

ПРОТЕКТИВНЫЕ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ И ИХ МАТЕРЕЙ

Е.Ю. Антохин¹, Е.А. Тимошенко^{2, 3}

*Оренбургский государственный медицинский университет¹
Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 12
Оренбургский государственный университет³*

Биопсихосоциальная концепция в настоящее время является одной из базовых при анализе этиопатогенетических механизмов шизофрении [1–3, 7, 10, 14, 15, 19, 20]. Изменение взгляда на заболевание как на сугубо «биологически-эндогенное» способствовало исследованиям психологических и социальных факторов, имеющих, наряду с наследственно предрасположенной уязвимостью нейроструктур головного мозга, ведущее значение в развитие шизофренических психозов [1, 3, 7, 10].

Безусловно, велико психосоциальное влияние семьи на течение расстройств шизофренического спектра и особенно – на социальную адаптацию больных шизофренией [8, 11–13, 16, 21, 23]. Взаимодействие с родителем, особенно с матерью, является первым опытом взаимодействия с окружающим миром, который, по мнению многих ученых, определяет дальнейшее развитие ребёнка, в том числе и при различных заболеваниях, в частности, шизофрении [8, 11, 15]. Первые возникшее психическое заболевание является тяжелым биологическим и социальным стрессом для больного и его окружения. Особенности реагирования близких родственников на дебют болезни нередко определяются клинко-психопатологическими особенностями развития первого психотического эпизода [1–3, 10, 11, 13, 16, 17, 20, 21, 23]. Первые годы после начала заболевания рассматриваются как «критический период», когда у больных происходят наиболее серьезные биологические, психологические и социальные изменения [9–10, 12, 22]. Клиники первого психотического эпизода ориентированы на оказание помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с давностью заболевания не более 5 лет и перенесшими не более трех приступов заболевания. Оказание психиатрической помощи в отделении основано на принципе полипрофессионального бригадного обслуживания. В качестве составных частей психосоциального вмешательства при первом психотическом эпизоде (ППЭ) в при-

оритете не только индивидуальные техники психосоциальной работы с больными, но и различные психологические и тренинговые программы, как для пациентов, так и членов их семей [10, 11, 17, 22].

В связи с развитием психологических и психосоциальных интервенций, их внедрением практически во все области клинической и профилактической медицины особенно возрастает важность изучения когнитивных функций и протективных структур личности. Концептуально выделяют факторы уязвимости (патоформирующие), способствующие становлению или повышающие риск возникновения заболевания, и протективные факторы, снижающие риск развития расстройства и/или защищающие от него. Среди протективных выделяют факторы, выполняющие функцию не только предохраняющую или защищающую (истинно протективную) от заболевания, но и способствующие поддержанию болезненных изменений уже развившегося расстройства, тем самым превращаясь в свою полную противоположность – патопротективные факторы [2–5, 18]. Двухполосная дифференциация одного и того же фактора в структуре адаптационных механизмов человека наиболее показательна на примере копинг-механизмов, механизмов психологической защиты (МПЗ) и такого свойства личности как перфекционизм [4, 19].

Проявления нейрокогнитивного дефицита рассматриваются в качестве третьей (наряду с позитивными и негативными расстройствами) ключевой группы симптомов при шизофрении, ответственных, в частности, за нарушения социального функционирования больных [1, 2, 7, 17]. Когнитивный дефицит в значительном числе случаев выявляется, в том числе, у родственников пациентов, страдающих шизофренией [11, 13, 16, 17], потенциально обозначая, тем самым, «мишень» психокоррекционной работы.

Цель исследования – определение протективных структур личности и когнитивных функций у больных шизофренией с ППЭ и их матерей.

Материалы и методы

Работа проводилась на базе отделения первого психотического эпизода Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 (главный врач М.И.Шлафер). В исследовании приняли участие 60 человек, в их числе 30 больных с ППЭ и 30 матерей данных пациентов. Возраст пациентов от 18 до 44 лет (средний возраст – $24,3 \pm 4,8$ лет), возраст матерей от 40 до 74 лет (средний возраст – $44,5 \pm 5,5$ лет). По клинике заболевания у 22 больных определена параноидная форма шизофрении (F20.0), у 4 – кататоническая (F20.2), у 4 – шизоаффективный психоз, шизодоминантный тип (F25). По полу группа пациентов гетерогенна: 16 человек (53%) – женского пола; 14 человек (47%) – мужского пола. Исследование пациентов проводилось на этапе формирования ремиссии и формированием относительной критичности к заболеванию – этап дневного стационара и амбулаторный этап. Критерии исключения: сопутствующая выраженная соматоневрологическая патология, состояния зависимости от психоактивных веществ, выраженные психотические проявления, дезорганизация поведения и формальное отношение к исследованию.

Для достижения поставленной цели и решения задач применялись клинико-психологический, патопсихологический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистические методы. Клинико-психологический и патопсихологический методы исследования включали в себя информирование больных шизофренией и их матерей о цели исследования и его направленности, беседу для оценки актуального состояния, интеллектуальных способностей, необходимых для понимания инструкций и выполнения методик, готовности к сотрудничеству, наблюдение, анализ поведения во время исследования. Клинико-психопатологический метод также реализовывался путем применения клинической шкалы самоотчета Simptom Check List – 90R (SCL-90-R). Применение SCL-90-R позволило объективизировать симптоматический и синдромальный статусы пациентов

на момент обследования, и изучить психический статус их матерей. Экспериментально-психологическое исследование проводилось с помощью следующих методик: опросники Е.Нейм «Способы преодоления критических ситуаций» (модифицированный вариант с введением шкальной оценки копинга в трёх сферах – когнитивной, поведенческой, эмоциональной), «Индекс жизненного стиля» (LSI), перфекционизма Н.Г.Гараян, А.Б.Холмогоровой, когнитивного дефицита А.Б.Холмогоровой. Статистическая оценка проведена программой Spss Pasw Statistic 18; использованы методы описательной статистики, вычислены критерии: параметрический - t-Стьюдента; непараметрические – Колмогорова-Смирнова, U-Манна-Уитни, T- Вилкоксона; проведен корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение

При клинико-психологическом и патопсихологическом исследовании больных шизофренией и их матерей отмечались трудности формирования мотивации на исследование, формальное отношение, негативизм и отказные реакции в отношении его проведения, влекущие за собой исключение из выборки. Взаимоотношения и поведение респондентов зачастую характеризовались напряженностью, стремлением матери контролировать действия ребенка, авторитаризмом матерей, в поведении преобладали астенические эмоциональные реакции, с нередким присутствием выраженных аффективных симптомов: гнева, раздражения, преимущественно со стороны матерей, и эмотивности со слезами, со стороны детей. В то же время можно отметить и определенное наличие семейных противоположных диад, проявляющихся в отношении друг друга взаимоподдержкой, взаимопониманием, отсутствием контроля за ответами. Тем не менее, пациенты, приходящие на амбулаторный прием без сопровождения родителей, вели себя более свободно, более охотно участвовали в исследовании.

Синдромальный профиль больных шизофренией, несмотря на выраженность шкал, свидетельствует

Таблица 1

Показатели шкал опросника SCL-90-R у изучаемых групп

Шкала	Пациенты (M±σ)	Матери (M±σ)
SOM (соматизация)	0,55±0,53*	0,72±0,51*
O-C (обсессивность-компульсивность)	0,94±0,86*	0,61±0,61*
INT (интерперсональная сенситивность)	0,84±0,88*	0,82±1,65*
DEP (депрессия)	0,84±0,90*	0,55±0,62*
ANX (тревога)	0,67±0,73*	0,43±0,45*
HOS (враждебность)	0,51±0,68	0,33±0,34
PHOB (фобическая тревожность)	0,57±0,71*	0,20±0,32*
PAR (паранойяльность)	0,61±0,67*	0,43±0,56*
PSY (психотизм)	0,46±0,70*	0,16±0,30*
GSI (индекс выраженности симптомов)	0,65±0,64*	0,55±0,53*

Примечания: условные обозначения: здесь и далее: M – среднее значение в баллах опросника; σ – стандартное отклонение, * – статистически достоверные различия ($p < 0,05$).

о непсихотическом уровне симптоматики, в то же время, указывая на определенный характер отрицания болезненных симптомов со снижением критичности к своему состоянию (табл. 1).

В психическом статусе матерей выявлены физиологические дисфункции (шкала «соматизации» – $p < 0,005$): в наибольшей мере указывались слабость, головные боли, боли в пояснице, что может быть обусловлено возрастным фактором, однако при исключении органической основы этот показатель является эквивалентом тревоги. Для матерей характерны: самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии, ощущение критичного отношения, недружелюбия со стороны окружающих, восприятие других как непонимающих их, а также пониженная самооценка с отрицательными ожиданиями («интерперсональная сенситивность» – $p > 0,05$). Субъективная самооценка психического состояния соответствует невротическому уровню имеющих симптомы комплексов, развитие которых обусловлено преимущественно психогенными факторами. Об этом свидетельствует переживание болезненного состояния своего ребенка матерями, проявляющихся как в ухудшении их соматического благополучия («соматизация» расстройств), так и в значительных трудностях социального функционирования, отмечаемых матерями в процессе клинической беседы: «с работы пришлось уволиться», «даже с родственниками перестали общаться», «почти все время дома» и т.п.

Высокий индекс проявления симптоматики (PSI: $34,2 \pm 27,3$ у больных, $p < 0,02$; $28,3 \pm 19,4$ у матерей, $p < 0,05$) подтверждает наше предположение о наличии психопатологической симптоматики в обеих группах респондентов и обуславливает необходимость проведения психотерапевтической работы.

Таким образом, комплексный анализ данных клинико-психологического, патопсихологического и клинико-психопатологического методов исследования показал отсутствие выраженных проявлений дезорганизации поведения и клинической симптоматики психотического уровня, которые могли бы препятствовать проведению исследования при наличии достаточных интеллектуальных способностей, необходимых для понимания инструкций и выполнения методик, что обеспечило возможность исследования протективных структур и когнитивных функций у больных шизофренией и их матерей.

Экспериментально-психологическое исследование протективных структур личности и когнитивных функций. Применение экспериментально-психологического метода включало исследование структуры и особенностей копинг-поведения, МПЗ, перфекционизма, самооценки когнитивных функций. Особенности протективных структур и когнитивных функций позволяют выявить характерные способы адаптации/ псевдоадаптации, которые проявляются в поведении и межличностном взаимодействии.

Методика Е.Нейм позволяет определить структуру и особенности копинг-поведения, направленного на устранение или нейтрализацию ситуации психологической угрозы и ведущего к успешной или неуспешной адаптации. В группах респондентов на первый взгляд показатели адаптивных копингов в поведенческой (ПА), эмоциональной (ЭА) и когнитивной (КА) сферах преобладают над неадаптивными, что свидетельствует об использовании преимущественно адаптивных стратегий преодоления трудностей респондентами (табл. 2). Тем не менее, общий анализ представленности копинг-структур показывает одновременное наличие копинг-стратегий всех уровней адаптивности, что выявляет их разнонаправленность во всех сферах: когнитивной, поведенческой, эмоциональной. При этом можно утверждать об определённой декларативности респондентами социально-одобряемого поведения при отсутствии постоянной возможности ему следовать в связи с особенностями их микросоциума.

Ведущие по уровню адаптивные копинг-стратегии имеют статистически значимые различия с неадаптивными в когнитивной (КН, $p < 0,002$) и эмоциональной (ЭН, $p < 0,02$) сферах у больных шизофренией и поведенческой ($p < 0,003$) и эмоциональной ($p < 0,001$) сферах у их матерей. Отсутствие значимых различий в полярных по адаптивности копингов поведенческой сферы у больных шизофренией может указывать на их недостаточное понимание правильности/неправильности своего поведения, обусловленное отсутствием одобрения любых его форм со стороны значимых лиц (в том числе матери) и компенсирующееся объясняющими это когнициями. В то время как отсутствие достоверных различий между адаптивными и неадаптивными копингами когнитивной сферы у матерей может свидетельствовать о трудностях когнитивной обработки информации и неопределенности их требований. Осознанно для поведе-

Таблица 2

Копинг-поведение больных шизофренией и их матерей (методика Е. Нейм)

Сфера	Больные шизофренией (M±σ)			Матери больных (M±σ)		
	адапт.	отн. адапт.	неадапт.	адапт.	отн. адапт.	неадапт.
Поведенческая	1,85±1,10	1,44±0,85	1,82±0,96	1,96±0,86*	1,18±0,72	1,33±0,88
Когнитивная	2,22±0,94*	1,83±0,83	1,78±0,86	2,21±0,83	1,87±0,90	1,97±0,76
Эмоциональная	1,83±0,77*	1,55±0,97	1,24±0,91	1,92±0,70*	1,47±0,63	0,99±0,57

Примечания: * – достоверный уровень различий ($p < 0,05$).

ния в проблемных ситуациях наиболее часто ($p < 0,05$) больными шизофренией используются такие адаптивные и относительно адаптивные (ОА) стратегии, как: «проблемный анализ» в виде поиска необходимой информации о болезни и её последствиях, «отвлечение» как обращение к какой-либо деятельности, «сохранение самообладания», то есть самоконтроль, стремление не показывать своего болезненного состояния другим, и «пассивная кооперация» – доверие с передачей ответственности за исход лечения другим. При этом матери больных преимущественно используют как адаптивные (например, «альтруизм» в виде проявления заботы о других при перемещении собственных потребностей на второй план, возможно субъективно оцениваемый ими в результате вынужденной заботы о ребенке и «проблемный анализ», обдумывание, взвешенный подход к решениям), так и дезадаптивные копинг-стратегии (например, «диссимуляция» и «игнорирование», проявляющиеся в преуменьшении серьезности проблем; «подавление эмоций» – недопущение выражения адекватных ситуации чувств). Следует отметить, что для респондентов обеих выборок характерна адаптивная стратегия «оптимизма» – ориентация на благоприятный исход в любой ситуации.

Между исследуемыми выборками статистически достоверные различия выявлены только в частоте использования поведенческих дезадаптивных копинг-стратегий, преобладающих в группе больных шизофренией (1 гр. ср. 1,75; 2 гр. ср. 1,35), что подтверждает наличие трудностей в межличностном взаимодействии, поведении и социально-психологической адаптации больных шизофренией. Полученные данные также могут говорить о большей способности матерей сознательно контролировать свое поведение и/или предположить наличие ориентации в исследуемых группах на социальное одобрение в связи с пониманием направленности задаваемых вопросов.

Таким образом, при наличии в исследуемых группах копинг-стратегий всех уровней адаптивности,

установлена относительно равная представленность по уровням адаптивности копингов поведенческой сферы у больных шизофренией и когнитивной сферы у матерей, что подтверждает наличие трудностей в межличностном взаимодействии, поведении и социально-психологической адаптации респондентов.

Механизмы психологической защиты больных шизофренией и их матерей («Индекс жизненного стиля», LSI). Методика LSI позволяет определить структуру и степень выраженности 8 основных механизмов психологической защиты (МПЗ) – отрицания, вытеснения, регрессии, компенсации, проекции, замещения, интеллектуализации и реактивных образований, для которых авторами методики разработаны нормативные данные. При их сравнении с показателями в наших группах было выявлено наличие достоверных различий (табл. 3).

В группе матерей по всем МПЗ, за исключением «интеллектуализации», выявлены статистически достоверные различия с нормой; при этом показатели «отрицания», «вытеснения», «компенсации», и «реактивных образований» превышают нормативные, а «регрессии», «замещения», «проекции» в пределах нормы. В группе больных шизофренией статистически значимо превышают нормативные «вытеснение», «компенсация», и «реактивные образования», в рамках нормативных – «проекция» и «интеллектуализация». Следовательно, отмечается наличие общих для обеих групп пассивных форм реагирования на стрессовые ситуации.

Ведущим механизмом психологической защиты респондентов являются «реактивные образования» (81,57 и 82,03), которым в психодиагностической системе Келлермана-Плутчика соответствует диспозиция мании, соответственно, их личность характеризуется повышенной активностью, насыщена энергией, ее цель – участвовать во всевозможных мероприятиях и проектах, для них свойственно хорошее отношение к людям, дружелюбие, общительность, гипер-

Таблица 3

Сравнительный анализ механизмов психологической защиты больных шизофренией и их матерей с нормативными данными авторов апробации методики

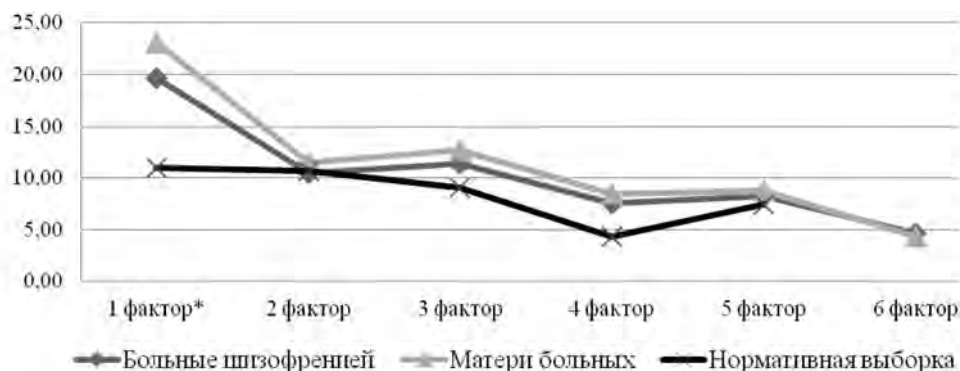
	Среднее значение признака в группе больных шизофренией (в ср. баллах)	T	p – level*	Среднее значение признака в группе матерей (в ср. баллах)	T	p – level*
Отрицание	5,03	1,001	0,325	5,53	2,429	0,022
Вытеснение	5,1	2,268	0,031	5,3	2,809	0,009
Регрессия	4,47	-0,410	0,685	3,5	-0,410	0,005
Компенсация	4,87	2,854	0,008	4,97	3,308	0,003
Проекция	4,67	-5,749	0,001	4,93	-5,659	0,001
Замещение	3,7	-0,220	0,828	3,03	-2,250	0,032
Интеллектуализация	4,5	-2,853	0,008	5,57	-0,878	0,387
Реактивные образования	5,93	5,013	0,001	5,50	5,170	0,001

Примечания: * – достоверный уровень различий ($p < 0,05$).

трофированная социальность, гедонизм. Предпринимаемые попытки справиться с самопредставлением о себе как недостаточно успешном и эффективном человеке предотвращает выражение неприятных или неприемлемых мыслей, чувств, действий. Следующим по выраженности является МПЗ «компенсация» (68,63 и 72,60), которая используется для сдерживания чувства печали, горя по поводу реальной или мнимой потери, утраты, недостатка, неполноценности и проявляется в поиске подходящей замены реального или воображаемого дефекта, нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего путем ухода в фантазии или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Кроме того, у респондентов присутствует высокий уровень сдерживания эмоции страха, проявление которого неприемлемо для позитивного самовосприятия и грозит попаданием в прямую зависимость от агрессора – МПЗ «вытеснение» (68,0 и 69,33). В наименьшей степени респонденты обеих выборок прибегают к механизму «проекции» (25,03 и 26,07), то есть они отрицают наличие вспышек гнева или раздражения к другим людям или непредвиденным обстоятельствам и не склонны восхищаться успехами других людей – следовательно, можно говорить о стремлении к нейтральным межличностным отношениям и отсутствии привязанности к другим людям.

При сравнении выраженности и степени напряженности механизмов психологической защиты (Т-критерий Вилкоксона) отсутствуют достоверные различия ($p > 0,05$) между группами, что показывает наличие и/или, возможно, преемственность определенных личностных особенностей, форм поведения и реагирования детьми, больными шизофренией у своих матерей как в процессе социально-психологического, так и в процессе биологического развития.

Структура перфекционизма у больных шизофренией и их матерей. Выявление уровня требований к себе, стандартов качества, особенностей переработки социально значимой информации осуществлялось с помощью опросника «Перфекционизма» Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогоровой (рисунок).



Показатели перфекционизма у больных шизофренией и их матерей

Примечания: 1 фактор – восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания; 2 фактор – завышенные притязания и требования к себе; 3 фактор – высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; 4 фактор – селективное информирование о собственных неудачах и ошибках; 5 фактор – поляризованное мышление – «все или ничего»; 6 фактор – контроль над чувствами.

Статистически достоверно ($p < 0,001$) в сопоставлении с нормативной выборкой для респондентов обеих групп в большей мере характерно восприятие других людей как делегирующих им высокие ожидания (1 фактор); они отличаются более высокими стандартами деятельности, ориентируются на достижения людей способных и многого достигших, игнорируя при этом людей со средними возможностями и принижая собственные достижения (3 фактор), и негативными паттернами мышления. После какого-либо не слишком удачного контакта они сильно расстраиваются и в течение длительного времени размышляют над тем, что они сказали или сделали не так (4 фактор). Для группы матерей, дети которых больны шизофренией, также характерны поляризованные суждения о результатах деятельности и поведении других людей (5 фактор, $p < 0,01$).

Высокие показатели общего индекса выраженности перфекционизма ($p < 0,001$, 1 гр. – $61,97 \pm 12,49$; 2 гр. – $68,87 \pm 12,27$) свидетельствуют о наличии обостренного стремления у респондентов обеих групп к совершенству путем навязчивого предъявления завышенных требований к себе и своей деятельности, в сочетании с поляризованным мышлением и акцентированием внимания на неудачах и ошибках.

Оценка когнитивных функций. Для самооценки когнитивных дисфункций у больных шизофренией и их матерей использовался опросник «Когнитивный дефицит» А.Б.Холмогоровой.

Полученные результаты показали наличие когнитивных дисфункций в обеих группах. Установлены достоверные различия по шкале «вербальная коммуникация», что проявляется в более выраженных трудностях в межличностном общении у больных шизофренией, в сравнении с их мамами.

У больных в большей мере ($p > 0,05$) обнаруживаются трудности в аттентивной и мнестической сферах – из всех предложенных они отмечают у себя наличие 54% дисфункций по шкале «внимание» и 49% дисфункций по шкале «память». На первый план выходят трудности запоминания, сосредоточения, концентрации на чём-либо, перехода от одной

деятельности к другой, повышенная рассеянность и отвлекаемость. Матери больных отмечают у себя 57% рассматриваемых дисфункций по шкале «эмоциональная окраска интеллектуальной деятельности» и 42% трудностей по шкале «социальное восприятие»; проявляющиеся в боязни принимать важные решения, начинать что-то новое, в негативных переживаниях при невозможности выполнения необходимой задачи, в трудностях понимания поступков и определения чувств и эмоций других людей.

Исследование взаимосвязи (корреляционный анализ) протективных структур личности и когнитивных функций внутри групп. Для выявления взаимосвязи протективных структур (копинг-стратегий, МПЗ, перфекционизма) и когнитивных функций у больных шизофренией и их матерей был проведен корреляционный анализ Спирмена в каждой группе отдельно, также меры совместной изменчивости применены для изучения взаимосвязи между рассматриваемыми показателями и выявленной симптоматикой у респондентов.

Установлены сильные взаимосвязи между рассматриваемыми характеристиками, большинство из которых имеют высокую степень достоверности ($p < 0,001$). Отмечается взаимообусловленность адаптивных копингов в поведенческой и когнитивной сферах ($r = 0,672$), которые имеют наиболее статистически значимые положительные взаимосвязи с компенсацией (ПА $r = 0,446$, КА $r = 0,449$), реактивными образованиями (ПА $r = 0,346$, КА $r = 0,338$). Для повышения приспособленности к жизненным трудностям больные склонны к подавлению и трансформации внутренних импульсов, поиску замены реального или воображаемого недостатка. В свою очередь адаптивность копингов эмоциональной сферы является относительно независимой от других рассматриваемых характеристик. Степень напряженности психологических защит взаимосвязана как с когнитивными адаптивными ($r = 0,362$), так и когнитивными неадаптивными ($r = 0,363$) копинг-механизмами, что показывает трудности осмысления и объяснения собственных поведенческих и эмоциональных реакций на фрустрирующие обстоятельства и непонимание больными правильности/неправильности своих поступков. Неадаптивность больных наиболее взаимосвязана с эмоциональным напряжением, подавлением тревоги, истощаемостью в интеллектуальной деятельности, с ориентацией на доступные сферы самореализации. В когнитивной и эмоциональной сферах неадаптивность уменьшается путем установки более высоких эталонов, селективированием информации о своих неудачах и ошибках, однако реализация этого в поведенческой сфере незначительна. Показатель степени напряженности защит взаимосвязан в большей мере с использованием рационализации ($r = 0,720$), регрессии ($r = 0,693$) и проекции ($r = 0,538$), что показывает противоречивое («амбивалентное») отношение и поведение больных, проявляющееся в одновременном стремлении контролиро-

вать окружающую среду и потребностью оставаться самим во внеподконтрольном состоянии. Шкалы перфекционизма у респондентов не имеют статистически значимых взаимосвязей с адаптивными копингами поведенческой, когнитивной и эмоциональной сфер и имеют преимущественно отрицательные взаимосвязи со шкалами других методик, то есть предъявление к себе завышенных требований является сознательно обуславливающим и контролирующим поведение, снижает растерянность, самообвинение. При исследовании взаимосвязи протективных структур с когнитивными функциями выявлено повышение неадаптивных копинг-механизмов и незрелых МПЗ при возрастании когнитивного дефицита. Учитывая трудности в аттентивной, мнестической, социальной и эмоциональной сферах респонденты предпочитают выбирать для себя более легкую работу, что показывает относительную критичность их самооценки, при этом отмечается нарастание негативных эмоций – гнева, раздражения, неприятия – которые ищут разрядки и усиливают дезадаптацию.

Применение мер совместной изменчивости для изучения взаимосвязи психопатологической симптоматики, протективных структур и когнитивных функций у больных шизофренией показало высокую взаимосвязь между всеми показателями внутри клинической шкалы ($p \leq 0,001$), что подтверждает «порочный круг» патогенеза заболевания, а также с показателями рассматриваемых психологических особенностей.

Результаты корреляционного анализа по данным протективных структур и когнитивных функций в группе матерей показывают более слабую взаимосвязь между рассматриваемыми показателями, чем в группе больных шизофренией. Это указывает на большую способность матерей достаточно быстро реагировать в трудных ситуациях, их меньшую ригидность поведения, лучшую социально-психологическую адаптированность. При этом адаптивность копинг-механизмов поведенческой, когнитивной и эмоциональной сфер имеют прямо пропорциональные взаимосвязи, так же как и их дезадаптивность, что показывает регулируемость и обусловленность поведения осознанными поступками, проблемным анализом, контролем своего поведения со стремлением сохранять самообладание и проявлять социально приемлемые чувства в любых ситуациях. Неприемлемые мысли и чувства находят когнитивное объяснение и выход в эмоциональных и психовегетативных компонентах («соматизация»). Адаптивность копинг-механизмов поведенческой сферы в большей мере обеспечивается снижением притязаний и требований к себе ($r = -0,322$), когнитивной сферы – поляризованной оценкой результатов деятельности ($r = 0,421$) и во всех сферах для лучшей приспособленности необходим контроль над чувствами. Бессознательное снижение эмоционального напряжения осуществляется путем использования более простых и привычных поведенческих стереотипов, упрощением эталонов своего пове-

дения, гиперреализацией «способностей» и поиском замены недостижимым потребностям в доступных сферах деятельности с умственной переработкой переживаний. Матери путем интеллектуальной переработки и высокого самоконтроля стараются объяснить все складывающиеся ситуации и вести себя соответственно «эталонному» поведению «правильного» общества. За счёт сверхконтроля над желаниями (работа и МПЗ «реактивные образования») и эмоциями (прежде всего – тревога), внутреннее эмоциональное напряжение через «соматизацию» проявляется в психовегетативных невротических синдромах. Выраженность перфекционизма наиболее взаимосвязана с восприятием других людей как делегирующих чрезмерные ожидания ($r=0,858$), высокими притязаниями и требованиями ($r=0,648$), высокими стандартами деятельности при ориентации на самых успешных ($r=0,823$). Использование незрелых МПЗ и неадаптивность в трех рассматриваемых сферах имеют наиболее сильные положительные взаимосвязи с ухудшением памяти, внимания, трудностями социального восприятия и вербальной коммуникации. При предъявлении завышенных требований к себе учитываются возможности аттензивной, эмоциональной, перцептивной и коммуникативной сфер для их реализации.

Применение корреляционного анализа для изучения взаимосвязи протективных структур, когнитивных функций и психопатологической симптоматики внутри группы матерей позволило выявить взаимосвязи между всеми (кроме «паранояльность»– «тревога», $p>0,05$) показателями внутри клинической шкалы ($p<0,05$), подтверждающие положение о том, что дисфункция или нарушение функционирования любой системы организма способствуют прогрессированию повреждения, а также поддерживают и/или потенцируют действие патогенных факторов. С показателями перфекционизма психопатологическая симптоматика имеет только отрицательные взаимосвязи.

Таким образом, корреляционный анализ позволяет говорить о большей ригидности поведения больных, при недостаточном понимании того, каким должно быть их поведение в тех или иных ситуациях и трудностями анализа своего поведения и чувств. Матери больных более способны управлять своим поведением, контролировать свои эмоции и давать рациональное объяснение любым своим действиям. Отмечается значительное взаимовлияние клинической симптоматики на эмоциональную, поведенческую и когнитивную сферы и соответственно на увеличение дисстресса и дезадаптивности респондентов.

Заключение

Обобщая данные проведённого исследования, установлены высокие показатели индекса проявления симптоматики с высокорасположенным синдромальным профилем у больных и клиническими симптомами невротического уровня у матерей. Протективная структура респондентов характеризуется как адаптивным,

так и дезадаптивным содержанием. Это выражается в относительно равной представленности по уровням адаптивности копингов поведенческой сферы у больных шизофренией и когнитивной сферы у матерей, что подтверждает наличие трудностей в межличностном взаимодействии, поведении и социально-психологической адаптации исследуемых. В обеих группах ведущим МПЗ являются реактивные образования, обеспечивающие подавление самопредставления о себе как недостаточно успешном и эффективном человеке, предотвращая выражение неприятных или неприемлемых мыслей, чувств, действий, что позволяет уравновесить систему межличностных взаимоотношений. У пациентов и их матерей имеются достоверно высокие показатели общего индекса перфекционизма, что указывает на его преимущественно патопротективную направленность, обуславливающую псевдоадаптацию. Для респондентов обеих групп в большей мере характерно восприятие других людей как делегирующих им высокие ожидания, высокие стандарты деятельности, с ориентацией на самых успешных, негативные паттерны мышления. Для матерей характерны поляризованные суждения о результатах деятельности и поведении других людей. Подтверждено наличие когнитивных дисфункций в исследуемых группах: у больных в большей мере обнаруживаются трудности в вербальной коммуникации, аттензивной и мнестической сферах. Для матерей характерны утрата эмоционального значения интеллектуальной деятельности и трудности социального восприятия. Выраженность клинической симптоматики находится в прямой взаимосвязи с МПЗ, менее адаптивными копингами, когнитивными дисфункциями, обратной взаимосвязи с факторами перфекционизма, что подтверждает преимущественную дезадаптивность изучаемых особенностей у респондентов и обуславливает необходимость и возможную результативность работы именно с данными психотерапевтическими «мишенями».

Результаты исследования позволяют говорить о приоритете индивидуальной психотерапевтической и консультативной работы с семьями, имеющими больных шизофренией, однако это не исключает наличие групповой работы. На основании полученных результатов исследования можно предложить следующие рекомендации по психотерапевтической и психокоррекционной работе с больными шизофренией и их семьями:

- 1) формирование адекватного представления и отношения к болезни и изменившимся вследствие нее возможностям;
- 2) выявление дисфункциональных паттернов поведения, патологизирующих семейных ролей, дезадаптивных психологических установок;
- 3) проработка пассивных форм реагирования на стрессовые факторы, формирование адекватных стратегий поведения, адаптивных копинг-ответов на социальные ситуации;
- 4) снижение эмоционального напряжения, проработка адаптивных форм эмоционального реагирования;

5) необходимость уделять большее внимание тренировке когнитивных навыков, формированию адекватной оценки своего когнитивного функционирования и психосоматического статуса;

6) улучшение внутрисемейных отношений, создание благоприятного семейного климата, восстановление социальных связей семьи, повышение уровня

социального функционирования больных.

7) полученные нами результаты также позволяют говорить о приоритете использования поведенческих тренингов при работе с больными шизофренией и о большей необходимости использования когнитивных техник при работе с матерями, имеющими детей больных шизофренией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антохин Е.Ю. Особенности когнитивных и социальных дисфункций у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и подходы к их коррекции // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. 2011. Вып. 1. С. 71–80.
2. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В. и соавт. Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 3. С. 5–12.
3. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство. СПб.: СпецЛит, 2012. 335 с.
4. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Неврозы позднего возраста. Оренбург: Изд-во ОрГМА, 2011. 238 с.
5. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У.Бауманна. СПб.: Питер, 2002. 1312 с.
6. Комер Р.Д. Основы патопсихологии (Ronald Comer «Fundamentals of Abnormal Psychology»). 2-е изд. 2001. 459 с.
7. Левина Н.Б., Любов Е.Б. Организация самопомощи в системе реформируемой психиатрической службы с опорой на сообщество // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. И.Я.Гуровича, проф. О.Г.Ньюфельда. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. С. 318–332.
8. Марковская И.М. Психология детско-родительских отношений: монография / М-во образования и науки Росс. Федерации, Федер. агентство по образованию, Юж.-Урал. гос. ун-т, фак. психологии. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2007. 91 с.
9. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 48–55.
10. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. 544 с.
11. Ривкина Н.М. Психосоциальная работа специалистов полипрофессиональной бригады по «комплаенс-терапии» с родственниками больных шизофренией с первым психотическим эпизодом // Бригадное полипрофессиональное (включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию) оказание психиатрической помощи (сборник методических рекомендаций). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. С. 117–133.
12. Снежинский А.В. (Ред.). Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. С. 5–15.
13. Солоненко А.В., Косенко В.Г., Цыганков Б.Д. Межличностные отношения в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом. Краснодар, 2009. 129 с.
14. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12, № 3. С. 97–104.
15. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 2. С. 11–20.
16. Хьюсон Э. Социальные изменения и возможности семьи // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. И.Я.Гуровича, проф. О.Г.Ньюфельда. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. С. 344–355.
17. Шмуkler А.Б. Проблема шизофрении в современных исследованиях: достижения и дискуссионные вопросы. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 84 с.
18. Antokhin E.Yu. Protect psychological mechanisms of postpsychotic depression in patients at first episode of schizophrenia / Ceska a Slovenska psychiatrie. 2012. Vol. 108, N 1. P. 217–218.
19. Antokhin E.Yu., Budza V.G., Kryukova E.M., Lazareva N.E. The structure of the psychological adaptation in schizophrenic patients with the first psychotic episode // Eur. Psychiatry. 2010. Vol. 25, N S1. P. 1144.
20. Antokhin E.Yu., Budza V.G., Kryukova E.M., Lazareva N.E. The structure of the psychological adaptation in patients with schizophrenia depending on duration of a disease // Traditions and Innovations in Psychiatry: WPA Regional Meeting Materials, 10–12 June, 2010, St.-Petersburg, Russia. St.-Petersburg: The V.M.Bekhterev Inst., 2010. P. 391.
21. Arntzen B., Auestad R., Fjell A., Grunnestad T. Семейная терапия в лечении психоза. К общей цели. Семейная терапия, основанная на результатах работы в группах / Под ред. А.И.Былим. Кисловодск: «АКК», 2003. 148 с.
22. Birchwood M. et al. Schizophrenia: Early warning signs // Advances in Psychiatric Treatment. 2000. Vol. 6. P. 93–101.
23. Falloon I.R., Boyd J., McGill C.W. Family care of schizophrenia. N.Y.: Guildford Press, 1984. P. 216–284.

ПРОТЕКТИВНЫЕ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ И ИХ МАТЕРЕЙ

Е.Ю. Антохин, Е.А. Тимошенко

В статье представлены данные исследования протективных структур личности и когнитивных функций больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и их матерей. Методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический; статистический. Установлено сходство в формах реагирования, паттернах

поведения матерей и их детей, больных шизофренией. На основании полученных результатов даны рекомендации по психокоррекционной работе с пациентами и родственниками.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, протективные структуры личности, семейная терапия.

PROTECTIVE PERSONALITY STRUCTURES AND COGNITIVE FUNCTION IN SCHIZOPHRENICS WITH FIRST PSYCHOTIC EPISODE AND IN THEIR MOTHERS

E.Yu. Antokhin, E.A. Timoshenko

This article presents the results of investigation concerning protective personality structures and cognitive function in schizophrenics with first psychotic episode and in their mothers. Methods: clinical-psychopathological, experimental-psychological and statistical. The authors have found similarities in forms of reaction and behaviour patterns

between the mothers and their schizophrenic children. The authors propose recommendations concerning psychocorrective activities with patients and their family members.

Key words: first psychotic episode, protective personality structures, family therapy.

Антохин Евгений Юрьевич – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный детский специалист психотерапевт Министерства здравоохранения Оренбургской области; e-mail: antioh73@yandex.ru

Тимошенко Екатерина Александровна – аспирант кафедры психологии личности Оренбургского государственного университета, клинический психолог ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»; e-mail: timoschenkokatja@mail.ru