного дезадаптирующего характера и не причинял больным эмоционального дискомфорта. Одним из факторов, способствующих психосоциальной дезадаптации, в том числе и во внутрисемейных отношениях, уже на начальных стадиях заболевания являлся эскапизм (уход от проблем). В формировании эскапизма, как на начальных стадиях заболевания, так и после нескольких эпизодов шизофрении, участвовали защитные механизмы вытеснения и регрессии при протективной роли компенсации и гиперкомпенсации. После манифестного приступа роль напряженности защиты в весьма значительной степени определяла степень выраженности эскапизма.

Корреляционный анализ показателей психосоциальной и психической адаптации был проведен с целью определения механизмов формирования адаптивного поведения в различных социальных сферах у больных с манифестным приступом и первично рецидивирующей шизофренией.

Использование больными основной группы конструктивных копинг-стратегий способствовало более успешной психосоциальной адаптации, о чем свидетельствовали положительные ( $p < 0,05$ ) корреляции с копинг-стратегиями, ориентированными на решение проблем, в большинстве исследованных сфер: «Жизнедеятельность и работоспособность» ( $r = 0,44$ ), «Проведение досуга» ( $r = 0,20$ ), «Общественная (социальная) жизнь» ( $r = 0,23$ ), «Межличностные отношения» ( $r = 0,233651$ ), «Интерес к познанию окружающей информации» ( $r = 0,33$ ), «Деньги и финансы» ( $r = 0,25$ ), «Внешний вид» ( $r = 0,28$ ), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ( $r = 0,22$ ), суммарный показатель ПСА ( $r = 0,34$ ). Формированию адаптивных форм поведения у этих больных способствовала достаточно высокая напряженность защитных психологических механизмов. Так, положительные корреляции ( $p < 0,05$ ) с общей напряженностью защитных механизмов обнаружены в сферах «Проведение досуга» ( $r = 0,23$ ), «Внесемейные (дружеские) взаимоотношения» ( $r = 0,21$ ), «Интерес к познанию окружающей информации» ( $r = 0,18$ ), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ( $r = 0,18$ ), суммарный показатель ПСА ( $r = 0,18$ ).

Достоверная ( $p < 0,05$ ) отрицательная корреляция между напряженностью защитного механизма замещения и уровнем адаптации в сфере «Семейные взаимоотношения» ( $r = -0,25$ ) подтверждала 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 на 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 вносила весьма ощутимый вклад в уровень ПСА, причем эти влияния прослеживались как на уровне отдельных сфер ПСА («Проведение досуга» ( $r = -0,21$ ), «Семейные взаимоотношения» ( $r = -0,18$ ), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ( $r = -0,17$ )), так и на уровне суммарного показателя ПСА ( $r = -0,14$ ), т. е. уже после первого перенесенного эпизода шизофрении больные старались избегать ответственности и дистанцировались от необходимости участвовать в разрешении неизбежно возникающих проблем.

Большая выраженность психосоциальной дезадаптации у больных с первично рецидивирующей шизофренией сопровождалась 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 ( $p < 0,05$ ) положительных корреляционных связей с общей напряженностью защитных механизмов свидетельствовало об активности адаптационно-компенсаторных механизмов в отдельных сферах ПСА: «Жизнедеятельность и работоспособности» ( $r = 0,15$ ), «Интерес к познанию окружающей информации» ( $r = 0,17$ ). В случае включенности защитных механизмов замещения и компенсации больные группы сравнения оказывались адаптированными в сфере проведения досуга ( $r = 0,16$  и  $r = 0,18$  соответственно). Действие замещения проявлялось в разрядке подавленных отрицательных эмоций на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции. В этой ситуации повышалась вероятность совершения больными неожиданных, подчас бессмысленных действий, которые разрешали внутреннее напряжение и высвобождали 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, возникший 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 являлись об'єктом разрядки негативних емоцій больних.

При наявності захисного механізму проєкції об'єктивне спостереження дозволяло виявити в поведінці пацієнтів саме ті риси, які вони піддавали негативній оцінці, проєцируючи їх на оточуючих. Цей факт підтверджується наявністю достовірних позитивних кореляцій між напруженістю захисного механізму проєкції та адаптацією в сферах «Деньги и финансы» и «Условия жизни. Место проживания. Питание» ( $r = 0,156234$  и  $r = 0,180272$  відповідно).

Більш виражені аутистичність та відстороненість від соціальної життя та оточуючих у пацієнтів з первинно рецидивуючою шизофренією знайшли відображення в достовірних ( $p < 0,05$ ) негативних кореляціях між такою характеристикою особистісної пристосованості як прийняття інших та психосоціальної дезадаптацією в сферах «Проведение досуга» ( $r = -0,16$ ), «Интерес к познанию окружающей информации» ( $r = -0,16$ ), «Деньги и финансы» ( $r = -0,17$ ), а також між ескапізмом та психосоціальною дезадаптацією в сфері «Деньги и финансы» ( $r = -0,19$ ). В сфері «Проведение досуга» більші групи порівняння були більш збереженими при включенні захисних механізмів заміщення та компенсації, однак соціальна відстороненість з небажанням спілкуватися з іншими людьми призводила до дефіцитності в цій сфері. Напруженість захисного механізму проєкції змушувала больних приймати на себе роль більш адаптованих в сферах «Деньги и финансы» и «Условия жизни. Место проживания. Питание», але наростання ескапізму призводило до зниження адаптації в фінансовій сфері соціальної активності. В сфері «Интерес к познанию окружающей информации» наростання аутистичності та небажання спілкуватися з іншими людьми (індекс «Прийнятия других» в методикі К. Роджерса та Р. Даймонда) призводило до зниження познательної активності.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що у пацієнтів, перенеслих манифестний приступ шизофренії, більш високий рівень

психосоціальної адаптації забезпечувався успішним використанням конструктивних копінг-стратегій, направлених на рішення проблем. В той же час ці больні намагалися уникати відповідальності та дистанціювалися від необхідності брати участь в розв'язанні неминуче виникаючих проблем, що підтверджено результатами кореляційного аналізу. Захисні психологічні механізми грали значущу роль в психосоціальної адаптації больних шизофренією, однак після першого епізоду шизофренії їх напруженість виявлялася не тільки більш високою, але і мала більш виражене вплив на формування більш адаптивних форм поведінки больних в різних сферах психосоціальної адаптації.

Таким чином, з допомогою кореляційного аналізу виявлено стійку взаємозв'язок між складовими реабілітаційного потенціалу, визначаючи реальну та об'єктивну можливість подолати функціональну недостатність больних та покращити їх здатність пристосовуватися до умов життя. Виявлені закономірності можуть бути основою для використання інтегративного підходу в виборі реабілітаційних заходів при манифестному епізоді шизофренії.

#### Список литературы

1. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк: Каштан, 2009. — 584 с.
2. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей и психологов) / под ред. Л. И. Вассермана. — СПб.: ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1999. — 49 с.
3. Табачников А. Е. Основы клинической психологии / А. Е. Табачников, Ц. Б. Абдрахимова. — Донецк: ДонГУЭТ, 2008. — С. 162—172.
5. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского — Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 2002. — 672 с.
6. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк: «Каштан», 2006. — 268 с.

Надійшла до редакції 03.06.2013 р.

*В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова,  
О. О. Кокотова, О. О. Бойченко*

#### Якісна оцінка адаптивних ресурсів особистості хворих на шизофренію

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького (м. Донецьк)*

За допомогою кореляційного аналізу якісних характеристик адаптивних ресурсів особистості хворих із манифестним епізодом шизофренії та шизофренією з епізодичним перебігом виявлено стійку взаємозв'язок складових реабілітаційного потенціалу, що впливає на реальну та об'єктивну можливість подолати функціональну недостатність хворих та покращити їхню здатність пристосовуватися до життєвих умов. Закономірності, що виявлені, можуть бути підставою для використання інтегративного підходу до вибору реабілітаційних заходів у хворих на шизофренію.

**Ключові слова:** шизофренія, манифестний епізод шизофренії, хронічна шизофренія, адаптивні ресурси особистості.

*V. A. Abramov, T. L. Ryapolova,  
O. O. Kokotova, O. O. Boychenko*

#### Qualitative analysis of the personality adaptive resources in the patients with schizophrenia

*Donets'k National Medical University named after M. Gorkiy (Donets'k)*

The steady interrelation of the rehabilitative potential components which determines the real and objective possibility of the functional insufficiency negotiation and the improvement of there possibility to adapt to the life events was discovered due to correlation analysis of the qualitative characteristics of the personality adaptive resources in the patients with a manifestative schizophrenic episode and episodic schizophrenia. The revealed patterns may be the background for the use of the integrative approach in the selection of the rehabilitative interventions in the patients with schizophrenia.

**Keywords:** schizophrenia, manifestative schizophrenic episode, chronic schizophrenia, personality adaptive resources.