Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2023, Т. 57, № 1, с. 38-47, http//doi/org/10.31363/2313-7053-2023-697

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology, 2023, T. 57, no 1, pp. 38-47, http//doi/org/10.31363/2313-7053-2023-697

Взаимосвязь фрустрационных реакций и полоролевого поведения у пациентов с шизофренией и с аффективными расстройствами

Алексеев Б.Е.[1], Щелкова О.Ю.[2,3]
[1]Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия
[2]Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия
[3]Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Изучение нарушений адаптационно-компенсаторных механизмов пациентов с психическими расстройствами делает актуальным сочетанное изучение характеристик пола, психосексуальной сферы и реагирования на стресс при психической патологии. Целью исследования было выявление взаимосвязи типов и направленностей фрустрационных реакций как неосознаваемых компонентов совладания с полом и полоролевым поведением. Обследовано 183 пациента с диагнозами шизофрения и шизотипическое расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство.

В диагностических группах среди мужчин и женщин преобладали лица в возрасте до 30 лет. Применялись «Методика диагностики акцентуаций полоролевого поведения» и «Тест рисуночных ассоциаций». Полученные данные свидетельствуют о том, что среди больных шизофренией мужчины с кроссполоролевой акцентуацией лучше усваивают социально-нормативные образцы поведения, чем женщины с кроссполоролевой акцентуацией; у женщин с шизотипическим расстройством наличие кроссполовой акцентуации полоролевого поведения сопряжено с более низким уровнем социальной адаптации по сравнению с женщинами без акцентуации. Женщины, имеющие шизотипическое расстройство и более выраженную маскулинную полоролевую акцентуированность, обладают профилем направленности эмоциональных реакций при фрустрирующих ситуациях, характерным для мужчин с шизотипическим расстройством.

В онтогенезе взаимосвязи стереотипов эмоционального реагирования и уровня полоролевой акцентуированности меняются. Выявленные половые различия по профилям фрустрационных реакций среди пациентов шизофренического спектра могут частично объясняться полоролевыми особенностями пациентов. В заключение проведенного анализа можно сделать вывод о том, что стереотипы эмоционального реагирования человека и их формирование находятся в тесной связи с полоролевым поведением. Знание такого рода взаимосвязей дает возможность психотерапевту в процессе лечения добиваться понимания пациентом своего поведения, в том числе, его неосознаваемых аспектов.

***Ключевые слова*:** шизофрения, адаптация, фрустрационные реакции, пол, акцентуации полоролевого поведения.

Информация об авторах
Алексеев Борис Егорович* — e-mail: Alekseyev-b@yandex.ru; https//orcid.org/0000-0002-1353-2271
Щелкова Ольга Юрьевна — e-mail: olga.psy.pu@mail.ru; https//orcid.org/0000-0001-9444-4742

Как цитировать: Алексеев Б.Е., Щелкова О.Ю. Взаимосвязь фрустрационных реакций и полоролевого поведения у пациентов с шизофренией и с аффективными расстройствами. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2023; 57:1:38-47. http//doi/org/10.31363/2313-7053-2023-697.

Конфликт интересов: О.Ю. Щелкова является членом редакционной коллегии.

Автор, ответственный за переписку: Алексеев Борис Егорович — e-mail: Alekseyev-b@yandex.ru

Corresponding author: Alekseev Boris Egorovich — e-mail: Alekseyev-b@yandex.ru

The relationship of frustration reactions and gender role behavior in patients with schizophrenia and affective disorders

Alekseev B.E.[1], Shchelkova O.Yu.[2, 3]
[1]North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia
[2]Sankt-Petersburg State Universit, St. Petersburg, Russia
[3]V.M. Bekhterev National Medical Reseach Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. The study of violations of the adaptive-compensatory mechanisms of patients with mental disorders makes it relevant to study the combined characteristics of gender, psychosexual sphere and response to stress in mental pathology. The aim of the study was to identify the relationship between the types and directions of frustration reactions as unconscious components of coping with gender and gender-role behavior. 183 patients with diagnoses of schizophrenia and schizotypal disorder, recurrent depressive disorder, bipolar affective disorder were examined. In the diagnostic groups, men and women were dominated by persons under the age of 30. The «Method of diagnostics of gender role behavior accentuations» and «Drawing Associations test» were used. The data obtained indicate that among patients with schizophrenia, men with cross-gender role accentuation better assimilate socio-normative patterns of behavior than women with cross-gender role accentuation; in women with schizotypal disorder, the presence of cross-gender accentuation of gender-role behavior is associated with a lower level of social adaptation compared to women without accentuation.

Women with schizotypal disorder and more pronounced masculine gender role accentuation have a profile of the direction of emotional reactions in frustrating situations, characteristic of men with schizotypal disorder. In ontogenesis, the interrelationships of stereotypes of emotional response and the level of gender role accentuation change. The revealed sex differences in the profiles of frustration reactions among patients on the schizophrenic spectrum may be partially explained by the gender-role characteristics of patients. In conclusion of the analysis, it can be concluded that the stereotypes of a person's emotional response and their formation are closely related to gender-role behavior. Knowledge of this kind of interrelationships enables the psychotherapist in the course of treatment to achieve the patient's understanding of his behavior, including its unconscious aspects.

***Key words*:** schizophrenia, adaptation, frustration reactions, gender, accentuations of gender role behavior.

Information about the authors
Boris E. Alekseev* — e-mail: Alekseyev-b@yandex.ru ;https//orcid.org/0000-0002-1353-2271
Olga Yu. Shchelkova — e-mail: olga.psy.pu@mail.ru ; https//orcid.org/0000-0001-9444-4742

To cite this article**:** Alekseev BE, Shchelkova OYu. The relationship of frustration reactions and gender-role behavior in patients with schizophrenia and affective disorders. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023; 57:1:38-47. http//doi/org/10.31363/2313-7053-2023-697. (In Russ.)

Conflict of interest: Olga Yu. Shchelkova is a member of the editorial board.

В современных социокультурных условиях личность сталкивается с огромным количеством неблагоприятных обстоятельств, которые осложняют её социально-психологическую адаптацию. Это пандемии, войны, природные катастрофы, хронические и фатальные заболевания и многое другое. В этом же ряду находятся психические заболевания. В связи с этим актуальным становится исследование таких состояний как стресс, кризис и связанных с ними процессов адаптации и совладания.

Мотивационно-волевые особенности при процессуальных расстройствах [17, 20, 21, 22, 24], а также дефицит почти всех механизмов обработки информации, и другие нарушения снижают способность больных сопротивляться стрессу; некоторые же виды стресса, например межличностный, могут быть особенно тяжелыми [19]**.** Поэтому изучение нарушений адаптационно-компенсаторных механизмов больных шизофренией сохраняет свою актуальность [9, 12, 14, 18]. Новые сведения позволят разработать персонализированные меры реабилитационных воздействий.

В настоящее время роль психосексуальной сферы в процессах формирования, развития, адаптации и дезадаптации личности не вызывает сомнения. Исследование показывает, что усиление влияния фактора пола, в том числе, различное отношением к своему здоровью у мужчин и женщин, а следовательно, приверженность лечению и уровень комплаенса, который у женщин выше, «можно рассматривать как один из признаков современного патоморфоза шизофрении» [7]. Общепризнанным является также биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни человека, в рамках которого разработана диатез-стрессовая модель, предполагающая детальное изучение механизмов реагирования на стресс как факторов патогенеза ряда психических расстройств [8]. Это делает необходимым сочетанное изучение характеристик пола и психосексуальной сферы и реагирования на стресс при психической патологии [5].

В ранее проведенных нами исследованиях показаны особенности психосексуальной сферы (полоролевого поведения, структуры половой идентичности и направленности полового влечения) женщин с невротическими расстройствами, их отличие от соответствующих характеристик здоровых женщин и роль в развитии невротических расстройств, связь с индивидуально- и социально-психологическими характеристиками больных, в том числе, с механизмами психологической защиты и копинга, характеризующими способы неосознаваемого и осознанного совладания со стрессовыми взаимодействиями [1, 2]. В этих исследованиях статистически доказано и клинически подтверждено, что уровень выраженности и содержание этих элементов сложной системы психической адаптации человека взаимосвязаны с особенностями психосексуальной сферы больных неврозами женщин, и характер этой взаимосвязи отличается своеобразием по сравнению с психически здоровыми женщинами [3].

Закономерным продолжением серии этих исследований может стать проверка гипотезы о существовании подобной связи не только при расстройствах невротического, но и психотического регистра, и не только в группе женщин, но и мужчин с психическими расстройствами. Проверке этой гипотезы посвящено настоящее исследование, в котором среди особенностей психосексуальной сферы рассматривается акцентуация полоролевого поведения [4], а среди психологических особенностей — характер реагирования на повседневные стрессоры (фрустрационные реакции). Этот выбор определяется давно установленным фактом, что профиль фрустрационных реакций, присущий отдельному человеку, является одной из существенных сторон эмоциональной сферы личности, во многом определяющей его поведение в реальных жизненных ситуациях [12]. Успешность и адаптивность этого поведения определяется уровнем фрустрационной толерантности — способности человека противостоять трудностям без утраты своей психобиологической адаптации [10]. В основе этой способности лежит адекватная оценка реальной ситуации, сознательный отказ от фрустрирующих целей и выдвижение новых, более приемлемых и достижимых. Эти качества характеризуют более зрелый уровень развития личности. Изучение взаимосвязи фрустрационной толерантности, выражающейся в «профиле» реакций на повседневный стресс, с полоролевым поведением может способствовать многомерной диагностике психических расстройств, учитывающей клинико-биологические, психосоциальные и поведенческие характеристики пациентов в их единстве и взаимодействии, а также определению тактики психотерапии с учетом этих характеристик.

В настоящем исследовании мы предлагаем обратиться к диагностике именно неосознаваемых компонентов совладания посредством теста рисуночной фрустрации С. Розенцвейга. Целью исследования было выявление взаимосвязи типов и направленностей фрустрационных реакций с полом и полоролевым поведением.

Характеристика материала

Всего обследовано 183 пациента с диагнозами шизофрения и шизотипическое расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство.

Больные, вошедшие в данное исследование, диагностировались в соответствии с «МКБ-10» [11] и включали, исходя из результатов, подтверждающих концепцию единого генетического спектра шизофрении [16], различные ее варианты (F — 20) и шизотипические (F — 21) расстройства.

По полу обследованный контингент распределился следующим образом: среди больных шизофренического спектра 38 мужчин и 72 женщины. С диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство: 42 женщины и 11 мужчин; биполярное аффективное расстройство — у 20 женщин.

Средний возраст больных составляет 27,3±0,4 года. Среди больных шизофренического спектра возраст мужчин — 23,7±0,7 года, женщин — 27,8±0,6 года. Таким образом, в обеих диагностических группах среди мужчин и женщин преобладали лица в возрасте до 30 лет.

Методики исследования

1. С целью квантификации кроссполовых проявлений М-Ф измерения и полоролевого поведения применялась «Методика диагностики акцентуаций полоролевого поведения» [4]. Основой создания методики для диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения послужили положения, сформулированные в рамках концепции уровневой организации полоролевого поведения. М-Ф измерение и полоролевое поведение определялись в методике посредством структурированного интервью по набору маркеров, соотносимых с соответствующим возрастом.

Сумма баллов, которые приписываются маркерам по каждому возрастному периоду, позволяет оценивать выраженность кроссполового поведения. Сопоставление уровня кроссполового поведения по возрастным периодам дает возможность изучать возрастную динамику данного поведения. С этой целью введен индекс 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, равная двенадцати для первых двух возрастных периодов и равная десяти для двух вторых). Значение индекса кроссполового поведения лежит в пределах от 0 до 1. Обработка данных структурированного интервью, характеризующего М-Ф измерение и полоролевое поведение, предполагает получение четырех оценок индекса кроссполового поведения соответственно возрастным периодам: до 7 лет; от 8 до 12-13 лет; от 13 лет до 18

лет; «сейчас». Таким образом, выделяются кроссполовая (феминнная) акцентуация у мужчин и кроссполовая (маскулинная) акцентуация полоролевого поведения у женщин.

2. Для изучения связей характеристик психически больного человека как представителя пола с параметрами его эмоционально-личностной сферы применялся «Тест рисуночной ассоциации» С. Розенцвейга [23], адаптированный и модифицированный Н.В. Тарабриной [13], который позволяет оценить степень адаптации испытуемого к своему социальному окружению и уровень фрустрационной толерантности, характеризующиеся стереотипами эмоционального реагирования в ситуациях, где объективно непреодолимые (или субъективно так воспринимаемые) препятствия возникают на пути к достижению цели. Методика позволяет оценить фрустрационные реакции исследуемых, т.е. реакции на различного рода барьеры, блокирующие деятельность, с точки зрения их типа и направленности; анализируется также показатель степени социальной адаптации больных.

В данной работе для каждого исследуемого вычислялось семь экспериментальных показателей. Рассматривался показатель «степени социальной адаптации», вычисление которого проводилось на основе сопоставления ответов испытуемого со среднестатистическими данными. Анализировались направленность и типы фрустрационных реакций. Реакции исследуемого могут быть направлены на окружающую среду, выражаясь в форме различных требований к ней, либо могут быть направлены на самого себя как виновника происходящего, либо человек может занимать своеобразную примиренческую позицию. Такое разделение фрустрационных реакций по их направленности нашло отражение в показателях методики: экстрапунитивных (E), интропунитивных (I) и импунитивных (M) реакциях. По типу реакции различаются следующим образом: «с фиксацией на препятствии» (OD), с «фиксацией на самозащите» (ED), «с фиксацией на удовлетворении потребности» (NP). Из сочетания типов и направленностей реакций, характерных для испытуемого, делается заключение об уровне его фрустрационной толерантности.

Описание методики содержится в руководствах Н.В. Тарабриной [12], В.М. Блейхера с соавт., [6]. В клинической психологии «Тест «рисуночной ассоциации» наиболее часто используется при исследовании больных неврозами и психосоматическими заболеваниями, однако эта методика хорошо зарекомендовала себя при исследовании личностных характеристик с целью прогнозирования общественно-опасного поведения больных шизофренией [15].

Результаты

Сопоставление экспериментальных показателей проводилось в несколько этапов.

На первом этапе все больные были разделены по полу на две группы. Статистические характеристики показателей «Теста рисуночной ассоциации» и существенные различия между группами обследованных больных мужчин и женщин, выявленные в исследовании, представлены в таблице 1. Кроме того, в Табл.1 приведены средние значения показателей методики, полученные Н.В. Тарабриной (1984) при исследовании здоровых испытуемых.

Как видно из Табл.1, профиль средних величин оценок направленности эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях исследованных больных: E>I>M. У здоровых лиц ответы по направленности фрустрационных реакций распределяются таким же образом. Однако, можно заметить, что среди больных. как мужчин, так и женщин, больше удельный вес реакций с интропунитивной направленностью (I).

По типам реакций на фрустрацию между сравниваемыми группами больных выявляется достоверное преобладание типа реакций «с фиксацией на удовлетворении потребности» у женщин по сравнению с мужчинами; тип реакций «с фиксацией на самозащите» на уровне статистической тенденции чаще встречается у мужчин. При этом профили, характеризующие тип эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации у больных обоего пола, схожи: ED >NP>OD.

В обеих группах больных преобладает тип реакций «с фиксацией на самозащите» (ED), как и в нормативных данных. Вместе с тем, в отличие от профиля типов эмоционального реагирования здоровых испытуемых (ED>OD>NP), среди больных преобладает профиль ED>NP>OD — у мужчин и ED>NP>OD — у женщин. Показатели «степени социальной адаптации» (GCR) располагаются в следующей последовательности по мере убывания: нормативный контингент > больные мужчины > больные женщины.

Таким образом, по данным методики С. Розенцвейга, наиболее общей особенностью эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях для совокупной группы больных шизофренического спектра и аффективными расстройствами является выраженная склонность к реакциям самозащитного типа с возложением ответственности за сложившуюся ситуацию на окружающих людей или внешние обстоятельства; причем, у мужчин такая направленность реагирования выявляется чаще, чем у женщин. Это определяет значительное снижение уровня толерантности к различным трудностям и помехам, встречающимся на пути к удовлетворению потребности. Повышение оценки типа реакции с «фиксацией на самозащите» отражает слабость, уязвимость личности, которая сосредоточена на защите своего «Я». Фрустрирующая ситуация часто воспринимается как угроза «Я», что наряду со снижением показателя «степени социальной адаптации» свидетельствует о недостаточной способности к адекватной оценке реальной ситуации и конструктивному преодолению трудностей. В противоположность реакциям самозащитного типа, тип реакций «с фиксацией на удовлетворении потребности»

Таблица 1. Результаты исследования фрустрационных реакций обследованных больных в сопоставлении с нормативными данными (%)
Table 1. The results of the study of the frustration reactions of the examined patients in comparison with the normative data (%)

Показатели методики С. Розенцвейга	Здоровые	Больные		Уровень значимости
		Мужчины (n=49) M±m	Женщины (n=134) M±m	
E — Экстрапунитивная направленность реакций	48,1	44,3±2,50	43,2±1,31	
I — Интропунитивная направленность реакций	26,4	34,69±1,97	38,07±1,02	
M — Импунитивная направленность реакций	25,2	20,92±1,51	18,69±0,72	
OD — Тип реакций «с фиксацией на препятствии»	33,8	28,73±1,63	27,38±0,82	
ED — Тип реакций «с фиксацией на самозащите»	36,8	40,89±1,89	36,91±1,01	P<0,06
NP — Тип реакций «с фиксацией на удовлетворении потребности»	29,0	30,29±1,77	35,62±1,18	P<0,03
GCR- «Степень социальной адаптации»	63,5	57,84±1,94	54,46±1,11	

чаще встречается у женщин. Данный тип является признаком более адекватного реагирования, показателем той степени, в которой субъект может разрешать фрустрационные ситуации.

Таким образом, с помощью «Теста рисуночной ассоциации» выявлены некоторые особенности и неадаптивные формы эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях больных мужского и женского пола.

Прежде, чем подойти к оценке взаимозависимости акцентуации М-Ф измерения полоролевого поведения и особенностей фрустрационных реакций, необходимо рассмотреть, как в рамках отдельных диагнозов распределяются профили эмоциональных реакций на фрустрирующую ситуацию в зависимости от пола пациентов. В таблице 2 представлены результаты данного исследования.

Из Табл.2 видно, что значимые различия выявляются между усредненными показателями экстрапунитивной направленности реакций у мужчин больных шизотипическим расстройством и шизофренией. Если у первых процент таких реакций самый высокий среди всех больных, то у вторых — самый низкий.

Частота импунитивного реагирования поразному представлена у мужчин и женщин больных шизофренией: у женщин такие реакции встречаются достоверно реже. При импунитивном реагировании фрустрирующая ситуация рассматривается испытуемым как малозначащая, как отсутствие чьей-либо вины или как нечто такое, что может быть исправлено само собой, стоит только подождать и подумать. Подобный способ эмоционального реагирования, отражающий индифферентное, пассивное отношение к окружающему, отсутствие стремления к активному преодолению трудностей, возникающих на пути к удовлетворению актуальной потребности, достоверно чаще встречается у мужчин больных шизофренией. Это отличает их от мужчин с рекуррентным депрессивным расстройством, у которых эта направленность реакций представлена в наименьшей степени.

По типам реакций на фрустрацию выявляются следующие значимые различия между сравниваемыми группами: среди больных шизофренией тип реакций «с фиксацией на препятствии» чаще встречается у мужчин, чем у женщин, что указывает на большую склонность к эмоциональному «застреванию» на значимых ситуациях, большую представленность черт ригидности в структуре личности и, соответственно, меньшую пластичность поведения и установок; тип реакции «с фиксацией на самозащите» оказывается менее представлен у мужчин больных шизофренией, но наиболее характерен для мужчин с рекуррентным депрессивным расстройством и шизотипическим расстройством. При сопоставлении показателей типа фрустрационных реакций «с фиксацией на удовлетворении потребностей» выявлены различия на уровне статистической тенденции между мужчинами и женщинами с рекуррентным депрессивным расстройством. Преобладание этого типа реакций в группе женщин свидетельствует о том, что они в большей степени, чем мужчины, нацелены на конструктивное преодоление трудностей и принятие ответственности. Степень социальной адаптации, которая вычисляется путем сравнения баллов субъекта со стандартными величинами, полученными на нормативной выборке, выше у мужчин, больных шизофренией, чем у женщин.

Представляет интерес сравнение обобщенных профилей эмоциональных реакций на фрустрацию. Мужчины с шизотипическим расстройством наиболее близки по данному профилю к мужчинам с рекуррентным депрессивным расстройством и к женщинам с биполярным аффективным расстройством (ED>NP>OD), а женщины с шизотипическим расстройством сходны по

Таблица 2. Результаты исследования фрустрационных реакций у мужчин и женщин в зависимости от диагноза (%)
Table 2. The results of the study of frustration reactions in men and women, depending on the diagnosis (%)

Показатели методики С. Розенцвейга (направленность/ тип реакций)	Шизотипическое расстройство (n=46)		Шизофрения (n=80)		Рекуррентное депрессивное расстройство (n=37)		Биполярное аффективное расстройство (n=20)	Значимость различий P< 0,05
	мужчины 1. n=26	женщины 2. n=20	мужчины 3. n=28	женщины 4. n=52	мужчины 5. n=11	женщины 6. n=26	женщины 7.	
E-Экстрапунитивная	50,3±4,78	46,7±5,89	39,2±2,85	42,2±1,77	44,0±5,97	42,2±2,68	46,4±3,20	1-3
I-Интропунитивная	29,6±3,59	34,5±4,15	35,7±2,4	38,6±1,37	39,6±4,47	38,7±2,29	36,9±2,43	
M-Импунитивная	20,0±2,58	18,7±2,18	24,9±2,02	19,1±1,07	16,4±3,35	19,0±1,49	16,75±1,44	3-4, 3-5
OD — «с фиксацией на препятствии»	27,3±2,36	32,4±3,69	32,6±2,83	26,7±1,00	25,5±3,42	26,5±1,90	28,6±2,10	3-4 2-4 p<0,07
ED — «с фиксацией на самозащите»	44,8±3,32	36,1±3,44	35,1±1,85	36,5±1,28	45,0±4,9	35,5±2,59	40,8±2,19	1-3, 3-5
NP — «с фиксацией на удовлетворении потребности»	27,9±2,70	31,0±4,25	32,3±3,21	36,7±1,6	29,4±3,47	37,8±2,64	30,8±2,77	4-7, 6-7 p<0,1
GCR-«Степень социальной адаптации»	57,4±3,07	56,7±1,73	62,0±2,96	54,9±1,52	53,1±4,29	53,2±2,49	53,8±3,08	3-4

профилю с мужчинами больными шизофренией (ED>OD>NP); женщины больные шизофренией сближаются по профилю фрустрационных реакций с женщинами, страдающими рекуррентным депрессивным расстройством (NP>ED>OD).

Для анализа взаимоотношений акцентуаций полоролевого поведения с направленностью и типом эмоциональных реакций во фрустрирующих ситуациях рассматривались отдельно лица мужского и женского пола, пациенты с шизотипическим расстройством и с диагнозом шизофрения. Группы больных, согласно шкальной оценке кроссполовой акцентуации (для мужчин это феминная акцентуация, для женщин — маскулинная акцентуация), были разделены по медиане на два класса, условно названные «неакцентуированные» и «акцентуированные» пациенты или те, у кого шкальная оценка акцентуации «меньше» и «больше».

В Табл.3 приведены результаты статистической обработки. Как можно видеть, после деления пациентов на обладающих меньшей и большей акцентуированностью произошло их расслоение по отдельным параметрам эмоционального реагирования на фрустрацию. Оказалось, что акцентуированные мужчины и женщины с шизотипическим расстройством чаще дают экстрапунитивные реакции, чем неакцентуированные; вместе с тем, им, особенно акцентуированным мужчинам, менее свойственны интропунитивные реакции. Импунитивная направленность реакций у акцентуированных женщин встречается значимо реже, чем у неакцентированных.

По типам реакций мужчины и женщины с шизотипическим расстройством не имели различий, что отмечалось ранее (см. Табл.2). В то же время деление пациентов с шизотипическим расстройством на менее и более акцентуированных выявило неоднородность мужского и женского контингента по типам реакций. Так, лица мужского и женского пола с меньшей оценкой по акцентуации существенно и значимо различаются по степени представленности типа с «фиксацией на самозащите»; у мужчин данный неконструктивный тип эмоционального реагирования встречается чаще. У больных шизофренией выявлены значимые различия между акцентуированными мужчинами и женщинами по типу реакций «с фиксацией на препятствии». Интегративная оценка показателей эмоционального реагирования на фрустрацию, которая выражается «степенью социальной адаптации», у акцентуированных женщин достоверно ниже, чем у неакцентуированных женщин, в группе больных с шизотипическим расстройством. В группе больных шизофренией по показателю «степень социальной адаптации» выявлены значимые различия между акцентуированными мужчинами и женщинами. Полученные данные свидетельствуют о лучшем усвоении социально-нормативных образцов поведения мужчинами с полоролевой акцентуацией, чем женщинами.

Подробный анализ результатов исследования больных шизофренией демонстрирует определенную зависимость акцентуации полоролевого поведения и типов эмоционального реагирования. Можно сказать, что значимые различия между мужчинами и женщинами, больными шизофренией по типу реакции «с фиксацией на препятствии» вытекают из достоверных и полярных по значению оценок данного типа реакций у акцентуированных мужчин и женщин; у акцентуированных мужчин оценка максимальная, у акцентуированных женщин — минимальная. То же можно сказать о «степени социальной адаптации». Достоверные различия между мужчина-

Таблица 3. Результаты исследования фрустрационных реакций больных шизофренического спектра мужского и женского пола в зависимости от выраженности полоролевой акцентуации (%)
Table 3. The results of the study of frustration reactions of male and female schizophrenic spectrum patients depending on the severity of gender role accentuation (%)

Показатели методики Розенцвейга (направленность/тип реакций)	Мужчины (n=38)		Женщины (n=72)		Значимость различий
	Неакцентуированные 1	Акцентуированные 2	Неакцентуированные 3	Акцентуированные 4	
E-экстрапунитивная					
Шизотипическое расстройство	44,5±4,68	53,9±7,15	37,0±8,48	54,6±6,89	
Шизофрения	39,3±4,30	39,2±3,86	40,2±2,12	43,5±2,97	
I-интропунитивная					
Шизотипическое расстройство	37,9±3,46	24,4±4,65	39,6±5,70	30,4±5,77	1-2 p<0,06
Шизофрения	37,0±3,35	34,0±3,68	40,6±1,66	37,1±2,27	
M-импунитивная					
Шизотипическое расстройство	17,5±2,43	21,6±3,93	23,4±3,32	15,0±1,66	3-4 p<0,05
Шизофрения	23,7±2,43	26,7±3,55	19,1±1,29	19,26±1,86	
OD-«с фиксацией на препятствии»					
Шизотипическое расстройство	22,9±3,15	29,9±3,05	33,3±5,38	31,6±5,59	
Шизофрения	29,7±3,85	36,4±3,95	27,0±1,57	26,8±1,39	2-4 p<0,01
ED-«с фиксацией на самозащите»					
Шизотипическое расстройство	46,2±5,65	44,0±4,36	30,2±1,36	40,8±5,38	1-3 p<0,05
Шизофрения	36,4±2,53	33,3±2,80	35,4±1,77	37,3±2,03	
NP-«с фиксацией на удовлетворении потребности»					
Шизотипическое расстройство	30,8±3,44	26,0±3,84	36,4±5,01	26,6±6,26	
Шизофрения	33,8±5,04	30,2±3,69	37,5±2,30	35,8±2,36	
GCR-«степень социальной адаптации»					
Шизотипическое расстройство	57,9±4,43	57,1±4,38	60,7±1,47	53,6±1,95	3-4 p<0,05
Шизофрения	59,4±3,63	65,5±4,94	54,6±2,15	54,5±2,26	2-4 p<0,06

ми и женщинами складываются, главным образом, за счет полярных оценок адаптации у акцентуированных мужчин и акцентуированных женщин (максимальное значение у акцентуированных мужчин; минимальное — у акцентуированных женщин).

Сравнение профилей направленности эмоциональных реакций при шизотипическом расстройстве у мужчин с меньшей и большей оценкой полоролевой акцентуированности показывает их сходство (E>I>M). В то же время эти профили у женщин отличаются: у женщин с меньшей оценкой акцентуированности профиль I>E>M, у женщин с большей оценкой — E>I>M. Таким образом, женщины, имеющие шизотипическое расстройство и более выраженную маскулинную полоролевую акцентуированность, обладают профилем направленности эмоциональных реакций при фрустрирующих ситуациях, характерным для мужчин.

В Табл.4 отражены значимые корреляции. Для параметров эмоциональных реакций значимая связь с уровнем полоролевой акцентуации установилась, начиная с 13 лет. На примере типа реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности» можно видеть, что взаимосвязи между рассматриваемыми системами в онтогенезе исследуемых больных не только формируются, но и распадаются. Корреляционный анализ дополняет приведенные ранее сведения.

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее общей особенностью эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях для совокупной группы больных шизофренического спектра и аффективными расстройствами является выраженная склонность к реакциям самозащитного типа с возложением ответственности за сложившуюся ситуацию на окружающих людей или внешние обстоятельства; причем, у мужчин такое реагирование выявляется чаще, чем у женщин. Это определяет значительное снижение уровня толерантности к различным трудностям и помехам, встречающимся на пути к удовлетворению потребности.

Среди пациентов, больных шизофренией, импунитивный тип реагирования с пассивным отношением к окружающему, отсутствием стремления к активному преодолению трудностей, возникающих на пути к удовлетворению актуальной потребности, характерен для мужчин и в меньшей степени для женщин. По данному типу реакции мужчины, больные шизофренией, и мужчины с рекуррентным депрессивным расстройством контрастно отличаются, у последних эта направленность реакций представлена в наименьшей степени.

Среди больных шизофренией тип реакций «с фиксацией на препятствии» чаще встречается у мужчин, чем у женщин, что указывает на большую склонность к эмоциональному «застре-

Таблица 4. Соотношение параметров эмоционального реагирования с уровнем полоролевой акцентуации у мужчин с шизотипическим расстройством (n=26)
Table 4. Correlation of emotional response parameters with the level of gender role accentuation in men with schizotypal disorder (n=26)

Показатели методики Розенцвейга	Возрастные периоды	r	Уровень значимости
Интропунитивная направленность реакций	13–18 лет «сейчас»	-0,5392 -0,5242	p≤0,05 p≤0,06
Тип реакции «с фиксацией на препятствии»	13–18 лет «сейчас»	0,5792 0,6136	p≤0,03 p≤0,02
Тип реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности»	13–18 лет «сейчас»	-0,6129 -0,3708	p≤0,02

Примечательно, что у женщин с шизотипическим расстройством корреляция параметров эмоционального реагирования на фрустрацию с уровнем акцентуированности сначала М-Ф измерения, затем полоролевого поведения по большинству показателей устанавливается раньше, чем у мужчин (см. Табл.5). Можно предположить, что одним из факторов, определяющих меняющиеся в онтогенезе взаимосвязи стереотипов эмоционального реагирования и уровня акцентуированности, является динамика акцентуации М-Ф измерения и полоролевого поведения в процессе созревания и личностного развития.

Таблица 5. Соотношение параметров эмоционального реагирования с уровнем полоролевой акцентуации у женщин с шизотипическим расстройством(n=20)
Table 5. Correlation of emotional response parameters with the level of gender role accentuation in women with schizotypal disorder (n=20)

Показатели методики Розенцвейга	Возрастные периоды	r	Уровень значимости
Экстрапунитивная направленность реакций	До 7 лет 8–12 лет «сейчас»	0,6750 0,6043 0,6677	p≤0,04 p≤0,08 p≤0,04
Интропунитивная направленность реакций	До 7 лет “сейчас”	-0,6303 -0,5876	p≤0,06 p≤0,09
Импунитивная направленность реакций	До 7 лет 8–12 лет «сейчас»	-0,6196 -0,7269 -0,6802	p≤0,07 p≤0,02 p≤0,04
Тип реакции «с фиксацией на самозащите»	«сейчас»	0,7068	p≤0,03
Тип реакции « с фиксацией на удовлетворении потребности»	До 7 лет 8 — 12 лет «сейчас»	-0,7358 -0,6099 -0,6870	p≤0,02 p≤0,07 p≤0,03
«Степень социальной адаптации»	13 — 18 лет «сейчас»	-0,7931 -0,6645	p≤0,01 p≤0,04

ванию» на значимых ситуациях, большую представленность черт ригидности в структуре личности и, соответственно, меньшую пластичность поведения и установок. Тип реакции «с фиксацией на самозащите» оказывается менее представлен у мужчин, больных шизофренией, но наиболее характерен для мужчин с рекуррентным депрессивным расстройством и шизотипическим расстройством.

Выявленные половые различия по профилям фрустрационных реакций могут частично объясняться полоролевыми особенностями пациентов.

В заключение проведенного анализа можно сделать вывод о том, что стереотипы эмоционального реагирования человека и их формирование находятся в тесной связи с такой функциональной системой как М-Ф измерение и формирующимся на ее основе полоролевым поведением. Знание такого рода взаимосвязей дает возможность психотерапевту в процессе лечения добиваться понимания пациентом своего поведения, в том числе, его неосознаваемых аспектов. Полученная информация позволит оптимизировать психосоциальные воздействия, направленные на укрепление и развитие навыков управления эмоциональной сферой и пластичности поведения, расширит адаптационно-компенсаторные возможности психики.

Литература / ***References***

1. *Алексеев Б.Е., Каданцева А.В. Психосексуальные особенности больных с невротическими расстройствами. Вестник С.-Петерб. ун-та. Сер.12. Психология, социология, педагогика. 2009;3(2):165-174.*
   Alekseev BE, Kadanceva AV. Psychosexual characteristics of patients with neurotic disorders. Vestnik S.-Peterb. un-ta. Ser.12. Psihologija, sociologija, pedagogika. 2009;3(2):165-174. (In Russ.).
2. *Алексеев Б.Е., Каданцева А.В. Роль психосексуальной сферы в развитии невротических расстройств. Социальная и клиническая психиатрия. 2018;4:46-53.*
   Alekseev BE, Kadanceva AV. The role of the psychosexual sphere in the development of neurotic disorders. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.2018;4:46-53. (In Russ.).
3. *Алексеев Б.Е., Каданцева А.В., Щелкова О.Ю. Роль психосексуальной сферы в процессах защитно-совладающего поведения женщин с невротическими расстройствами. Социальная и клиническая психиатрия. 2019;29(4):57-67.*
   [Alekseev BE., Kadanceva AV., Schelkova OJu. The role of the psychosexual sphere in the processes of protective and coping behavior of women with neurotic disorders. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2019;29(4):57-67. (In Russ.).
4. *Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. Монография. — Саарбрюккен: Palmarium Academic Publishing, 2013.*
   Alekseev B.E. Polorolevoe povedenie i ego akcentuacii. Monografij. — Saarbrjukken: Palmarium Academic Publishing, 2013. (In Russ.).
5. *Березанцев А.Ю. Нейробиологические и психосоциальные аспекты гендерных различий в клинических проявлениях и течении шизофрении. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017;9(4):77–81.*
   Berezancev AYu. Gender differences in the clinical manifestations and course of schizophrenia: neurobiological and psychosocial aspects. Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika. 2017;9(4):77-81. (In Russ.).
6. *Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. 2-е изд., испр. и доп. М.: Моск. психол.-соц. ин-т. Воронеж: МОДЭК. 2006.*
   Blejher VM, Kruk IV, Bokov SN. Klinicheskaja patopsihologija: Rukovodstvo dlja vrachej i klinicheskih psihologov. 2-e izd., ispr. i dop. M.: Mosk. psihol.-soc. in-t; Voronezh: MODEK, 2006. (In Russ.).
7. *Вильянов В.Б. Гендерный фактор и эффективность современных антипсихотиков при лечении больных шизофренией. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2004;(2):37-41.*
   Vil›janov VB. Gender factor and effectiveness of modern antipsychotics in the treatment of patients with schizophrenia. Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. 2004;(2):37-41. (In Russ.).
8. *Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. СПб.: Гиппократ+, 2004.*
   Kocyubinskij A.P., Skorik A.I., Aksenova I.O. i dr. Shizofreniya: uyazvimost› — diatez — stress — zabolevanie. SPb.: Gippokrat+, 2004. (In Russ.).
9. *Кудряшова В.Ю, Лутова Н.Б. Саморегуляция поведения как один из адаптационно-компенсаторных механизмов психики у больных параноидной шизофренией. Сообщение 2. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им В.М. Бехтерева. 2019;2-4:60-67.*
   Kudrjashova VYu, Lutova NB. Self-regulation of behavior as one of the adaptation-compensatory mechanisms of the psyche in patients with paranoid schizophrenia. Article 2. Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im V.M. Behtereva. 2019;2-4:60-67. (In Russ.).
10. *Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний. Вопросы психологии. 1967;6:118-129.*
    Levitov ND. Frustration as one of the types of mental states. Voprosy psihologii. 1967;6:118-129. (In Russ.).
11. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10. ВОЗ; Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Адис. 1994.*
    Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr). Klassifikacija psihicheskih i povedencheskih rasstrojstv: MKB-10. VOZ; Per. pod red. Yu.L. Nullera, S.Yu. Cirkina. Spb.: Adis. 1994. (In Russ.).
12. *Рассказова Е.И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? Теоретическая и экспериментальная психология. 2014; 7(1):43–56.*
    Rasskazova YeI. The concept of self-regulation in the psychology of health: a new approach or scope? Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya. 2014;7(1):43-56. (In Russ.).
13. *Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации. Под редакцией Б.Д. Карвасарского. Л.: ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева. 1984.*
    Tarabrina N.V. Ehksperimental'no-psihologicheskaja metodika izuchenija frustracionnyh reakcij: Metodicheskie rekomendacii. Pod redakciej B.D. Karvasarskogo. L.: LNIPNI im. V.M. Behtereva. 1984. (In Russ.).

14. *Тюрина Н.В. Понятие адаптации в современной психологии. Вестник АГТУ. 2007;5(40):152-157.*
Tyurina NV. The concept of adaptationin modern psychology. Vestnik AGTU. 2007;5(40):152-157. (In Russ.).
15. *Шумаков В.М., Дегтярев В.А. Проблемы личностной диагностики больных шизофренией в комплексном решении задач социальной реабилитации и профилактики опасных действий. Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. Л.: ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева. 1985.*
Shumakov V.M., Degtjarev V.A. Problemy lichnostnoj diagnostiki bol'nyh shizofreniej v kompleksnom reshenii zadach social'noj reabilitacii i profilaktiki opasnyh dejstvij. Psihologicheskaja diagnostika pri nervno-psihicheskih i psihosomaticheskih zabolevanijah. L.: LNIPNI im. V.M. Behtereva. 1985. (In Russ.).
16. *Baron M, Rich N. The spectrum concept of schizophrenia: evidence for a genetic environmental continuum. J. Psychiat. Research. 1987;21(2):257-269.*
17. *Baumeister RF, DeWall CN, Ciarocco NJ, Twenge JM, Pers J. Social exclusion impairs self-regulation. Journal of Personality and Social Psychology. 2005;88(4):589-604. https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.4.589.*
18. *Casey BJ, Somerville LH, Gotlib IH, Ayduk O, Franklin NT, Askren MK et al. Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2011;108(36):14998-15003. https://doi.org/https://doi.org/10.1073/pnas.1108561108.*
19. *Green MF. Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet? Am J Psychiatry. 1993;150(2):178-87.*
20. *Hagger MS, Wood C, Stiff C, Chatzisarantis NL.Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. Psychological Bulletin. 2010;136(4):495-525. https://doi.org/:10.1037/a0019486.*
21. *Heatherton TF, Wagner DD. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. Trends in Cognitive Sciences. 2011;15(3):132-139. https://doi.org/:10.1016/j.tics.2010.12.005.*
22. *Inzlicht M, Schmeichel BJ, Macrae CN. Why self-control seems (but may not be) limited. Trends in Cognitive Sciences. 2014;18(3):127-133. https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.12.009.*
23. *Rosenzweig S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. J. Personality. 1945;14(5):3-23.*
24. *William MK, Dylan DW, Heatherton TF. In Search of a Human Self-Regulation System. Annual Review of Psychology. 2015;38:389-411. https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071013-014243*

Сведения об авторах

Алексеев Борис Егорович — д.м.н., профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ России. Санкт-Петербург, E-mail: rectorat@szgmu.ru

Щелкова Ольга Юрьевна — д.пс.н., профессор, заведующая кафедрой медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО СПбГУ. Старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ России. E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Поступила 10.08.2022
Received 10.08.2022
Принята в печать 10.11.2022
Accepted 10.11.2022
Дата публикации 30.03.2023
Date of publication 30.03.2023