



УДК 159.9.072.432

**ИССЛЕДОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО
БОЛЕЗНИ ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ**

**В. А. Соболев, кандидат медицинских наук, врач-психиатр;
Д. В. Чумаков, кандидат медицинских наук, врач-психиатр;
И. А. Давыдова, кандидат медицинских наук, врач-психиатр;
М. А. Ярославская, кандидат психологических наук, клинический психолог**
Психиатрическая клиническая больница № 12 Департамента
здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия

**THE RESEARCH OF COPING BEHAVIOR OF PATIENTS
WITH SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER**

**V. A. Sobolev, candidate of medical sciences, psychiatrist;
D. V. Chumakov, candidate of medical sciences, psychiatrist;
I. A. Davydova, candidate of medical sciences, psychiatrist;
M. A. Yaroslavskaya, candidate of psychological sciences, clinical psychologist**
Psychiatric hospital № 12, Moscow, Russia

Summary. The purpose of the research was to study the patterns of using coping and adherences to it's different types in patients with schizotypal personality disorder. The results of the study may be useful in developing educational systems of coping behavior skills.

Keywords: coping behavior; coping strategies; adaptation; schizotypal personality disorder.

Эндогенные заболевания шизофренического спектра характеризуются разнообразной психопатологической симптоматикой, включающей в себя различной степени выраженности нарушения восприятия, поведения, изменение эмоциональной сферы, снижение волевой активности. В силу большой распространённости и значимости в прогностическом плане расстройства шизофренического спектра являются важной проблемой современного здравоохранения [2]. Они имеют значительные психологические и социальные последствия для больных, что обуславливает внимание специалистов различных областей медицины и психологии, а также необходимость разработки комплексного медико-психологического подхода в лечении [4, 5, 8, 9]. Эффективность адапта-

ции к заболеванию напрямую зависит от особенностей использования стратегий стресс преодолевающего поведения [1, 3, 4–7, 10]. В связи с этим, становится крайне важным определение особенностей способов и ресурсов совладающего с болезнью поведения как психологических феноменов адаптации (дезадаптации) при эндогенных заболеваниях шизофренического спектра.

Цель настоящего исследования – изучить параметры совладающего поведения у пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство» как способов адаптации/дезадаптации к заболеванию.

**Характеристика групп
обследуемых и методы**

В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 31 до 50 лет



с диагнозом F21 «шизотипическое расстройство». Больные находились на лечении в ГБУЗ ПКБ № 12 ДЗМ.

Выборка из 30 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 15 мужчин, средний возраст – $40,7 \pm 7,04$. Группу сравнения составили 15 женщин, средний возраст – $40,4 \pm 6,15$.

Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялись копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R. S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством Л. И. Вассермана, методика «Проактивное совладающее поведение» (Аспинвал, Шварцер, Тауберт, 1999, адаптация Е. Старчен-ковой, в модификации В. М. Ялтонского, 2009).

Статистическая обработка результатов исследования

При статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различий между группами. Последний показатель рассчитывался по U-критерию Манна-Уитни. При обработке результатов использовалась компьютерная статистическая программа «Statistica 6.0». Использовали также программу MICROSOFT EXCEL 2003. Расчёт производился с достоверностью $p \leq 0,05$.

Описание методов

Опросник «Проактивное совладающее поведение» разработан Greenglass, Schwarzer, Aspinwall, Jakubiec, Fiksenbaum, Taubert в 1999 году. Методика «Проактивное совладающее поведение» оценивает выраженность тех или иных копинг-стратегий у индивида. Испытуемый получает инструкцию: «Следующие утверждения касаются ваших реакций на различные жизненные ситуации. Отметьте, насколько вы согласны с каждым из этих утверждений, поставив галочку в соответствующей графе».

Опросник состоит из 55 утверждений и включает шесть шкал:

1. Проактивное преодоление.
2. Рефлексивное преодоление.
3. Стратегическое планирование.
4. Превентивное преодоление.
5. Поиск инструментальной поддержки.
6. Поиск эмоциональной поддержки.

Каждое утверждение предлагает определённый вариант ответа. Оценка ответов производится по 4-балльной шкале: «совсем не согласен» – 1 балл, «частично согласен» – 2 балла, «скорее согласен, чем не согласен» – 3 балла, 4 балла – «полностью согласен». Пункты 2, 9, 14 первой шкалы подвергаются обратной обработке. Интерпретация производится по каждой из шкал со средними значениями в исследуемой выборке.

Методика «Ways of Coping Questionnaire» (WCQ) разработана R. S. Lazarus и Folkman S. в 1988 году, адаптирована в лаборатории психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством Л. И. Вассермана в 2009 году. Опросник включает в себя 50 утверждений, каждое из которых предлагает определённый вариант поведения в затруднительной ситуации.

Участнику исследования даётся инструкция: «Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей Вашего поведения в затруднительных ситуациях. Прочитав каждое из утверждений, решите, верно оно по отношению к Вам или нет. Вы можете выбрать четыре варианта ответа на этот вопрос в зависимости от того, насколько часто Вы используете указанный в утверждении способ поведения: 0 – «никогда», 1 – «редко», 2 – «иногда», 3 – «часто». Выбранный Вами ответ отметьте в соответствующей графе опросного листа. Будьте внимательны и старайтесь отвечать искренне. Правильных и неправильных («плохих» и «хороших») ответов здесь нет».

Как следует из инструкции, ответ оценивается испытуемым по 4-балльной шкале в зависимости от частоты обращения



к стратегии: никогда – 0 баллов, редко – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла.

Пункты методики объединены в 8 шкал, соответствующих копинг-стратегий:

- конфронтация;
- дистанцирование;
- самоконтроль;
- поиск социальной поддержки;
- принятие ответственности;
- бегство – избегание»;
- планирование решения проблемы;
- положительная переоценка.

Обработка и интерпретация результатов

Степень предпочтительности стратегии определяется по шкале Т-баллов при М (среднем значении по стандартной шкале) равном 50 Т-баллам и σ (стандартном отклонении) равном 10 Т-баллам.

Для определения «сырых» показателей по шкалам методики вычисляется сумма показателей по утверждениям, входящим в каждую из шкал, с учётом соотношения между ответом и начисляемыми баллами.

После расчёта «сырых» значений по шкалам осуществляется их перевод в стандартные Т-баллы. Для определения стандартного показателя необходимо соотнести «сырой» балл со значениями нормативной группы с учётом пола и возраста.

Степень предпочтительности для испытуемого стратегии совладания со стрессом определяется на основании следующих нормативов:

1. Показатель меньше 40 баллов – редкое использование стратегии.
2. 40 баллов \leq показатель \leq 60 баллов – умеренное использование соответствующей стратегии.
3. Показатель более 60 баллов – выраженное предпочтение соответствующей стратегии.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные значения по результатам тестов для 1 и 2 выборки, в большин-

стве случаев, выходят за рамки нормативов (диаграмма № 1, диаграмма № 2). В ходе исследования было установлено, что у пациентов с шизотипическим расстройством в целом ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. У больных наблюдаются защитный характер поведенческой активности, низкий функциональный уровень совладающего поведения, несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинга.

Для обеих групп ($P > 0,05$) характерно недостаточное обращение к формам проактивного совладающего поведения, таким как рефлексивное преодоление, стратегическое планирование, поиск инструментальной поддержки, поиск эмоциональной поддержки. Это указывает на общую тенденцию в реагировании на стрессовые события, выражающуюся в плохо сформированном представлении о ходе деятельности, недостатке навыков планирования, выбора более эффективных способов совладания со стрессовыми ситуациями. Вышеизложенное может приводить к дезорганизации деятельности по разрешению затруднительных ситуаций и, следовательно, к менее успешному и затяжному решению проблемных событий, что является одним из факторов риска нарастания эмоционального напряжения и, как следствие, усугубления психического состояния пациента.

У мужчин с шизотипическим расстройством в репертуаре совладающих стратегий преобладают когнитивные стили, они используют интеллектуальные приёмы отстранения, обесценивания, склонны к концептуальным построениям, редко обращению к ресурсу социальной поддержки, слабой рефлексии при совладании со стрессовыми событиями и заболеванием. Они достоверно ($P < 0,05$) реже женщины в ситуации стресса прибегают к стратегиям «конфронтация»,



«бегство-избегание», активнее используют «дистанцирование», «принятие ответственности», «планирование реше-

ния проблемы», «проактивное преодоление», «превентивное преодоление» (диаграмма 1, диаграмма 2).

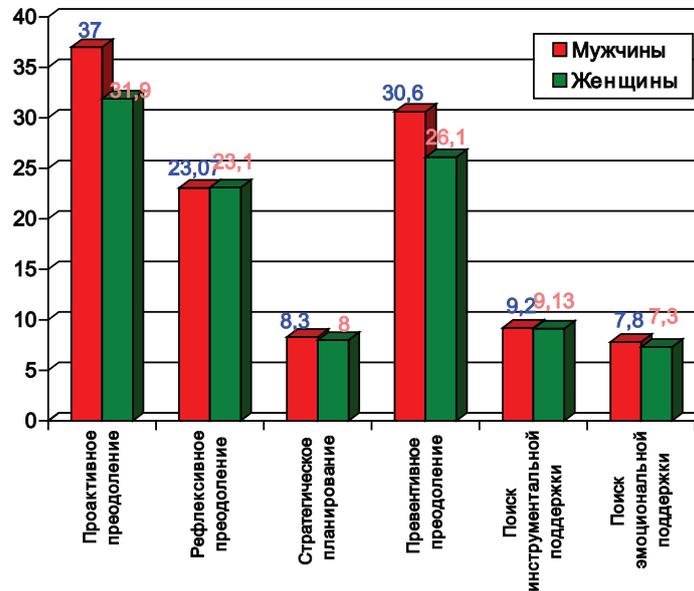


Диаграмма 1. Средние показатели предпочтительности стратегий преодолевающего поведения для мужчин и женщин, полученных с помощью методики «Проактивное совладающее поведение»

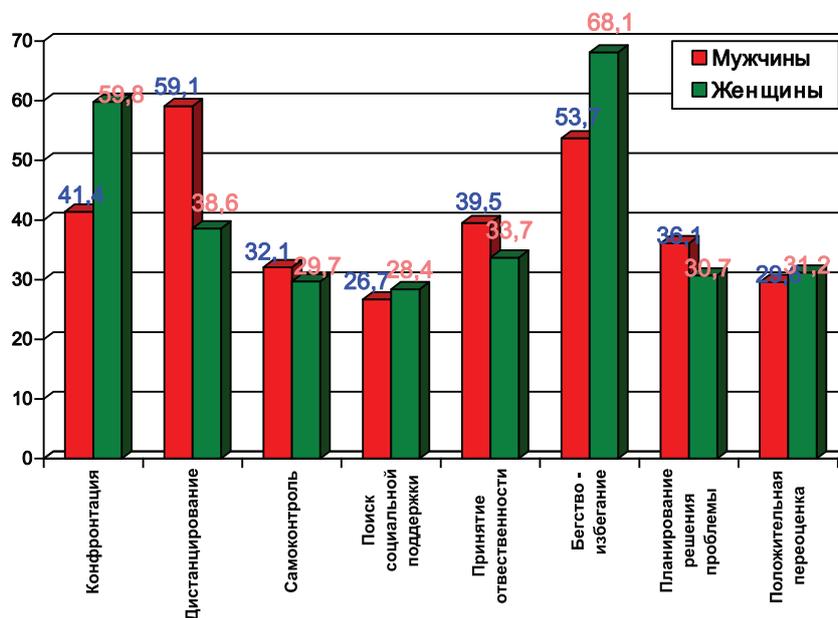


Диаграмма 2. Средние показатели предпочтительности стратегий преодолевающего поведения для мужчин и женщин с диагнозом шизотипическое расстройство, полученные с помощью методики «WCQ»



Чрезмерное обращение к стратегии «дистанцирование» мужчин, с одной стороны, позволяет не растрачивать свои внутренние ресурсы, оберегает от проявления аффективных вспышек, позволяет снизить субъективную значимость трудноразрешимых ситуаций; с другой – может приводить к слабому учёту социальной действительности, провоцировать к уходу от проблем в концептуальные построения, что в последующем служит источником искажённого восприятия происходящего и, как следствие, обостряет отношения с окружающими, создавая благоприятную почву для межличностных конфликтов. Следует отметить, что компенсация за недостаточное развитие стратегий «самоконтроль» и «поиск социальной поддержки» у мужчин может провоцировать усиленное использование копинга «дистанцирование». Несмотря на недостаточное, но всё же более частое обращение, чем у женщин, к стратегиям «принятие ответственности», «планирование решения проблемы», «проактивное преодоление» указывает на большую готовность мужчин анализировать своё поведение, менее выраженные нарушения целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения. Мужчины с шизотипическим расстройством склонны к редкому обращению к стилю «положительной переоценки», что обуславливает предрасположенность к депрессивным реакциям, формированию механизма негативного мышления. Мужчины чаще женщин в своём поведенческом арсенале используют стратегию «превентивное преодоление». Они более сознательно и ответственно подходят к важности подготовки определённых действий по сохранению собственного здоровья и удовлетворительного самочувствия, таких как: накопление денежных средств, своевременное принятие медикаментозных препаратов, прохождение плановых

обследований по предотвращению тех или иных неблагоприятных последствий, например, ухудшению своего психического состояния.

Для женщин с диагнозом «шизотипическое расстройство» в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются эмоционально-ориентированные. Они проявляют предрасположенность к аффективным вспышкам, внешнеобвиняющим реакциям, слабому учёту социальной действительности, испытывают выраженные трудности в использовании социальных ресурсов, склонны не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния. Они достоверно ($P < 0,05$) чаще мужчин используют в проблемной ситуации копинги «конфронтация», «бегство-избегание», реже обращаются к «дистанцированию», «принятию ответственности», «планированию решения проблемы», «проактивному преодолению», «превентивному преодолению».

Стратегия «бегство-избегание» находится на первой ранговой позиции по частоте использования у женщин с диагнозом «шизотипическое расстройство», т. е. является ведущей. Отчётливое предпочтение копинга «бегство-избегание» и редкое обращение к «принятию ответственности» свидетельствуют о склонности отрицать наличие проблем и уходить от их решения. Высокие значения по шкале «конфронтация» и низкие значения по параметру «самоконтроль» у пациенток с диагнозом «шизотипическое расстройство», указывают на недостаточность регуляции волевого компонента деятельности, склонность к малопродуктивным формам реагирования с тенденцией к раздражительности, внешнеобвиняющим реакциям, трудности адекватного восприятия социального контекста окружающего. Ослабленная функция самоконтроля усиливает проявления



аффективных вспышек. Недостаточное обращение к стратегии «дистанцирование» у женщин может привести к эмоциональной охваченности проблемой, невозможности от неё отвлечься, чрезмерной когнитивной фокусировке на ситуации, что впоследствии является фактором риска для развития труднокорректируемых концепций, продуцируемых по внутренним основаниям или с опорой на внешние случайные стимулы. Вышеизложенное приводит к истощению внутренних ресурсов субъекта, к ощущению опустошённости и усталости, отходу от социальных контактов, и, как следствие, сильной социальной дезадаптации и изоляции. Низкие значения по шкалам «принятие ответственности», «поиск социальной поддержки» могут быть связаны с трудностями адекватного восприятия социального контекста ситуаций, чрезмерным обращением к стратегии «конфронтация» и ослабленной функцией самоконтроля. Недостаточное обращение к копингам «планирование решения проблемы», «проактивное преодоление», «превентивное преодоление» указывают на выраженные нарушения целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения стрессовых ситуаций, планирования собственных действий с учётом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся внешних и внутренних ресурсов. Низкие значения по шкале «положительная переоценка» указывают на редкое обращение к мысленному моделированию своих высказываний, поступков, а также произошедших ситуаций, оценивание ситуаций как негативных.

Выводы

1. Пациенты, страдающие шизотипическим расстройством, дезадаптивно реагируют в ситуациях стрессовой нагрузки.
2. У пациентов с шизотипическим расстройством в целом ограничен вы-

бор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. У больных наблюдаются защитный характер поведенческой активности, низкий функциональный уровень совладающего поведения, несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинга.

3. У больных шизотипическим расстройством наблюдается недостаточное обращение к проактивным формам стресс преодолеляющего поведения.

4. Больные шизотипическим расстройством испытывают дефицит навыков планирования, у них недостаточно сформировано представление о ходе деятельности и ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями.

5. В репертуаре совладающих стратегий со стрессом у мужчин с диагнозом «шизотипическое расстройство» преобладают когнитивные стили. Для женщин с диагнозом «шизотипическое расстройство» в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются эмоционально-ориентированные.

6. Мужчины с диагнозом «шизотипическое расстройство» используют интеллектуальные приёмы отстранения, обесценивания, склонны к концептуальным построениям, редкому обращению к ресурсу социальной поддержки, слабой рефлексии при совладании со стрессовыми событиями и заболеванием.

7. Женщины с диагнозом «шизотипическое расстройство» в попытках совладания со стрессовыми ситуациями и болезнью проявляют предрасположенность к аффективным вспышкам, внешнеобвиняющим реакциям, слабому учёту социальной действительности, испытывают выраженные трудности в использовании социальных ресурсов, склонны не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния.



8. У женщин с психотипическим расстройством, по сравнению с мужчинами с психотипическим расстройством, менее развиты навыки самостоятельного решения трудностей, целеполагания, рассмотрения вариантов разрешения конфликтных или затруднительных ситуаций.

Библиографический список

1. Ярославская М. А. Общие сведения и взаимосвязь феноменов адаптации, стресса и совладающего поведения // Вестник Академии Медико-технических наук. – 2012. – № 1(6). – С. 48–52.
2. Aranda-Reneo I., Oliva-Moreno J., Vilaplana-Prieto C., Hidalgo-Vega Á., González-Domínguez A. Informal care of patients with schizophrenia // J Ment Health Policy Econ. – 2013. – Sep; № 16(3). – P. 99–108.
3. Davis L., Brekke J. Social support and functional outcome in severe mental illness: The mediating role of proactive coping // Psychiatry Res. – 2014. – Jan. 30; № 215(1). – P. 39–45.
4. Kate N., Grover S., Kulhara P., Nehra R. Caregiving appraisal in schizophrenia: a study from India // Soc Sci Med. – 2013. – Dec.; № 98. – P. 135–40.
5. Kate N., Grover S., Kulhara P., Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia // Asian J Psychiatr. – 2013. – Oct.; № 6(5). – P. 380–8.
6. Koola M. M., Boggs D. L., Kelly D. L., Liu F., Linthicum J. A., Turner H. E., McMahon R. P., Gorelick D. A. Relief of cannabis withdrawal symptoms and cannabis quitting strategies in people with schizophrenia // Psychiatry Res. – 2013. – Oct. 30; № 209(3). – P. 273–8.
7. MacAulay R., Cohen A. S. Affecting coping: does neurocognition predict approach and avoidant coping strategies within schizophrenia spectrum disorders? // Psychiatry Res. – 2013. – Sep. 30; № 209(2). – P. 136–41.
8. Magallares A., Perez-Garin D., Molero F. Social Stigma and well-being in a sample of schizophrenia patients // Clin Schizophr Relat Psychoses. – 2013. – May. № 3. – P. 1–20.
9. Ponzovsky A. M., Finkelstein I., Poliakova I., Mostovoy D., Goldberger N., Rosca P. Interpersonal distances, coping strategies and psychopathology in patients with depression and schizophrenia // World J Psychiatry. – 2013. – Sep. 22; № 3(3). – P. 74–84.
10. Rexhaj S., Python N. V., Morin D., Bonsack C., Favrod J. Correlational study: illness representations and coping styles in caregivers for individuals with schizophrenia // Ann Gen Psychiatry. – 2013. – Aug. 28; № 12(1). – P. 27.

© Соболев В. А., Чумаков Д. В., Давыдова И. А., Ярославская М. А., 2014