

Копинг-стратегии и саморегуляция поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами

Кудряшова В.Ю., Сарайкин Д.М., Иванов М.В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье рассматриваются вопросы совладания и саморегуляции поведения у больных шизофренией и аффективными расстройствами. В результате исследования выявлено, что при высоком уровне саморегуляции поведения у пациентов из обеих групп отмечается выбор, преимущественно, адаптивных копингов, при этом способы совладания не зависят от субъективно ощущаемых психопатологических проявлений. Больные шизофренией отличаются тенденцией к поиску социальной поддержки и оптимистичным взглядом в будущее. Пациенты с аффективными расстройствами склонны к игнорированию возникающих проблем и эмоциональной разрядке.

Ключевые слова: шизофрения, аффективные расстройства, копинг-стратегии, совладание со стрессом, саморегуляция поведения.

Copings and self-regulation of behavior in patients with schizophrenia and affective disorders

Kudryashova V.Yu., Saraykin D.M., Ivanov M.V.

The Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. The article deals with coping and self-regulation of behavior in patients with schizophrenia and affective disorders. The study revealed that the highest level of self-regulation of behavior in patients from both groups noted selection, mainly, adaptive coping, and the ways of coping do not depend on subjective perceived psychopathology. Patients with schizophrenia different tendency to seek social support and optimistic outlook for the future. Patients with mood disorders tend to ignore problems and emotional discharge.

Key words: schizophrenia, affective disorders, coping with stress, self-regulation of behavior.

Анализ, сравнение и соотношение копинг-механизмов и саморегуляции поведения является актуальной проблемой в медицинской психологии, поскольку способствует углублению знаний о совладании личности, имеющей хроническое психическое заболевание со стрессом. Данные вопросы необходимо изучать в ходе психодиагностической работы, т.к. они могут быть взаимосвязаны с психопатологическими проявлениями болезни. В последние годы большое внимание стало уделяться индивидуальным и групповым формам психологической коррекции, что отмечено в работах В.Д. Вид, Н.Б. Лутова [4], М.М. Кабанов, В.М. Воловик [3, 5] и др.

Е.Ю. Антохин, В.Г. Будза и соавторы [2] установили, что больные шизофренией склонны к избеганию. В когнитивной сфере часто используются копинг «придача смысла». В эмоциональной сфере преимущественно выбираются копинги «оптимизм» и «подавление эмоций». Получены данные о связях между копингами и актуальным симптоматическим статусом (использовался опросник SCL-90). Например, «активное избегание» положительно коррелирует с соматическим и психотическим симптомокомплексами; «придача смысла» с паранойальностью, депрессией, межличностной сензитивностью и тревожностью; «растерянность» связана с депрессивностью, враждебностью и обсессивно-компульсивными проявлениями. Больные шизофренией, что отмечено

Б.А. Воскресенским [7], помимо выбора копинга «придача смысла» нередко склонны к выбору копинга «религиозность». Е.Р. Исаева и Т.В. Соколовская выявили у больных шизофренией «не дефицит навыков и бедность репертуара выбираемых способов решения трудных жизненных ситуаций, а невозможность в силу когнитивных расстройств осмыслить и адекватно оценить стрессовую ситуацию» [12]. Саморегуляция поведения является одной из составляющих совладания, т.к. во многом обеспечивает устойчивость и целенаправленность деятельности, тесно связана с волевым компонентом [10]. В.Д. Вид [5] отмечает, что для здоровой личности не характерно ощущение беспомощности, чувство внутренней пустоты и трудностей с целеполаганием, а для больного шизофренией, с выраженной слабостью Я, входящей, по мнению Н.М. Залуцкой [9], в картину болезни, наблюдаются подобные сложности. Одной из причин ослабления способности к саморегуляции, по данным Д.В. Бердникова [1], является нарушение согласованности отдельных поведенческих актов со стимулами из внешней среды. С.П. Ивашев выявил, что у больных шизофренией в первую очередь возникают нарушения в деятельности, требующей использование внешней обратной связи [10].

В исследуемой выборке больные аффективными расстройствами находились, преимущественно, в депрессивной фазе. О.В. Муравьевой и Т.Н.

Разуваевой обнаружено, что у них наиболее адаптивны поведенческие копинги, а наименее — эмоциональные [17]. Депрессивные пациенты отличаются дисфункциональными способами совладания отчасти в силу подавления эмоций, а отчасти в силу «настроенности на мрачные мысли» [13], соответственно, проблемы, являющиеся решаемыми, превращаются ими в непреодолимые препятствия. Так же отмечается выбор копингов «планирование решения проблемы» и «избегание». В работе Е.Р. Исаевой и Н.В. Зуйковой [11] обследуемые часто выбирали копинг «поиск социальной поддержки», отмечалась склонность к пассивному, приспособительному поведению — т.е. симбиотические тенденции. В эмоциональной сфере обнаруживались «самоконтроль» и «принятие ответственности». Последний, по мнению авторов, теряет адаптивность и выражается в повышенном чувстве вины. В поведенческой сфере выбираются «бегство-избегание», «дистанцирование» и «конфронтация». По данным исследования симптоматики опросником SCL-90, у депрессивных больных наблюдается чувство внутреннего беспокойства с соматическими и моторными проявлениями, навязчивые мысли, страхи, неудовлетворенность в общении, заниженная самооценка и чувство неполноценности. Выраженности «враждебности» соотносится с предпочтением «конфронтации», а «фобии, страхи» отрицательно коррелируют с «планированием решения проблемы» и положительно с «дистанцированием» и «бегством-избеганием». Высокие значения «соматизации» и «враждебности» находят отражение в редком выборе копинга «самоконтроль». Выраженность «межличностной тревожности» обнаруживает взаимосвязь с «принятием ответственности» [6]. Обратная связь, получаемая от окружающих, может трактоваться искаженно [1], приводя к неспособности регулировать свое состояние и выбирать адаптивные копинги, т.е. способность к саморегуляции поведения снижается.

На основании обзора литературы и собственных клинических наблюдений выдвинуты следующие гипотезы:

Уровень саморегуляции поведения у больных шизофренией ниже, чем у пациентов с аффективными расстройствами.

У больных шизофренией преобладают копинг-стратегии «дистанцирование», «бегство-избегание». Поведенческий и когнитивный копинги отличаются большей конструктивностью по сравнению с эмоциональным, однако, они пассивного характера. Практически не используются копинг-стратегии, направленные на снятие эмоционального напряжения. Кроме того, по нашим наблюдениям, пациенты с шизофренией склонны к конфронтации, зачастую неконструктивной. В исследовании Н.А. Сироты, В.А. Соболева, И.А. Давыдовой и соавт. так же отмечается частое использование «конфронтации» [18]. Интересно проверить, связаны наши наблюдения с некими случайными факторами или же это закономерность, и вышеперечисленные авторы так же ее отмечают.

У больных аффективными расстройствами преобладают «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблемы» и «самоконтроль», используются копинг-стратегии, направленные на снижение эмоционального напряжения.

Чем более больные обеих исследуемых групп ориентированы на «избегание», «игнорирование», «диссимуляцию», т.е. неконструктивное совладание, тем ниже будет уровень саморегуляции поведения.

Копинг-стратегии и саморегуляция поведения в обеих группах связаны с ведущей симптоматикой: чем ниже уровень саморегуляции и чем менее конструктивны преобладающие копинги, тем выраженной будет психопатологическая симптоматика.

Цель работы: исследование копинг-стратегий, механизмов саморегуляции поведения и субъективно ощущаемых проявлений симптоматики у больных шизофренией и аффективными расстройствами.

Задачи: 1) сравнить уровень саморегуляции поведения в обеих исследуемых группах; 2) выявить наиболее часто используемые копинг-стратегии в обеих группах больных; 3) исследовать взаимосвязь саморегуляции поведения и копинг-стратегий в обеих группах; 4) исследовать взаимосвязь предъявляемой симптоматики с саморегуляцией поведения в обеих группах; 5) исследовать взаимосвязь предпочтительных копингов и субъективно ощущаемых проявлений симптоматики у пациентов в обеих группах.

Предмет исследования: копинг-стратегии, стили саморегуляции поведения и предъявляемая симптоматика у больных шизофренией и аффективными расстройствами.

Объект исследования. Две группы пациентов: 1-ая — больные шизофренией, 2-ая — аффективными расстройствами. Общее количество 50 человек — 25 мужчин и 25 женщин. Средний возраст испытуемых $35,8 \pm 5$. В выборку вошли пациенты со следующими диагнозами. Параноидная шизофрения (F20.0): тип течения эпизодический — 10 человек, период наблюдения менее года — 6 человек, непрерывный тип течения — 3 человека, неуточненный тип течения — 4 человека. Недифференцированная шизофрения, непрерывный тип течения (F20.3) — 1 человек. Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3) — 1 человек. Биполярное аффективное расстройство: текущий эпизод смешанного характера (F31.6) — 5 человек, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3) — 10 человек, текущий эпизод тяжелой депрессии с другими психопатическими симптомами (F31.5) — 1 человек. Рекуррентное депрессивное расстройство: текущий эпизод средней степени (F33.1) — 7 человек.

Больные шизофренией были обследованы своими лечащими врачами по PANSS (35-40 баллов), пациенты с аффективными расстройствами прошли обследование по шкале Гамильтона для оценки депрессии (7-9 баллов). Таким образом, паци-

енты из обеих групп находились на этапе становления ремиссии.

Методы исследования

Клинико-психологический (беседа, наблюдение)

Экспериментально-психологический («Механизмы копинг-поведения» Э. Хайма [16], «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса [14, 15], «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана [8], «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой [16], симптоматический опросник «SCL-90» [19]).

Обработка проводилась с помощью SPSS 17.0. Проверка показала, что распределение всех изучаемых признаков не является нормальным, поэтому использовались следующие критерии: для сравнения средних — U Манна-Уитни, для изучения корреляций — R Спирмена, применялся частотный анализ (Z-критерий), также качественный анализ данных.

По результатам статистического анализа представлялась возможность проведения сравнительного анализа частоты встречаемости копингов в исследуемых группах. Так, из числа исследованных показателей достоверные различия были получены по трем шкалам опросника «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой [16]. Результаты отображены в Табл. 1.

Показатель	Средний ранг в группе больных шизофренией	Средний ранг в группе больных аффективными расстройствами	Уровень значимости отличий, p
«Планирование»	29,46	21,54	p<0,05
«Самостоятельность»	29,32	21,68	p<0,05
«Общий уровень саморегуляции поведения»	29,82	21,18	p<0,05

Как следует из приведенных данных, у больных шизофренией способность к планированию шагов по урегулированию трудностей, автономность в принятии решений, а так же общий уровень саморегуляции поведения оказалась достоверно выше, чем у пациентов с аффективными расстройствами. Такие результаты можно объяснить особенностями выборки. Пациенты из обеих групп находились в состоянии ремиссии, это означает, что болезненные проявления практически не отмечались. Следовательно, так называемая апато-абулическая симптоматика у пациентов с шизофренией на момент исследования проявлялась не ярко, а у больных аффективными расстройствами не отмечалось выраженного снижения энергетического потенциала и антивитальных переживаний. Таким образом, у них достаточно личностных ресурсов для компенсации особенностей проявления болезни — способность адаптироваться к условиям жизни вне больницы и социальная активность на удовлетворительном уровне.

При исследовании копинг-стратегий в трех сферах — когнитивной, эмоциональной и поведенческой, были получены данные, приведенные в табл. 2.

Как видно из табл. 2, в когнитивной сфере больные шизофренией достоверно чаще уменьшают или отрицают возникающие сложности, а пациенты с аффективными расстройствами предпочитают их игнорировать. В эмоциональной сфере больные из 2-ой группы чаще, чем пациенты из 1-ой склонны отреагировать эмоциональное напряжение. Больные шизофренией достоверно чаще смотрят в будущее с оптимизмом. В поведенческой сфере пациенты из 1-ой группы чаще, чем пациенты из 2-ой обнаруживают альтруистические тенденции и избегание.

В свою очередь, по результатам проведенного качественного анализа частоты встречаемости копингов в каждой группе получены следующие данные. У больных шизофренией когнитивной сфере наблюдалась склонность к выбору таких копингов, как «установка собственной ценности» (20%), «диссимуляция» (16%), «религиозность» (16%). В эмоциональной сфере преобладали «оптимизм» (56%), «подавление эмоций» (12%) и «протест» (12%). В поведенческой сфере наблю-

Показатель		Больные шизофренией	Больные аффективными расстройствами	Уровень достоверности отличий, p
Когнитивные копинги	«Диссимуляция»	16%	0%	p<0,05
	«Игнорирование»	0%	24%	p<0,05
Эмоциональные копинги	«Эмоциональная разрядка»	0%	16%	p<0,05
	«Оптимизм»	56%	26%	p<0,05
Поведенческие копинги	«Активное избегание»	16%	0%	p<0,05
	«Альтруизм»	20%	0%	p<0,05

далась склонность к «отступлению» (16%) и «альтруизму» (20%).

У пациентов с аффективными расстройствами в когнитивной сфере был отмечен выбор копингов «игнорирование» (24%) и «растерянность» (20%). В эмоциональной сфере преимущественно выбирались «оптимизм» (28%) и «покорность» (20%). В поведенческой сфере наблюдались тенденции к «компенсации» (20%) и «отвлечению» (20%).

При исследовании способов совладания со стрессом с помощью «Индикатора копинг-стратегий» Д. Амирхана [8] из трех показателей достоверные различия обнаружены в выборе копинга «Поиск социальной поддержки». Согласно полученным данным, у больных шизофренией этот показатель был достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем у больных аффективными расстройствами ($19,48 \pm 0,891$; $17,20 \pm 1,028$, соответственно).

При изучении субъективных ощущений больного о наличии у него каких-либо психопатологических проявлений с помощью опросника «SCL-90» [19], не было выявлено статистически достоверных различий. Пациенты из обеих групп предъявляли схожие жалобы на тревогу, подавленность и угнетенность, снижение общей активности, неприятные соматические ощущения различного характера и локализации. Как известно, указанные симптомы носят неспецифический характер и могут входить как в картину шизофрении, так и аффективных расстройств [20].

При определении взаимосвязей уровня саморегуляции поведения и копинг-стратегий с использованием метода корреляционного анализа были получены следующие данные. У пациентов с шизофренией при высоком уровне саморегуляции поведения отмечены положительные корреляции с копингами «конфронтация» ($R=0,638$, $p \leq 0,05$), «самоконтроль» ($R=0,537$, $p \leq 0,05$), «планирование решения проблемы» ($R=0,571$, $p \leq 0,05$). Достоверно значимых отрицательных корреляций не было установлено. У больных аффективными расстройствами высокий уровень саморегуляции поведения положительно коррелировал с копинг-стратегиями «планирование решения проблемы» ($R=0,677$, $p \leq 0,05$), «самоконтроль» ($R=0,514$, $p \leq 0,05$) и отрицательно с «бегством-избеганием» ($R= -0,719$, $p \leq 0,05$), «конфронтацией» ($R= -0,420$, $p \leq 0,01$), «дистанцированием» ($R= -0,428$, $p \leq 0,05$).

Между показателями уровня саморегуляции поведения, измеренным методикой «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой [16], и субъективно оцениваемыми болезненными проявлениями, зарегистрированными с помощью симптоматического опросника «SCL-90» [19], не было выявлено статистически достоверных корреляций.

Вместе с тем, у больных шизофренией при исследовании взаимосвязей копинг-стратегией и предъявляемой симптоматикой выявлены положительные корреляции копингов «дистанцирование» и «бегство-избегание» с «межличностной тревожностью» ($R=0,443$, $p \leq 0,01$ и $R=0,536$, $p \leq 0,05$, соот-

ветственно), с «депрессивностью» ($R=0,506$, $p \leq 0,05$ и $R=0,445$, $p \leq 0,01$, соответственно), с «враждебностью» ($R=0,454$, $p \leq 0,01$ и $R=0,528$, $p \leq 0,05$, соответственно), с «паранояльностью» ($R=0,482$, $p \leq 0,01$ и $R=0,571$, $p \leq 0,05$, соответственно). Кроме того, копинг «бегство-избегание» обнаруживает положительные взаимосвязи с «фобиями» ($R=0,407$, $p \leq 0,01$) и с «психотизмом» ($R=0,477$, $p \leq 0,01$), а копинг «дистанцирование» с выраженностью симптоматического дистресса ($R=0,580$, $p \leq 0,05$). Наблюдается отрицательная корреляция между копинг-стратегией «планирование решения проблемы» и обсессивно-компульсивным симптомокомплексом ($R= -0,511$, $p \leq 0,05$). У пациентов с аффективными расстройствами обнаружено большее количество взаимосвязей копинг-механизмов и предъявляемых психопатологических проявлений. Трудности в межличностном общении и «паранояльность» положительно коррелируют с «принятием ответственности» ($R=0,465$, $p \leq 0,01$ и $R=0,613$, $p \leq 0,05$, соответственно), с «бегством-избеганием» ($R=0,580$, $p \leq 0,05$; $R=0,653$, $p \leq 0,05$, соответственно), с «положительной переоценкой» ($R=0,508$, $p \leq 0,05$ и $R=0,448$, $p \leq 0,01$, соответственно). Обнаружены отрицательные корреляции «межличностной тревожности» с копингом «планирование решения проблемы» ($R= -0,416$, $p \leq 0,05$; $R= -0,438$, $p \leq 0,01$, соответственно). Установлено, что копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», «бегство-избегание» и «положительная переоценка» имели положительные корреляции с «депрессивностью» ($R=0,481$, $p \leq 0,01$; $R=0,449$, $p \leq 0,01$; $R=0,614$, $p \leq 0,05$, соответственно), с «фобиями» ($R=0,632$, $p \leq 0,05$; $R=0,598$, $p \leq 0,05$; $R=0,750$, $p \leq 0,05$, соответственно), с обсессивно-компульсивными феноменами ($R=0,472$, $p \leq 0,01$; $R=0,402$, $p \leq 0,01$; $R=0,498$, $p \leq 0,01$) и с «психотизмом» ($R=0,466$, $p \leq 0,01$; $R=0,408$, $p \leq 0,01$; $R=0,509$, $p \leq 0,05$). Показатели этих же копинг-механизмов имели сопряженность с выраженностью симптоматического дистресса ($R=0,518$, $p \leq 0,05$; $R=0,407$, $p \leq 0,01$; $R=0,452$, $p \leq 0,01$). Согласно полученным данным «враждебность» положительно коррелировала с «конфронтацией» ($R=0,428$, $p \leq 0,01$), с «поиском социальной поддержки» ($R=0,597$, $p \leq 0,05$), с «принятием ответственности» ($R=0,451$, $p \leq 0,01$) и с «положительной переоценкой» ($R=0,643$, $p \leq 0,05$).

Обсуждение проведенного исследования. Представляются интересными данные о том, что у больных шизофренией выше общий уровень саморегуляции поведения и более выражена тенденция к поиску социальной поддержки. На наш взгляд, это можно объяснить не только особенностями выборки, описанными ранее, но так же и склонностью пациентов с шизофренией к диссимуляции, частым выбором копинга «самоконтроль» при высоком уровне саморегуляции поведения ($R=0,537$, $p \leq 0,05$). Кроме того, стремление к поиску социальной поддержки может носить различную окраску — как стремление установления теплых отношений с близкими, так и враждебные проявления (копинг «поиск социальной поддержки» коррелирует со шкалой «враждебность» опро-

сника SCL-90 ($R=0,597$, $p \leq 0,05$) — например, сутяжничества, когда больные пишут многочисленные жалобы, борются «за справедливость», обращаются в органы социальной защиты и т.п. [20].

У больных расстройствами аффективного спектра было выявлено больше статистически достоверных корреляций между копинг-стратегиями и симптоматикой. Это можно объяснить тем, что у этих пациентов, в отличие от больных шизофренией, поведение более вариативно при большей сохранности эмоционально-волевой и когнитивной сферы [20].

Выводы:

У больных шизофренией преобладают копинг-стратегии «диссимуляция», «оптимизм», «избегание», «альтруизм» и «поиск социальной поддержки». Практически не используются копинги, направленные на снятие эмоционального напряжения.

У пациентов с аффективными расстройствами преобладают копинг-механизмы «игнорирование», «эмоциональная разрядка», «оптимизм».

При высоком уровне саморегуляции поведения у пациентов с шизофренией отмечается склонность к «конфронтации», «самоконтролю» и «разрешению проблем». А у больных аффективными расстройствами наблюдается выбор ко-

пингов «разрешение проблем», «самоконтроль», а так же отрицательные корреляции с «бегством-избеганием», «конфронтацией», «дистанцированием».

Общий уровень саморегуляции поведения у больных шизофренией выше, чем у пациентов с аффективными расстройствами.

Уровень саморегуляции поведения в обеих исследуемых группах не зависит от степени выраженности психопатологической симптоматики.

Тем самым, в практике психокоррекционных мероприятий целесообразно ориентироваться на создание безопасной атмосферы, в которой пациентам с аффективными расстройствами станет проще принимать помощь и поддержку окружающих, начинать действовать самостоятельно, а больным шизофренией — раскрывать переживания. В межличностных отношениях и в вопросе комплаенса, пациенты с шизофренией отличаются «полярностью» — они склонны или закрываться, утаивая свои переживания, или, напротив, предъявлять завышенные ожидания. В этом случае стоит обращаться к их способности планировать решение проблемы, поддерживая в реализации задуманного. Пациентам с аффективными расстройствами следует рекомендовать обращение за помощью к близким, что дает возможность снизить тягостность переживаний за счет получения эмоциональной поддержки.

Литература

1. Бердников Д.В. Саморегуляция восприятия информации при некоторых психических расстройствах // *Современные проблемы науки и образования*. — 2014. — № 1. — С. 1–8.
2. Будза В.Г., Антохин Е.Ю., Бомов П.О. Психиатрия на рубеже веков в трудах ориенбургских психиатров. Хрестоматия т. II. — Оренбург. — 2014. — С. 29–53.
3. Вайзе К., Воловик В.М., Кабанов М.М. [и др.]. К дискуссии о роли социально-нормативных реакций на психические заболевания // *Реабилитация больных психозами*. Л.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 1981. — С. 21–31.
4. Вид В.Д., Лутова Н.Б. Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону // *Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. тр.* — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2001. — Т. 137. — С. 116–120.
5. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд. — СПб.: Питер. — 2008. — 512 с.
6. Волкова О.Н. Взаимосвязь гендерных и клинико-психологических характеристик с качеством жизни больных невротическими расстройствами. Автореферат дисс. канд. мед. наук. — СПб. — 2009. — С. 21–23.
7. Воскресенский Б.А. Духовное как социотерапевтический фактор // *Независимый психиатрический журнал*. — 2004. — № 4. — С. 2–26.
8. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений — СПб.: Речь. — 2010. — 141 с.
9. Залуцкая Н.М. Анализ основных психологических характеристик успешности совладания с семейным стрессом у больных эндогенными психозами // *XIV съезд психиатров России*. — Материалы съезда. — М. — 2005. — С. 400.
10. Ивашев С.П. Системно-информационные закономерности саморегуляции целенаправленного поведения у больных шизофренией // *Естественные науки*. — 2010. — № 2. — С. 126–135.
11. Исаева Е.Р., Зуйкова Н.В. Защитно-совладающий стиль поведения больных депрессивными расстройствами // *Сибирский психологический журнал*. — 2002. — №16–17. — С. 84–88.
12. Исаева Е.Р., Соколовская Т.В. К вопросу о когнитивно-поведенческой терапии при психических заболеваниях // *XIII съезд психиатров России*. Материалы съезда. — М. — 2000. — С. 295.
13. Макурина А.П., Булыгина В.Г., Вепренцева О.В. Стратегии совладания у психически больных женщин с криминальным анамнезом // *Российский психиатрический журнал*. — 2015. — №3. — С. 42–49.
14. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов. — СПб НИПНИ им. Бехтерева. — СПб. — 2009. — 37 с.
15. Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами. Усовер-

- шенствованная медицинская технология. СПб НИПНИ им. Бехтерева. — СПб. — 2007. — 47 с.
16. Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. — М.: Наука. — 1998. — 191 с.
 17. Муравьева О.В., Разуваева Т.Н. Взаимосвязь компонентов структуры личности и копинг-механизмов у больных депрессией // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. — 2014. — Т. 21. — № 6. — С. 275-283.
 18. Совладающее поведение больных шизофренией как стратегия адаптации / дезадаптации к «ситуации заболевания» / Н.А. Сирота, В.А. Соболев, И.А. Давыдова и др. [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. — 2013. — № 2.
 19. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер. — 2001. — 272 с.
 20. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. — Минск: Интерпрессервис. — 2002. — 496 с.

References

1. Berdnikov D.V. Samoregulyatsiya vospriyatiya informatsii pri nekotorykh psikhicheskikh rasstroystvakh // *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. — 2014. — № 1. — S. 1-8. In Rus.
2. Budza V.G., Antokhin Ye.YU., Bomov P.O. Psikhiaetriya na rubezhe vekov v trudakh oriynburgskikh psikhiatrov. *Khrestomatiya t. II*. — Orenburg. — 2014. — S. 29-53. In Rus.
3. Vayze K., Volovik V.M., Kabanov M.M. [i dr.]. K diskussii o roli sotsial'no-normativnykh reaktsiy na psikhicheskiye zabolevaniya // *Reabilitatsiya bol'nykh psikhozami*. L.: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva. — 1981. — S. 21-31. In Rus.
4. Vid V.D., Lutova N.B. Spetsificheskiye efekty terapii sredoy po G. Ammonu // *Psikhosotsial'naya rehabilitatsiya i kachestvo zhizni: sb. nauch. tr. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V.M. Bekhtereva*. — 2001. — T. 137. — S. 116-120. In Rus.
5. Vid V.D. *Psikhoterapiya shizofrenii*. 3-ye izd. — SPb.: Piter. — 2008. — 512 s. In Rus.
6. Volkova O.N. Vzaimosvyaz' gendernykh i kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik s kachestvom zhizni bol'nykh nevroticheskimi rasstroystvami. Avtoreferat diss. kand. med. nauk. — SPb. — 2009. — S. 21-23. In Rus.
7. Voskresenskiy B.A. Dukhovnoye kak sotsioterapevticheskiy faktor // *Nezavisimyy psikhiaatricheskii zhurnal*. — 2004. — № 4. — S. 2-26. In Rus.
8. Dukhnovskiy S.V. Diagnostika mezhlchnostnykh otnosheniy — SPb.: Rech'. — 2010. — 141 s. In Rus.
9. Zalutskaya N.M. Analiz osnovnykh psikhologicheskikh kharakteristik uspehnosti sovladaniya s semeynym stressom u bol'nykh endogennymi psikhozami // *KHIV s'yezd psikhiatrov Rossii*. — Materialy s'yezda. — M. — 2005. — S. 400. In Rus.
10. Ivashev S.P. Sistemno-informatsionnyye zakonomernosti samoregulyatsii tselenapravlenno go povedeniya u bol'nykh shizofreniyey // *Yestestvennyye nauki*. — 2010. — № 2. — S. 126-135. In Rus.
11. Isayeva Ye.R., Zuykova N.V. Zashchitno-sovladayushchiy stil' povedeniya bol'nykh depressivnymi rasstroystvami // *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal*. — 2002. — №16-17. — S.84-88. In Rus.
12. Isayeva Ye.R., Sokolovskaya T.V. K voprosu o kognitivno-povedencheskoy terapii pri psikhicheskikh zabolevaniyakh // *KHIII s'yezd psikhiatrov Rossii. Materialy s'yezda*. — M. — 2000. — S. 295. In Rus.
13. Makurina A.P., Bulygina V.G., Veprentseva O.V. Strategii sovladaniya u psikhicheskii bol'nykh zhen-shchin s kriminal'nym anamnezom // *Rossiyskiy psikhiaatricheskii zhurnal*. — 2015. — №3. — S. 42-49. In Rus.
14. Metodika dlya psikhologicheskoy diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami. Posobiye dlya vrachey i meditsinskikh psikhologov. — SPb NIPNI im. Bekhtereva. — SPb. — 2009. — 37 s. In Rus.
15. Metodiki psikhologicheskoy diagnostiki bol'nykh s endogennymi rasstroystvami. Usovershenstvovannaya meditsinskaya tekhnologiya. SPb NIPNI im. Bekhtereva. — SPb. — 2007. — 47 s. In Rus.
16. Morosanova V.I. Individual'nyy stil' samoregulyatsii: fenomen, struktura i funktsii v proizvol'noy aktivnosti cheloveka. — M.: Nauka. — 1998. — 191 s. In Rus.
17. Murav'yeva O.V., Razuvayeva T.N. Vzaimosvyaz' komponentov struktury lichnosti i koping-mekhanizmov u bol'nykh depressiyey // *Nauchnyye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Gumanitarnyye nauki*. — 2014. — T. 21. — № 6. — S. 275-283. In Rus.
18. Sovladayushcheye povedeniye bol'nykh shizofreniyey kak strategiya adaptatsii / dezadaptatsii k «situatsii zabolevaniya» / N.A. Sirota, V.A. Soboлев, I.A. Davydova i dr. [Elektronnyy resurs] // *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obucheniye, praktika: elektron. nauch. zhurn.* — 2013. — № 2. In Rus.
19. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. — SPb: Piter. — 2001. — 272 s. In Rus.
20. Telle R. *Psikhiaetriya s elementami psikhoterapii*. — Minsk: Interpresservis. — 2002. — 496 s. In Rus.

Сведения об авторах

Кудряшова Вера Юрьевна, — медицинский (клинический) психолог 1-го отделения биологической терапии психически больных ФГБУ “НИПНИ им. В.М. Бехтерева”. E-mail: vera_orehovaya@mail.ru

Сарайкин Дмитрий Михайлович — м.н.с., медицинский (клинический) психолог лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ “НИПНИ им. В.М. Бехтерева”. E-mail: saraikindm@yandex.ru

Иванов Михаил Владимирович — д.м.н., профессор, руководитель 1-го отделения биологической терапии психически больных ФГБУ “НИПНИ им. В.М. Бехтерева”. E-mail: etain@yandex.ru