

# ПОЛОРОЛЕВЫЕ ФАКТОРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Б. Е. Алексеев, Е. М. Коновалова

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,  
Архангельская областная клиническая психиатрическая больница*

Имеется высокий интерес к изучению влияния факторов пола на шизофренический процесс. Однако работы по исследованию психосексуальной сферы больных психозами немногочисленны. При этом остается недостаточно изученным значение психосексуальной сферы больных шизофренией для возникающих терапевтических эффектов.

Значимость изучения совладающего поведения обусловлена тем, что баланс между интенсивностью социального стрессора и успешностью проблемно-решающего поведения может определять судьбу рецидива [3]. Проводились исследования по изучению взаимосвязей совладающего поведения больных шизофренией с клинической картиной заболевания [11, 13, 14, 17, 19] с уровнем социального функционирования [5, 6, 18], а также с целью оптимизации терапевтического процесса [4, 7]. Полученные данные свидетельствуют о позитивном вкладе психотерапии в формирование активно-продуктивного проблемно-решающего поведения больных с расстройствами шизофренического спектра.

По нашим данным [1, 2] индивидуальные особенности психосексуальной сферы больных эндогенными психозами обуславливают характер психологических защит; базисные копинг-стратегии находятся в зависимости от характера полоролевого поведения; воздействие лечебно-восстановительных методов, в целом, опосредуется факторами психосексуальной сферы.

Методический подход к решению задачи настоящего исследования предполагает структурированную оценку полоролевого поведения. Структурный характер полоролевого поведения раскрывается в разработанной ранее концепции уровневой организации полоролевого поведения, в рамках которой условно выделены 3 уровня:

- маскулинность и фемининность как базисное образование, обозначаемое «М-Ф измерение»;
- полоролевое поведение, характеризующее «автоматизированностью» проявлений;
- установочно-приспособительное полоролевое поведение.

Согласно концепции «М-Ф измерение» входит в структуру полоролевого поведения как базисная составляющая и является функциональной системой психики, которая имеет взаимосвязи с разноразноуровневыми подсистемами индивидуальности. С

позиций разработанной концептуальной модели выделены и описаны акцентуации «М-Ф измерения» и полоролевого поведения.

Акцентуации «М-Ф измерения» и полоролевого поведения представляют собой варианты его нормы, при которых полороморфные признаки, составляющие крайние полюса их нормальной дисперсии, проявляются усилением или ослаблением поведенческих атрибутов, описываемых в терминах половых ролей. Данные отклонения могут предрасполагать к уязвимости в отношении определенных факторов среды при хорошей устойчивости к другим факторам среды.

Развивая исследования, направленные на поиск оптимального взаимодействия лечебно-реабилитационных воздействий, нами была поставлена **цель**: изучить полоролевые факторы терапевтической динамики совладающего поведения у больных шизофренией в процессе комбинированного лечения психотерапией и психофармакотерапией. В рамках исследования ставилась задача определить особенности полоролевого поведения пациентов, проанализировать динамику взаимосвязи копинг-стратегий с параметрами полоролевого поведения в процессе терапии.

## Материал и методы

Обследовано 65 больных шизофренией (33 муж. и 32 жен.), получавших комбинированное лечение, которое включало психофармакотерапию и групповую психотерапию – основная группа и 60 больных шизофренией (33 муж. и 27 жен.), получавших только психофармакотерапию и составивших группу сравнения. В основной группе средний возраст мужчин – 26,8 лет, женщин – 28,6 лет. В группе сравнения соответственно 28 и 29,8 лет. В основной группе 73,8% – холостые, 26,2% – разведенные. В группе сравнения соответственно: 85% – холостые, 11,7% – разведенные, 3,3% – вдовствующие.

В основной группе на фоне медикаментозной терапии проводилась краткосрочная психодинамическая ориентированная психотерапия в групповом формате. Для участия в группе с каждым пациентом проводилось оценочное интервью. Желание пациентов рассматривалось как одно из основных критериев для включения в группу.

Методы исследования: клинический, клинико-психологический, в том числе методика диагностики

кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения [1, 2], копинг-тест R.S.Lazarus [12]. Методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения, разработанная Б.Е.Алексеевым [1, 2], включает перечень параметров, состоящих из 12 пунктов, каждый из которых предполагает четыре ответа, отражающих четыре возрастных периода (до 7–8 лет, до 12–13 лет, от 13 до 18 лет и «сейчас»), по принципу да/нет. Для квантифицированной оценки полоролевого поведения ответам, отражающим поведение более свойственное противоположному полу, приписывалось 2 балла, а ответам, подтверждающим характерное для своего пола поведение – 1 балл. Сумма баллов по каждому возрастному периоду позволяет оценивать выраженность кроссполового поведения. Результаты оценивались по значению индекса кроссполового поведения (ИКП), который равен частному, где делимое равно разности шкальной оценки и минимально возможной суммы баллов по шкале, а делитель – размаху шкалы (разность между максимальным и минимальным значением шкалы). Значение индекса кроссполового поведения лежит в пределах от 0 до 1. Отсутствие кроссполовой акцентуации клинически регистрировалось при значении индекса (ИКП) от 0 до 0,1. Диагностика кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения проводилась однократно перед выпиской. Для изучения копинг-стратегий применялся копинг-тест Lazarus [12] для выявления особенностей планирования решения проблем. Работа по стандартизации опросника R.Lazarus в настоящее время завершена в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического НИИ им. В.М.Бехтерева. Опросник включает 50 пунктов, разделенных на 8 шкал: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Диапазон выраженности ответов от 0 до 3. Проводилась оценка по каждой шкале, сумма баллов делилась на количество пунктов каждой шкалы. Тестирование копинг-стратегий проводилось дважды, в стадии стихания острой психотической симптоматики и начала формирования ремиссии – первый этап и перед выпиской – второй этап.

### Результаты исследования

По результатам клинического исследования «М-Ф измерения» и полоролевого поведения получены следующие данные. Маскулинная акцентуация «М-Ф измерения» выявлена у 65,6% (21 чел.) женщин основной группы и у 59,3% (16 чел.) женщин из группы сравнения. Маскулинная акцентуация полоролевого поведения выявлена у 37,5% (12 чел.) женщин основной группы и у 40,7% (11 чел.) женщин из группы сравнения. Фемининная акцентуация «М-Ф измерения» имела место у 69,7% (23 чел.) мужчин основной группы и у 60,6% (20 чел.) мужчин из груп-

пы сравнения. Фемининная акцентуация полоролевого поведения выявлена у 66,7% (22 чел.) мужчин основной группы и у 57,6% (19 чел.) мужчин из группы сравнения. Таким образом, имеет место широкая представленность кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения у больных шизофренией, что согласуется с выявленной ранее [1] тенденцией к кроссполовому полоролевному поведению у больных шизофренией и больных с аффективными расстройствами.

Средние баллы полоролевого поведения по возрастным периодам основной группы и группы сравнения, полученные по методике «Диагностика кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения», оказались статистически сопоставимыми ( $p>0,1$ ) (табл. 1).

Оценка выраженности копинг-стратегий в основной группе и группе сравнения на первом этапе исследования с помощью теста Манна-Уитни выявила статистически значимое различие копинг-теста «принятие ответственности» и на уровне тенденции – по копингам «положительная переоценка» и «дистанцирование». Внутригрупповая иерархия стратегий ( $p>0,1$ ;  $r=0,619$ ) также отличается в основной группе и группе сравнения (табл. 2).

Наиболее выраженными механизмами в структуре совладающего поведения у пациентов основной группы являются: «принятие ответственности», «самоконтроль», «поиск социальной поддержки» и слабая «конфронтация». В группе сравнения на первом месте находится копинг-стратегия «поиск социальной поддержки», далее «планирование

Таблица 1

Сопоставление средних баллов «М-Ф измерения» и полоролевого поведения основной группы и группы сравнения

Возрастные периоды	Мужчины		Женщины	
	Группа основная (n=33)	Группа сравнения (n=33)	Группа основная (n=32)	Группа сравнения (n=27)
До 7–8 лет	0,187±0,13	0,187±0,14	0,234±0,14	0,23±0,19
8–12 лет	0,202±0,13	0,18±0,13	0,240±0,14	0,254±0,2
13–18 лет	0,22±0,12	0,218±0,18	0,219±0,13	0,258±0,18
«сейчас»	0,227±0,15	0,21±0,17	0,15±0,11	0,20±0,19

Таблица 2

Распределение средних значений копинг-стратегий по группам

Копинг-стратегии	Группа основная n=65	Группа сравнения n=60	Уровень значимости
Принятие ответственности	2,115±0,62	1,813±0,69	$p<0,03$
Самоконтроль	1,970±0,53	1,876±0,52	$p>0,1$
Поиск социальной поддержки	1,968±0,65	2,034±0,63	$p>0,1$
Положительная переоценка	1,923±0,62	1,755±0,60	$p<0,09$
Планирование решения проблемы	1,884±0,71	1,917±0,66	$p>0,1$
Дистанцирование	1,840±0,56	1,672±0,54	$p<0,09$
Бегство-избегание	1,812±0,48	1,760±0,54	$p>0,1$
Конфронтация	1,676±0,49	1,60±0,52	$p>0,1$

решения проблемы», «самоконтроль», «принятие ответственности», еще более слабая, чем в основной группе, «конфронтация».

Для исследования связей полоролевого поведения и копингов все пациенты были разделены на две группы, которые соответствовали делению шкальной оценки полоролевого поведения по медиане. Пациенты, разделенные по этому признаку, условно обозначены как респонденты с кроссполовой акцентуацией полоролевого поведения и без акцентуации полоролевого поведения.

Так, на первом этапе исследования между мужчинами и женщинами всего контингента обследованных пациентов не выявлено значимых различий по средним баллам копинг-стратегий. Однако картина меняется при сопоставлении полов с учетом полоролевого поведения. Все мужчины с фемининной акцентуацией полоролевого поведения отличаются от женщин с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения по среднему показателю копинг-стратегии «дистанцирование» (муж. –  $1,539 \pm 0,53$ ; жен. –  $1,856 \pm 0,45$ ;  $p < 0,025$ ), а также на уровне тенденции отличаются по копинг-стратегии «бегство-избегание» (муж. –  $1,618 \pm 0,54$ ; жен. –  $1,991 \pm 0,46$ ;  $p < 0,1$ ). В рамках отдельно основной группы и группы сравнения между мужчинами и женщинами не выявлено статистически значимых различий. Вместе с тем оказалось, что в основной группе средний балл копинг-стратегии «самоконтроль» выше у мужчин с фемининной акцентуацией по сравнению с женщинами с маскулинной акцентуацией (муж. –  $2,154 \pm 0,35$ ; жен. –  $1,715 \pm 0,57$ ;  $p < 0,05$ ), а на уровне статистической тенденции средний балл копинг-стратегии «положительная переоценка» ниже у фемининно акцентуированных мужчин, чем у неакцентуированных женщин (муж. –  $1,536 \pm 0,65$ ; жен. –  $2,193 \pm 0,45$ ;  $p < 0,1$ ). Также выявлены различия копинг-стратегий, связанные с полоролевым поведением, между основной группой и группой сравнения. Женщины с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения из основной группы и группы сравнения отличаются по копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» – она менее выражена у женщин основной группы (основная группа –  $1,944 \pm 0,70$ ; группа сравнения –  $2,183 \pm 0,64$ ;  $p < 0,05$ ). При этом среди пациенток группы сравнения средний балл данной копинг-стратегии оказался выше у акцентуированных женщин, чем у неакцентуированных (акцентуированные –  $2,183 \pm 0,64$ ; неакцентуированные –  $1,826 \pm 0,67$ ;  $p < 0,05$ ). На уровне статистической тенденции средний балл копинг-стратегии «положительная переоценка» выше у неакцентуированных женщин основной группы по сравнению с неакцентуированными женщинами из группы сравнения (основная группа –  $2,193 \pm 0,45$ ; группа сравнения –  $1,562 \pm 0,64$ ;  $p < 0,1$ ). Таким образом, выявленные различия по выраженности копинг-стратегий связаны с характером полоролевого поведения.

У женщин из группы сравнения с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения в ходе лече-

ния достоверно снизились средние баллы копинг-стратегии «самоконтроль» ( $p < 0,04$ ). Низкий уровень самоконтроля может играть отрицательную роль, свидетельствуя об эмоциональной несдержанности и слабом контроле над своим поведением. Достоверно снизились средние баллы копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» ( $p < 0,05$ ), что характеризуется снижением потребности в эмпатии со стороны окружающих, в обращении за советом или помощью. У акцентуированных женщин основной группы достоверно возросли средние баллы копинг-стратегии «планирование решения проблемы» ( $p < 0,05$ ). Это свидетельствует о повышении целенаправленности действий и более качественном решении своих проблем за счет планирования, использования прошлого опыта. Копинг-стратегия «планирование решения проблемы» также воздействует на оказание социальной поддержки через сигналы, которые индивиды посылают социальным сетям, согласно объему и типу социальной поддержки [10]. Таким образом, маскулинно акцентуированные женщины в ходе комбинированной психофармакотерапии и групповой психотерапии выявили повышение показателей копинг-стратегии «планирование решения проблемы». Женщины с подобной акцентуацией полоролевого поведения в ходе изолированной психофармакотерапии обнаружили уменьшение показателей копинг-стратегий «поиск социальной поддержки» и «самоконтроль».

В ходе лечения у мужчин из группы сравнения с фемининной акцентуацией полоролевого поведения достоверно снизились средние баллы копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» ( $p < 0,04$ ). Достоверно снизились средние баллы копинг-стратегии «конфронтация» ( $p < 0,03$ ). Это свидетельствует о повышении конформности поведения за счет снижения внутреннего напряжения, негативизма. В табл. 3 представлены все данные по динамике средних показателей копинг-теста R.S.Lazarus у мужчин и женщин в зависимости от наличия или отсутствия кроссполовой акцентуации полоролевого поведения.

Таким образом, терапевтическая динамика копинг-стратегий опосредуется характером полоролевого поведения.

Оценка выраженности копинг-стратегий в основной группе и группе сравнения на втором этапе исследования выявила статистически значимые различия по адаптивным копинг-стратегиям «самоконтроль» (основная группа –  $2,009 \pm 0,56$ ; группа сравнения –  $1,707 \pm 0,53$ ;  $p < 0,025$ ), «принятие ответственности» (основная группа –  $2,115 \pm 0,72$ ; группа сравнения –  $1,681 \pm 0,75$ ;  $p < 0,001$ ), «планирование решения проблемы» (основная группа –  $2,120 \pm 0,62$ ; группа сравнения –  $1,803 \pm 0,69$ ;  $p < 0,025$ ) и «положительная переоценка» (основная группа –  $2,040 \pm 0,56$ ; группа сравнения –  $1,616 \pm 0,60$ ;  $p < 0,005$ ). Средние баллы копинг-стратегий оказались выше в основной группе по сравнению с группой сравнения, что в целом подтверждает положительный эффект комбинированной терапии.

Таблица 3

## Динамика средних показателей копинг-теста R.S.Lazarus у мужчин и женщин в зависимости от наличия или отсутствия кроссполовой акцентуации полоролевого поведения (n=125)

Пол	Группа	Копинг-стратегии	1 этап исследования	2 этап исследования	Уровень значимости
Женщины с кроссполовой акцентуацией полоролевого поведения	Группа сравнения	Принятие ответственности	1,818±0,78	1,591±0,88	p>0,1
		Самоконтроль	1,962±0,52	1,64±0,60	p<0,04
		Поиск социальной поддержки	2,183±0,64	1,817±0,76	p<0,05
		Положительная переоценка	1,884±0,69	1,740±0,55	p>0,1
		Планирование решения проблемы	1,985±0,76	1,682±0,70	p<0,086
		Дистанцирование	1,729±0,51	1,895±0,36	p>0,1
		Бегство-избегание	2,070±0,48	1,808±0,61	p>0,1
	Основная группа	Конфронтация	1,848±0,53	1,774±0,68	p>0,1
		Принятие ответственности	1,938±0,47	2,188±0,60	p>0,1
		Самоконтроль	1,715±0,57	1,809±0,47	p>0,1
		Поиск социальной поддержки	1,944±0,70	1,873±0,67	p>0,1
		Положительная переоценка	1,917±0,52	2,087±0,57	p>0,1
		Планирование решения проблемы	1,638±0,79	2,028±0,79	p<0,05
		Дистанцирование	1,972±0,38	1,918±0,59	p>0,1
Женщины без кроссполовой акцентуации полоролевого поведения	Группа сравнения	Бегство-избегание	1,918±0,44	1,638±0,83	p>0,1
		Конфронтация	1,624±0,52	1,431±0,74	p<0,1
		Принятие ответственности	1,734±0,64	1,636±0,77	p>0,1
		Самоконтроль	1,831±0,53	1,643±0,62	p<0,069
		Поиск социальной поддержки	1,826±0,67	1,802±0,68	p>0,1
		Положительная переоценка	1,562±0,64	1,553±0,72	p>0,1
		Планирование решения проблемы	1,791±0,78	1,699±0,74	p>0,1
	Основная группа	Дистанцирование	1,716±0,63	1,821±0,51	p>0,1
		Бегство-избегание	1,948±0,53	1,884±0,38	p>0,1
		Конфронтация	1,594±0,49	1,666±0,63	p>0,1
		Принятие ответственности	2,238±0,50	2,238±0,65	p>0,1
		Самоконтроль	1,999±0,44	2,008±0,51	p>0,1
		Поиск социальной поддержки	2,067±0,55	2,168±0,51	p>0,1
		Положительная переоценка	2,193±0,45	2,321±0,43	p>0,1
Мужчины с кроссполовой акцентуацией полоролевого поведения	Группа сравнения	Планирование решения проблемы	1,901±0,78	2,283±0,48	p<0,066
		Дистанцирование	1,900±0,45	1,884±0,49	p>0,1
		Бегство-избегание	1,790±0,47	1,671±0,45	p>0,1
		Конфронтация	1,758±0,51	1,784±0,52	p>0,1
		Принятие ответственности	1,667±0,78	1,795±0,63	p>0,1
		Самоконтроль	1,952±0,51	1,695±0,45	p<0,1
		Поиск социальной поддержки	2,175±0,61	1,910±0,65	p<0,04
	Основная группа	Положительная переоценка	1,733±0,69	1,543±0,58	p>0,1
		Планирование решения проблемы	1,845±0,63	1,712±0,67	p>0,1
		Дистанцирование	1,489±0,41	1,544±0,59	p>0,1
		Бегство-избегание	1,585±0,53	1,774±0,46	p>0,1
		Конфронтация	1,689±0,51	1,456±0,66	p<0,03
		Принятие ответственности	1,979±0,93	1,958±0,84	p>0,1
		Самоконтроль	2,154±0,35	2,274±0,45	p>0,1
Мужчины без кроссполовой акцентуации полоролевого поведения	Группа сравнения	Поиск социальной поддержки	1,967±0,75	1,903±0,69	p>0,1
		Положительная переоценка	1,536±0,65	1,644±0,63	p>0,1
		Планирование решения проблемы	1,987±0,64	2,056±0,58	p>0,1
		Дистанцирование	1,603±0,67	1,598±0,67	p>0,1
		Бегство-избегание	1,659±0,56	1,681±0,61	p>0,1
		Конфронтация	1,485±0,44	1,584±0,41	p>0,1
		Принятие ответственности	2,000±0,63	1,681±0,78	p<0,066
	Основная группа	Самоконтроль	1,802±0,55	1,809±0,50	p>0,1
		Поиск социальной поддержки	2,000±0,61	2,009±0,58	p>0,1
		Положительная переоценка	1,864±0,41	1,656±0,57	p<0,09
		Планирование решения проблемы	2,046±0,52	2,047±0,65	p>0,1
		Дистанцирование	1,749±0,58	1,739±0,58	p>0,1
		Бегство-избегание	1,550±0,49	1,412±0,59	p>0,1
		Конфронтация	1,388±0,50	1,436±0,69	p>0,1
Основная группа	Принятие ответственности	2,179±0,60	2,048±0,79	p>0,1	
	Самоконтроль	1,983±0,64	1,974±0,67	p>0,1	
	Поиск социальной поддержки	1,890±0,68	2,121±0,53	p>0,1	
	Положительная переоценка	1,891±0,68	1,973±0,49	p>0,1	
	Планирование решения проблемы	1,951±0,65	2,055±0,67	p>0,1	
	Дистанцирование	1,842±0,67	1,793±0,52	p>0,1	
	Бегство-избегание	1,859±0,48	1,694±0,53	p>0,1	
Конфронтация	1,739±0,49	1,840±0,45	p>0,1		

На втором этапе вновь проводилось сравнение средних оценок копинг-стратегий в зависимости от пола и полоролевого поведения как в рамках всего обследованного контингента, так и по группам сравнения. Выявлено, что «положительная переоценка» оказалась выше у обследованных женщин по сравнению с мужским контингентом (жен. –  $1,957 \pm 0,64$ ; муж. –  $1,729 \pm 0,57$ ;  $p < 0,05$ ). Можно сказать, что данное различие происходит за счет преобладания этого вида копинга у неакцентуированных женщин по сравнению с акцентуированными мужчинами (жен. –  $1,980 \pm 0,69$ ; муж. –  $1,588 \pm 0,59$ ;  $p < 0,025$ ). В основной группе «положительная переоценка» также оказывается выше у женщин, что обусловлено более высоким значением данной стратегии у неакцентуированных женщин по сравнению с акцентуированными мужчинами той же группы (жен. –  $2,321 \pm 0,43$ ; муж. –  $1,644 \pm 0,63$ ;  $p < 0,025$ ). В группе сравнения различий между мужчинами и женщинами по интенсивности копингов не выявлено.

При сопоставлении средних показателей копинг-теста R.S.Lazarus среди женщин без кроссполовой акцентуации полоролевого поведения на втором этапе исследования в основной группе достоверно оказались выше средние баллы адаптивных копинг-стратегий «принятие ответственности» (основная группа –  $2,238 \pm 0,65$ ; группа сравнения –  $1,636 \pm 0,77$ ;  $p < 0,025$ ), «планирование решения проблемы» (основная группа –  $2,283 \pm 0,48$ ; группа сравнения –  $1,699 \pm 0,74$ ;  $p < 0,01$ ), «положительная переоценка» (основная группа –  $2,321 \pm 0,43$ ; группа сравнения –  $1,553 \pm 0,72$ ;  $p < 0,01$ ), чем в группе сравнения. Это также свидетельствует о позитивном влиянии психотерапии на копинг-поведение неакцентуированных женщин. При сопоставлении средних показателей копинг-теста среди акцентуированных женщин основной группы и группы сравнения на втором этапе исследования статистически достоверных различий не выявлено.

На втором этапе исследования у мужчин основной группы с кроссполовой акцентуацией полоролевого поведения средний балл адаптивной копинг-стратегии «самоконтроль» оказался достоверно выше, чем у мужчин с подобной акцентуацией из группы сравнения (основная группа –  $2,274 \pm 0,45$ ; группа сравнения –  $1,695 \pm 0,45$ ;  $p < 0,05$ ). Увеличение самоконтроля [4] как активного поведения может свидетельствовать о большей готовности к адаптивным реакциям и большей ориентации на соблюдение социальных норм. Среди неакцентуированных мужчин «конфронтация» оказалась выше в основной группе (основная группа –  $1,840 \pm 0,45$ ; группа сравнения –  $1,436 \pm 0,69$ ;  $p < 0,05$ ). При этом среди пациентов основной группы на втором этапе исследования «конфронтация» оказалась выше у неакцентуированных по сравнению с акцентуированными (неакцентуированные –  $1,840 \pm 0,45$ ; акцентуированные –  $1,584 \pm 0,41$ ;  $p < 0,05$ ). С одной стороны, конфронтативный копинг предполагает определенную степень враждебности и готовность к риску [9]. С другой стороны, разная эффективность сопряженных бло-

ков, адаптивных и неадаптивных, копинг-стратегий и копинг-ресурсов предполагает как негативный, так и позитивный варианты исходов копинг-поведения [8]. По нашим наблюдениям перед выпиской неакцентуированные мужчины основной группы отличались от акцентуированных мужчин своей группы и от неакцентуированных мужчин из группы сравнения большей активностью, общительностью, более открытым выражением собственных чувств. Это расценивалось как позитивный вариант эффективности сочетания «конфронтации» с другими копинг-стратегиями. Готовность к риску у них также оказалась выше, что необходимо учитывать в процессе психотерапевтической коррекции.

Полученные в нашем исследовании результаты представляют дополнительный материал для анализа тех характеристик, которые модулируют включение пациентов, страдающих шизофренией, в психотерапевтическую группу.

Можно видеть, что в психотерапевтическую группу вошли, согласно клинической оценке, на 9,1% больше мужчин с фемининной акцентуацией полоролевого поведения и на 3,2% меньше женщин с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения. Это свидетельствует о некотором преобладании лиц с более фемининными характеристиками полоролевого поведения, включаемых в психотерапевтическую группу.

Социальная поддержка рассматривается как ресурс, который возникает в результате взаимодействия индивида с людьми из его социального окружения [16]. Известно [3], что поиск социальной поддержки больными шизофренией может наполняться как позитивным, так и негативным для восстановления поведением пациента. В.Д.Вид [3] описывает «поиск социальной поддержки» как ожидание руководства, как помощь со стороны с отказом от приложения собственных усилий, что ведет к установлению симбиотических отношений с опекающими лицами и разного рода порочным паразитическим формам социальной адаптации и отвержением той поддержки, которая ведет к формированию самостоятельного продуктивного поведения. Пассивное кооперирование с медицинской средой является неадаптивным копинг-поведением, которое приводит к подавлению соответствующих эмоций, социальному отчуждению.

При анализе этой ситуации было сделано предположение о том, что пациентов, включаемых в психотерапевтическую группу, отличает от тех, кто не вошел в группу, иная констелляция корреляционных связей копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» с другими вариантами копинг-стратегий.

Так, у акцентуированных женщин, вошедших в психотерапевтическую группу, выявлены корреляционные связи копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» с копинг-стратегиями «конфронтация» ( $r = 0,582$ ;  $p < 0,05$ ) и «положительная переоценка» ( $r = 0,644$ ;  $p < 0,03$ ). Согласие пациенток на участие в группе объясняется усилиями поиска в сочетании с определенной готовностью к риску,

желанием изменить ситуацию в лучшую сторону. У акцентуированных женщин, не вошедших в психотерапевтическую группу, оказалась иная констелляция корреляционных связей с «дистанцированием» ( $r=0,602$ ;  $p<0,05$ ), «самоконтролем» ( $r=0,809$ ;  $p<0,003$ ) и «принятием ответственности» ( $r=0,858$ ;  $p<0,001$ ). С одной стороны, «поиск социальной поддержки» у них более выражен, чем у акцентуированных женщин основной группы. С другой стороны, внутренний конфликт, обусловленный усилиями по признанию своей роли в проблеме и попытках отделиться от этой проблемы в сочетании с контролем своих чувств и действий, возможно, не позволил этим пациенткам включиться в психотерапевтическую группу. На клиническом уровне акцентуированные женщины из группы сравнения имели более выраженную негативную симптоматику по сравнению с акцентуированными женщинами основной группы ( $p<0,05$ ).

У неакцентуированных женщин, вошедших в психотерапевтическую группу, выявлены корреляционные связи копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» с копингами «бегство-избегание» ( $r=0,462$ ;  $p<0,05$ ) и «планирование решения проблемы» ( $r=0,622$ ;  $p<0,004$ ). Включение в группу этих пациенток можно объяснить поиском помощи со стороны для облегчения болезненного состояния, стремлением избавиться от проблем. У женщин, не вошедших в психотерапевтическую группу, выявлены корреляционные связи с копинг-стратегиями «дистанцирование» ( $r=0,530$ ;  $p<0,04$ ) и «положительная переоценка» ( $r=0,612$ ;  $p<0,02$ ). В данном случае поиск социальной поддержки сопровождается смирением со сложившейся ситуацией.

У акцентуированных мужчин основной группы выявлена корреляционная связь копинг-стратегий «поиск социальной поддержки» с «принятием ответственности» ( $r=0,696$ ;  $p<0,02$ ). Включение в группу фемининных мужчин можно объяснить поиском сочувствия и понимания в сочетании с

самокритикой, самообвинением. У акцентуированных мужчин из группы сравнения выявлены корреляционные связи соответственно с копинг-стратегиями «принятие ответственности» ( $r=0,552$ ;  $p<0,04$ ) и «самоконтроль» ( $r=0,681$ ;  $p<0,006$ ). Сопряженность данного блока копинг-стратегий придает поведению акцентуированных мужчин оттенок самостоятельности вне существования психотерапевтической группы.

У неакцентуированных мужчин основной группы выявлены корреляционные связи копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» с копинг-стратегиями «конфронтация» ( $r=0,584$ ;  $p<0,006$ ), «принятие ответственности» ( $r=0,500$ ;  $p<0,03$ ), «планирование решения проблемы» ( $r=0,546$ ;  $p<0,02$ ) и «положительная переоценка» ( $r=0,563$ ;  $p<0,008$ ). Определенный риск в сочетании с планированием, ответственностью, попытками измениться в лучшую сторону, вероятно, стимулируют находить поддержку в психотерапевтической группе. У неакцентуированных мужчин, не вошедших в группу, выявлена корреляционная связь с копинг-стратегией «планирование решения проблемы» ( $r=0,510$ ;  $p<0,04$ ), то есть поиск альтернативных способов для решения своих проблем согласно уже имеющимся объемам и типу социальной поддержки. Данные корреляционного анализа представлены в табл. 4.

Таким образом, разная эффективность использования сопряженных блоков базисных копинг-стратегий в зависимости от характера полоролевого поведения может рассматриваться как один из факторов, влияющих на включение больных шизофренией в психотерапевтические группы.

### Выводы

У больных шизофренией имеется широкая представленность кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения.

Интенсивность использования больными шизофренией базисных копинг-стратегий и их терапев-

Таблица 4

**Корреляционные связи копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» с другими копинг-стратегиями у мужчин и женщин (n=125)**

Пол	Группа	Копинг-стратегии	Коэффициент корреляции Спирмена	Уровень значимости
Женщины с кроссполовой акцентуацией полоролевого поведения	Группа сравнения	Дистанцирование	$r=0,602$	$p<0,05$
		Самоконтроль	$r=0,809$	$p<0,003$
		Принятие ответственности	$r=0,858$	$p<0,001$
	Основная группа	Конфронтация	$r=0,582$	$p<0,05$
		Положительная переоценка	$r=0,644$	$p<0,03$
Женщины без кроссполовой акцентуации полоролевого поведения	Группа сравнения	Дистанцирование	$r=0,530$	$p<0,04$
		Положительная переоценка	$r=0,612$	$p<0,02$
	Основная группа	Планирование решения проблемы	$r=0,622$	$p<0,004$
		Бегство-избегание	$r=0,462$	$p<0,05$
Мужчины с кроссполовой акцентуацией полоролевого поведения	Группа сравнения	Принятие ответственности	$r=0,552$	$p<0,04$
		Самоконтроль	$r=0,681$	$p<0,006$
	Основная группа	Принятие ответственности	$r=0,696$	$p<0,02$
Мужчины без кроссполовой акцентуации полоролевого поведения	Группа сравнения	Планирование решения проблемы	$r=0,510$	$p<0,04$
		Конфронтация	$r=0,584$	$p<0,006$
	Основная группа	Принятие ответственности	$r=0,500$	$p<0,03$
		Планирование решения проблемы	$r=0,546$	$p<0,02$
		Положительная переоценка	$r=0,563$	$p<0,008$

тическая динамика опосредуется характером полоролевого поведения.

При выборе терапевтических мишеней и объема лечебно-реабилитационных воздействий с целью повышения их эффективности важно учитывать особенности взаимосвязей характера полоролевого поведения и совладающего поведения у больных шизофренией.

Среди фемининных женщин более высокий уровень адаптивных копинг-стратегий демонстрируют пациентки в результате комбинированной психофармакотерапии и психотерапии по сравнению с пациентками, получившими изоли-

рованную психофармакотерапию. Маскулинные мужчины в результате комбинированной психофармакотерапии и психотерапии демонстрируют более выраженную конфронтацию по сравнению с маскулинными мужчинами из группы сравнения и более фемининными мужчинами из основной группы.

Разная эффективность реализации сопряженных блоков базисных копинг-стратегий в зависимости от характера полоролевого поведения может рассматриваться как один из факторов, влияющих на включение больных шизофренией в психотерапевтические группы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Б.Е. Психосексуальная сфера больных эндогенными психозами: дис. ... докт. мед. наук. СПб., 2001. 440 с.
2. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. СПб.: Речь, 2006. 140 с.
3. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993. 227 с.
4. Гусева О.В., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю. Комбинированная (индивидуальная и групповая) психодинамическая психотерапия в реабилитации больных шизофренией // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. трудов. СПб., 2001. Т. СXXXVII. С. 166–173.
5. Ибриегитт М.О. Исследование социальной компетентности больных шизофренией в процессе психотерапии: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1997. 205 с.
6. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1999. 147 с.
7. Лутова Н.Б. Специфика взаимодействия комбинированной психофармакотерапии и психотерапии в лечении психозов: дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 196 с.
8. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: дис. ... докт. мед. наук. Бишкек, 1994. 283 с.
9. Чехлатый Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1994. 191 с.
10. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: дис. ... докт. мед. наук. СПб., 1995. 396 с.
11. Kumar S., Thara R., Rajkumar S. Coping with symptoms of relapse in schizophrenia // Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci. 1989. Vol. 239. P. 213–215.
12. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Verlag, 1984.
13. Lysaker P.H., Wilt M.A., Plascak-Hallberg C.D. et al. Personality dimensions in schizophrenia: associations with symptoms and coping // J. Nerv. Ment. Dis. 2003. Vol. 191, N 2. P. 80–86.
14. Mueser K.T., Valentin D.P., Agresta J. Coping with negative symptoms of schizophrenia: patient and family perspectives // Schizophr. Bull. 1997. Vol. 23. P. 329–339.
15. Rammohan A., Roa K., Subbarishna D.K. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. 2002. Vol. 105. P. 356–362.
16. Stolle R., Stark F.M. Schizophrenia: subjective theories of illness. An explorative study. Part 2: Relatives // Psychiatr. Prax. 1994. Vol. 21, N 3. P. 96–100.
17. Takai A., Uematsu M., Kaiya H. et al. Coping styles to basic disorders among schizophrenics // Acta Psychiatr. Scand. 1990. Vol. 82. P. 289–294.
18. Weidl K.H., Schottner B., Schottke H. Coping with illness as conforming to technological rules: an analyses of coping behavior of schizophrenic patients // Z. Klin. Psychol. Psychopathol. Psychother. 1990. Vol. 38, N 4. P. 334–341.
19. Wolfardt U., Engelmann S. Depersonalization, fantasies and coping behavior in clinical context // J. Clin. Psychol. 1999. Vol. 55, N 2. P. 225–232.

## ПОЛОРОВЕЛЫЕ ФАКТОРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Б. Е. Алексеев, Е. М. Коновалова

Изучается значение психосексуальной сферы больных шизофренией для динамики совладающего поведения, возникающей в процессе комбинированного лечения психотерапией и психофармакотерапией. В рамках исследования ставилась задача определить особенности полоролевого поведения пациентов, проанализировать динамику взаимосвязи копинг-стратегий с параметрами полоролевого поведения в процессе терапии. Обследовано 65 больных шизофренией (33 мужчин и 32 женщины), получавших комбинированное лечение – основную группу и 60 больных шизофренией (33 мужчин и 27 женщин), составивших группу сравнения, они получали только пси-

хофармакотерапию. В результате установлено, что интенсивность использования больными шизофренией базисных копинг-стратегий и их терапевтическая динамика опосредуются характером полоролевого поведения. Разная эффективность реализации сопряженных блоков базисных копинг-стратегий в зависимости от характера полоролевого поведения может рассматриваться как один из факторов, влияющих на включение больных шизофренией в психотерапевтические группы.

**Ключевые слова:** шизофрения, полоролевое поведение, копинг-поведение, психотерапия.

## THE ROLE OF GENDER IN DYNAMICS OF COPING BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

B. E. Alexeyev, E. M. Konovalova

The authors have studied the role of the gender factor in dynamics of coping behavior in the course of combined treatment (psychotherapy and medication) with the purpose to improve treatment and rehabilitation interaction. The goal of this investigation was to determine the characteristics of the patients' gender behavior and analyze the dynamics of coping strategies in relation with the gender factor in the course of treatment. Material: 65 patients with schizophrenia (33 male and 32 female) receiving medication and group psychotherapy and control group of 60 patients (33

male and 27 female) that received only medication. The results show that the intensity of using basic coping strategies and changes in coping behavior seem to depend on the gender factor. Different efficacy of the associated basic coping strategies with regard for the gender factor could be considered as a factor influencing the patient's involvement in a psychotherapeutic group.

**Key words:** schizophrenia, gender behavior, coping behavior, psychotherapy.

**Алексеев Борис Егорович** – заведующий кафедрой сексологии Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования (СПб МАПО), доктор медицинских наук, профессор. e-mail: sexol@maps.spb.ru  
**Коновалова Елена Михайловна** – врач-психиатр Архангельской областной клинической психиатрической больницы (ГУЗ АОКПБ). e-mail: koelmy@mail.ru