

КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ И ЕГО ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ

Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза, М. В. Горбунова, Е. М. Крюкова,
Ю. А. Кустова, С. В. Моисеев

*ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»,
Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1*

В настоящее время происходит изменение парадигмы оказания психиатрической помощи с переходом от биологической к биопсихосоциальной модели и осуществлением ее бригадой специалистов (1, 2, 7, 9, 19, 22). Это способствует тому, что психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация получают все более широкое распространение и всеобщее признание, становясь реальной и необходимой составляющей оказания помощи психически больным. Психообразование считается едва ли не наиболее значимым видом психосоциального вмешательства в многогранной системе психосоциальной реабилитации больных шизофренией и их родственников. Несмотря на это, для нашей страны опыт проведения психообразовательной работы является довольно новым и недостаточно распространенным (1, 5, 6, 8, 11, 17). Кроме того, недостаточно исследований, посвященных изучению основных механизмов адаптации, в частности, совладания у больных шизофренией, особенно у пациентов с первым психотическим эпизодом (ППЭ). Имеющиеся сведения носят отрывочный характер, а копинг-механизмы чаще всего рассматриваются в отрыве от конкретных видов психосоциального воздействия (3, 4, 10, 14, 15). Это относится, в частности, и к психообразованию, которое представляет собой поэтапно осуществляемую систему психотерапевтических воздействий, направленных как на информирование пациента и его родственников о психическом расстройстве, так и на обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания.

По мнению ряда исследователей (12, 13, 16, 18), сознательное совладание со стрессом (копинг) является важным фактором, влияющим на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания и предотвращение рецидивов. Авторы указывают на то, что у пациентов отмечается дефицит навыков социального и проблемно-решающего поведения,

значительно снижающий их способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями (3, 20, 21, 23). Кроме того, многие исследователи отмечают использование больными неадекватных способов достижения целей, вследствие чего пациенты чаще прибегают к неадаптивным вариантам копинг-поведения (7–10, 18).

В проведенных исследованиях копинг-механизмов, стратегий у больных шизофренией отсутствуют сведения об их динамике в процессе отдельных видов психосоциального вмешательства. Такая оценка динамики совладающего поведения позволит осуществлять более фокусированное влияние различных методов психосоциальной терапии. Это обусловило в рамках проведенного исследования задачу определения динамики копинг-механизмов в процессе психообразовательной работы у больных шизофренией с ППЭ.

Цель исследования: определить особенности механизмов копинг-поведения, их динамику у больных шизофренией и шизофреноформными расстройствами с ППЭ в процессе психообразования, а также взаимосвязь копинг-поведения с клиническими проявлениями заболевания.

Материал и методы исследования

Работа проводилась на базе отделения первого психотического эпизода, отделения неврозов и психотерапии Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 (главный врач Г.Б.Прусс). В исследование было включено 94 человека.

Основную группу составили 37 пациентов от 20 до 38 лет (средний возраст 28,7 лет) с первым психотическим эпизодом шизофрении и шизофреноформными расстройствами (F2), в их числе 17 мужчин (45,9%) и 20 женщин (54,1%). У 25 пациентов (67%) была диагностирована параноидная шизофрения (F20.0), у 2 (5%) – кататоническая (F20.2), у 1 (3%) – недифференцированная, у 1 (3%) – простая шизо-

френия (F20.6), у 1 (3%) – острое шизофреноформное психотическое расстройство (F23.2), у 7 пациентов (19%) диагностировано шизоаффективное расстройство (F 25) маниакального (5%), депрессивного (3%) и смешанного (11%) типов.

Для выявления особенностей копинг-поведения у больных шизофренией с ППЭ использовались одна группа сравнения и одна контрольная группа. В состав группы сравнения вошло 37 пациентов от 20 до 39 лет (средний возраст 29,4 лет) с невротическим расстройством, в их числе 18 мужчин (48,6%) и 19 женщин (51,4%). Группа контроля включала 20 здоровых людей (медперсонал клиники) от 21 до 39 лет (средний возраст 29 лет), в их числе 9 мужчин (45%) и 11 женщин (55%). По половому и возрастному составу группы были сопоставимы.

Применялись клиничко-психопатологический метод с использованием симптоматического опросника SCL-90-R, экспериментально-психологический метод (изучение копинг-поведения модифицированной методикой Хейма с введением шкальной оценки копинга в трех сферах – когнитивной, поведенческой, эмоциональной), статистический метод (t-критерий Стьюдента, направленный на оценку различий в средних, полученных в двух независимых выборках, по уровню изучаемого признака; коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена, направленный на выявление степени согласованности изменений, то есть характера корреляционной связи между двумя признаками, измеренными в одной и той же группе испытуемых; ϕ^* – критерий (угловое преобразование Фишера) для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта; t-критерий Вилкоксона, применяемый для сопоставления показателей, измеренных в разных условиях на одной и той же выборке испытуемых).

Пациенты с ППЭ шизофрении трижды проходили тестовую оценку психопатологических проявлений заболевания и копинг-механизмов: до, в ходе и по завершении психообразовательной программы, которая включала информационный модуль и групповой тренинг когнитивных и социальных навыков.

Информационный модуль психообразовательной программы проводился в закрытых группах с числом участников от 8 до 10 человек, двумя ведущими – врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом. Роли ведущих были четко структурированы: содержательную часть обучающей программы, которая являлась основным компонентом цикла, брал на себя врач-психиатр, а врач-психотерапевт следил за соблюдением правил группы, поддерживал атмосферу эмпатии, эмоциональной безопасности. Участникам на протяжении 8 занятий продолжительностью 60 минут каждое, проводимых ежедневно (кроме выходных), предоставлялась информация не только о болезни, ее причинах, течении, прогнозе, симптомах, роли медикаментозной терапии и побочных действиях препаратов с формированием установки на продолжение поддерживающего лечения и наблюдения, но и обсуждались

вопросы стигматизации и самостигматизации, правовые аспекты оказания психиатрической помощи.

Информация, которую предлагали ведущие, всегда была ясна, однозначна, непротиворечива и представлялась небольшими частями. Занятия имели высокую степень структурированности как по содержанию, так и по форме их проведения. На первом занятии больные знакомились с тематической направленностью обучающей программы, правилами группы; тогда же социальным работником под контролем клинического психолога отделения проводилось тестирование «на входе» в психообразовательную программу. Занятия проходили в интерактивной форме с интеграцией приемов групповой психотерапии. Основным методическим приемом являлась стимуляция участников к ответной реакции на предоставленную информацию. Стиль занятий был директивным, но доброжелательным с уважительным отношением к участникам, их чувствам, поступкам, переживаниям, замечаниям, если они имели место.

После завершения информационного модуля психообразовательной программы пациенты проходили повторное тестирование и включались в групповой тренинг когнитивных и социальных навыков (ТКСН), направленный на формирование, генерализацию и сохранение навыков адекватного социального поведения с акцентом на восстановление произвольной регуляции психических функций, оптимизацию когнитивной деятельности. Тренинг осуществлялся врачом-психотерапевтом и клиническим психологом отделения по методике, разработанной лабораторией клинической психологии и психотерапии (руководитель А.Б.Холмогорова) совместно с отделом внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии (руководитель И.Я.Гурович).

Дифференцированный подход к включению пациента в группу осуществлялся путем обсуждения его состояния на собрании многопрофильной бригады специалистов – психиатра, психотерапевта, клинического психолога, социального работника, после психологического тестирования по основным функциям и способностям, на развитие которых в последующем будет направлен тренинг. Необходимыми принципами отбора в группу были осознание пациентом (даже частичное) своих психопатологических проявлений и наличие мотивации (пусть незначительной) на их преодоление.

Тренинг проводился в форме закрытой группы в количестве 8–12 пациентов, продолжительностью 15 сессий по 60 минут 5 раз в неделю. Кроме, как уже указывалось, четкой структурированности занятий, жестко соблюдались их временные рамки, задания давались предельно ясно, дозировались эмоциональная и информационная нагрузки, обязательно обсуждались трудности и достижения пациентов, полезность участия пациентов в данном тренинге. В группе поддерживалась доброжелательная атмосфера, поощрялась активность только с положительной обратной связью.

Тренинг продолжался и в режиме дневного стационара, на который пациенты переводились после купирования острой психотической симптоматики, примерно через 3 недели после начала активного лечения.

При завершении ТКСН пациенты проходили тестирование «на выходе» из психообразовательной программы, что позволило проследить динамику копинг-поведения.

Результаты

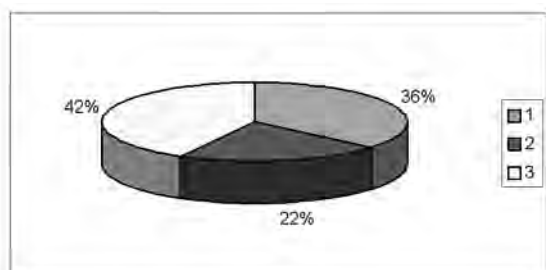
Сравнительные данные частоты выборов конструктивных, относительно конструктивных, неконструктивных вариантов копинг-поведения в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах основной группы, контрольной группы и группы сравнения представлены на рис. 1–3.

У больных шизофренией и шизофреноформными расстройствами с ППЭ выявлен широкий спектр вариантов совладания, используемых ими в поведенческой сфере – от активных (конструктивных – дефензивная роль), до пассивных (неконструктивных – патопротекторная роль), не способствующих адаптации.

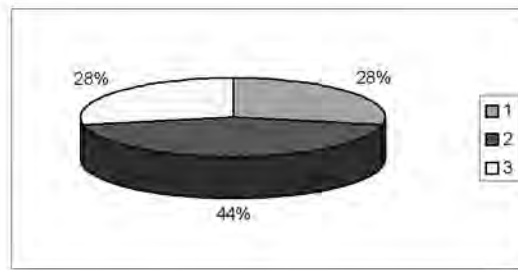
Обследованные больные с ППЭ в поведенческой сфере (рис. 1), при сопоставлении с группами сравнения и контрольной, достоверно реже использовали конструктивные варианты копинга (F2 – 36%, F4 – 65%, здоровые – 75%; $p < 0,001$), в частности такую его разновидность как «обращение» ($p = 0,04$) – адаптивное поведение личности, при котором происходит поиск поддержки в ближайшем социальном окружении для преодоления трудностей.

Как следует из представленных диаграмм, больные шизофренией чаще выбирали неконструктивное, усугубляющее дезадаптацию копинг-поведение (42%), в отличие от пациентов с невротическими расстройствами (24%; $p = 0,04$) и здоровых людей (10%; $p = 0,01$), отдавая предпочтение «активному избеганию», которое представляет собой дезадаптивное поведение, предполагающее изоляцию от окружающих, избегание совместной деятельности в преодолении возникающих трудностей (31%; $p = 0,04$).

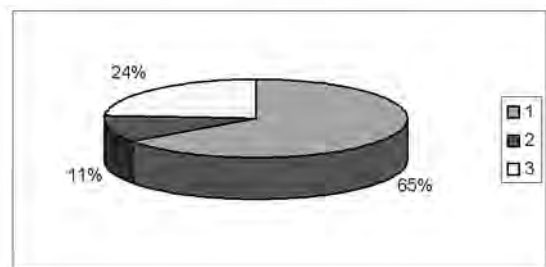
Как следует из представленных диаграмм, больные шизофренией чаще выбирали неконструктивное, усугубляющее дезадаптацию копинг-поведение (42%), в отличие от пациентов с невротическими расстройствами (24%; $p = 0,04$) и здоровых людей (10%; $p = 0,01$), отдавая предпочтение «активному избеганию», которое представляет собой дезадаптивное поведение, предполагающее изоляцию от окружающих, избегание совместной деятельности в преодолении возникающих трудностей (31%; $p = 0,04$).



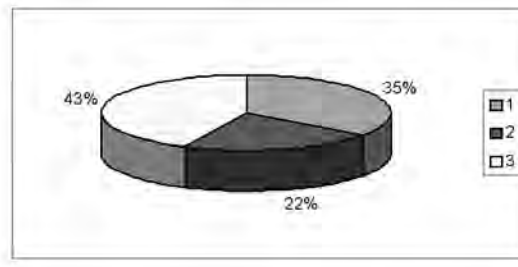
Основная группа (F2)



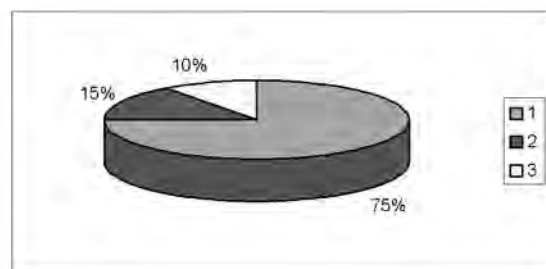
Основная группа (F2)



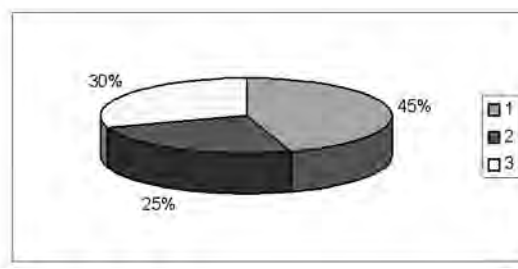
Группа сравнения (F4)



Группа сравнения (F4)



Группа контроля (здоровые)



Группа контроля (здоровые)

Рис. 1. Варианты копинг-механизмов у сравниваемых групп больных и здоровых в поведенческой сфере

Примечания: 1 – конструктивные варианты («альтруизм», «обращение», «сотрудничество»); 2 – относительно конструктивные варианты («компенсация», «отвлечение», «конструктивная активность»); 3 – неконструктивные варианты («активное избегание», «отступление»).

Рис. 2. Варианты копинг-механизмов у сравниваемых групп больных и здоровых в когнитивной сфере

Примечания: 1 – конструктивные варианты («сохранение самообладания», «проблемный анализ», «установка собственной ценности»); 2 – относительно конструктивные варианты («относительность», «придание смысла», «религиозность»); 3 – неконструктивные варианты («игнорирование», «смирение», «диссимуляция», «растерянность»).

Выборки рассматриваемых групп по частоте применения ими относительно конструктивных вариантов копинга в поведенческой сфере в целом достоверно не отличались. Тем не менее, при качественном анализе видно, что больные шизофренией чаще выбирают «отвлечение» (17%; $p=0,04$) – погружение в какое-либо привычное (относительно автоматизированное) дело при столкновении с проблемой, чем пациенты с невротическими расстройствами (3%).

В когнитивной сфере также не было выявлено достоверных отличий групп по частоте применения ими адаптивных и неадаптивных поведенческих стратегий совладания со стрессом (рис. 2).

Можно отметить отдельные тенденции предпочтения выбора копингов в различных группах обследуемых. Так, больные с ППЭ в 2,4 раза реже (17%), чем здоровые люди (40%) использовали такой конструктивный вариант копинга как «проблемный анализ» ($p=0,04$) – адаптивную форму продуктивной деятельности, направленную на анализ возникших трудностей и поиск возможных путей выхода из них. Такой неконструктивный копинг-механизм

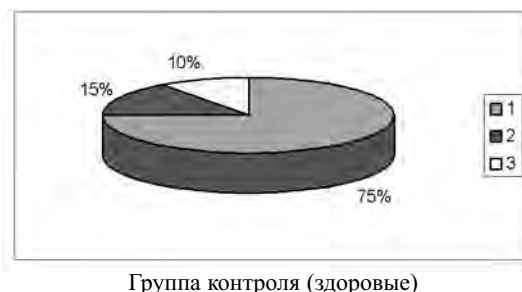
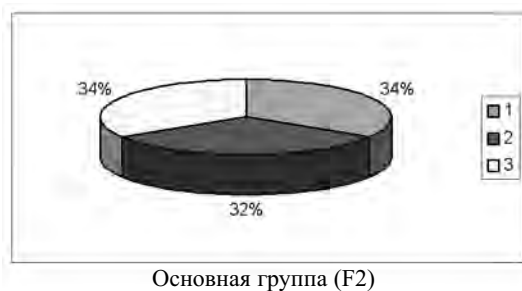


Рис. 3. Варианты копинг-механизмов у сравниваемых групп больных и здоровых в эмоциональной сфере

Примечания: 1 – конструктивные варианты («протест», «оптимизм»); 2 – относительно конструктивные варианты («эмоциональная разгрузка», «пассивная кооперация»); 3 – неконструктивные варианты («подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность»).

как «растерянность» – невозможность выбора пути преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы – встречался у больных шизофренией в 4 раза реже (5,5%) ($p=0,04$), чем у людей с невротическими расстройствами (22%), что приближает их к группе здоровых испытуемых (5%) и является на первый взгляд несколько неожиданным, но объяснимым фактом.

Относительно конструктивное копинг-поведение реализуется больными шизофренией (44%; $p=0,02$) в 2 раза чаще, чем пациентами с невротическими расстройствами (22%). Из вариантов относительно адаптивных копингов больные шизофренией довольно часто (19%; $p=0,04$) выбирают «придание смысла» (придают особый смысл, возможно патологический, бредовый, преодоление своих трудностей), который здоровые испытуемые в своем поведении не реализуют (0%).

В эмоциональной сфере были отмечены следующие тенденции предпочтения выбора копингов (рис. 3): больные шизофренией при сопоставлении с группой здоровых испытуемых реже используют конструктивные варианты копинга (34% и 75% соответственно; $p<0,001$). При этом и те, и другие отдают предпочтение «оптимизму». Однако частота выбора этого варианта в основной группе (28%) ниже, чем в сравнительной (65%; $p<0,001$).

По частоте выбора неконструктивных вариантов копинг-поведения основная группа и группа сравнения достоверно отличаются от здоровых ($p=0,04$). При этом из всего спектра неконструктивных копингов в эмоциональной сфере больные шизофренией отдают предпочтение «подавлению эмоций» (20%), что скорее всего отражает их сниженную способность к эмоциональной экспрессии.

Анализ полученных данных позволяет судить о наличии достоверной корреляционной связи копинг-механизмов с актуальным симптоматическим статусом больных шизофренией и шизофреноформными расстройствами с первым психотическим эпизодом.

В поведенческой сфере была установлена достоверная умеренная положительная корреляционная связь между неадаптивной копинг-стратегией «активного избегания» и соматизированным SOM ($r_s=0,35$; $p=0,03$) (рис. 4), психотическим PSY ($r_s=0,35$; $p=0,03$) (рис. 5) симптомокомплексами.

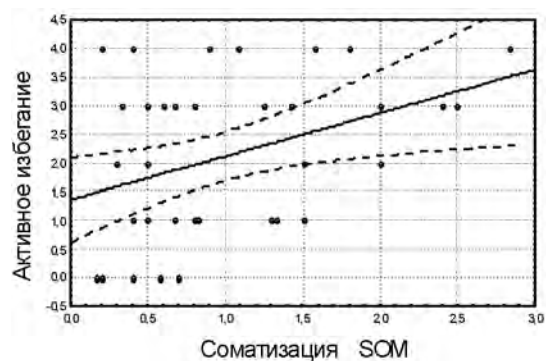


Рис. 4. Связь между «активным избеганием» и «соматизацией»

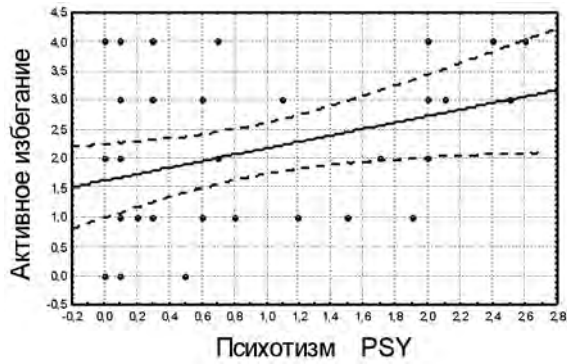


Рис. 5. Связь между «активным избеганием» и «психотизмом»

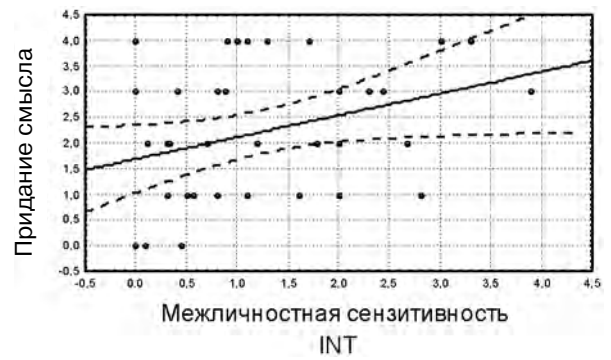


Рис. 9. Связь между приданием смысла и «межличностной чувствительностью»

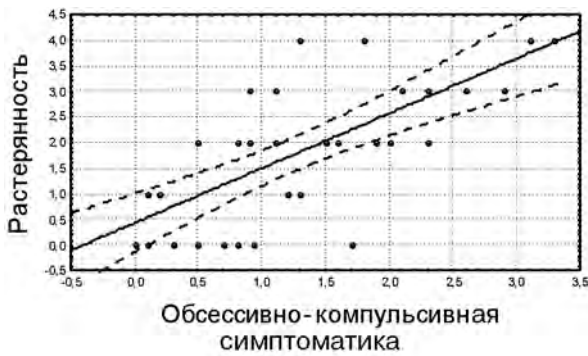


Рис. 6. Связь между «растрянностью» и обсессивно-компульсивной симптоматикой

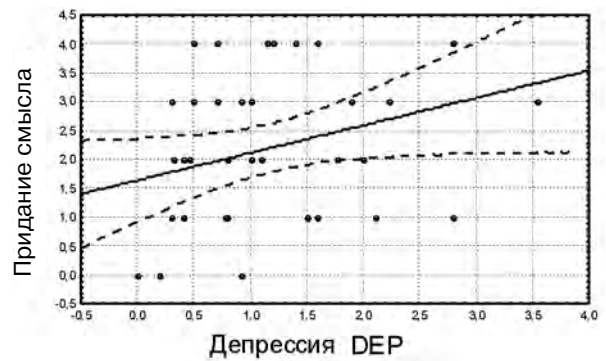


Рис. 10. Связь «между приданием смысла» и депрессией

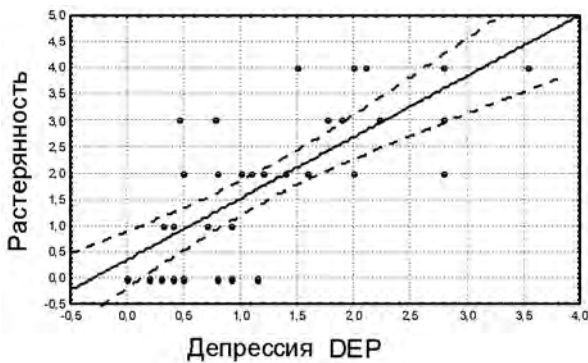


Рис. 7. Связь между «растрянностью» и депрессией

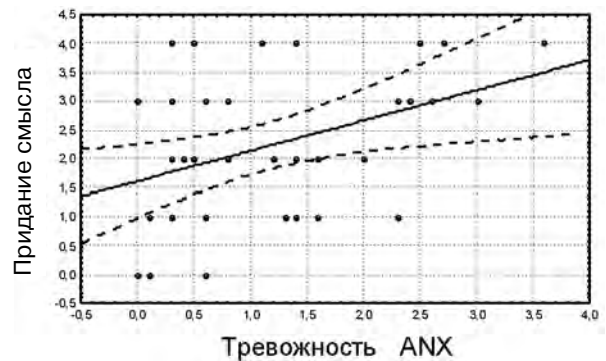


Рис. 11. Связь «между приданием смысла» и тревогой

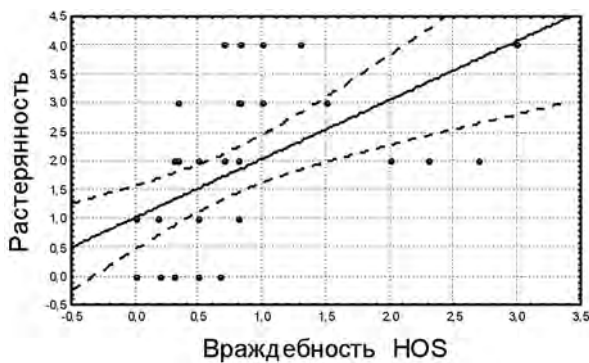


Рис. 8. Связь между «растрянностью» и «враждебностью»

В когнитивной сфере установлена достоверная тесная положительная корреляционная связь между неадаптивной копинг-стратегией «растрянность» и «обсессивностью-компульсивностью» О-С ($r_s=0,71$; $p=0,00$) (рис. 6), «депрессией» DEP ($r_s=0,75$; $p=0,00$) (рис.7), «враждебностью» NOS ($r_s=0,73$; $p=0,00$) (рис. 8).

«Придание смысла» как относительно адаптивный копинг-механизм имеет значимую положительную корреляционную связь с «межличностной чувствительностью» INT ($r_s=0,33$; $p=0,04$) (рис. 9), «депрессией» DEP ($r_s=0,34$; $p=0,04$) (рис. 10), «тревожностью» ANX ($r_s=0,34$; $p=0,04$) (рис.11), «паранойальностью» PAR ($r_s=0,45$; $p=0,01$) (рис. 12).

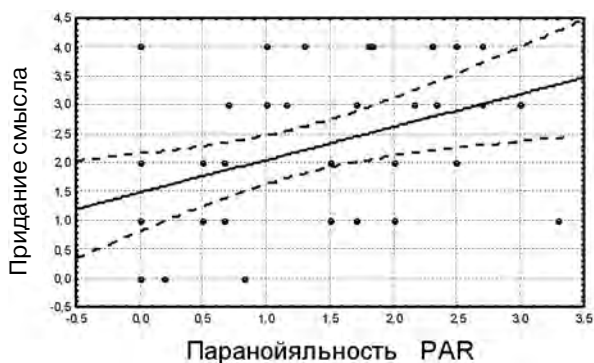


Рис. 12. Связь «между приданием смысла» и паранойальностью

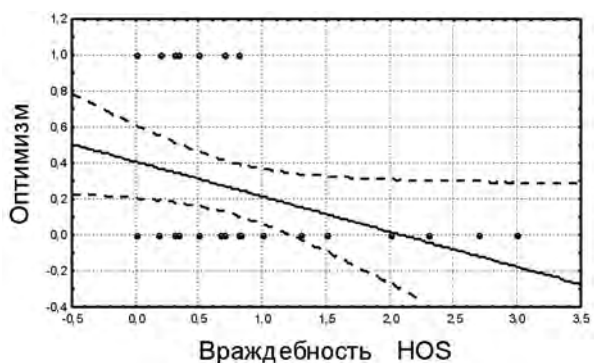


Рис. 13. Связь между «оптимизмом» и «враждебностью»

В эмоциональной сфере установлена значимая умеренная по силе отрицательная корреляция между адаптивным копингом «оптимизм» и «враждебностью» HOS ($r_s=0,34$; $p=0,04$) (рис.13).

После прохождения больными шизофренией с первым психотическим эпизодом информационного модуля психообразовательной программы в поведенческой сфере происходило уменьшение случаев обращения пациентов к неконструктивным и относительно адаптивным копинг-механизмам.

Из ряда неконструктивных копингов больные реже использовали «активное избегание» и «отступление» – дезадаптивное поведение, предполагающее пассивность, уединение, покой, изоляцию, стремление уйти от активных межличностных контактов, отказ от решения проблем ($T=108,5$ при $p=0,03$).

В своем поведении испытуемые начинали меньше прибегать к такому относительно конструктивному механизму совладания как «отвлечение» – стремление к временному отходу от решения проблем путем погружения в наиболее доступную, привычную, с малой результативностью деятельность ($T=42,5$ при $p=0,02$).

В когнитивной сфере также происходило снижение частоты выбора относительно адаптивных вариантов копинг-поведения ($T=132$ при $p=0,02$): больные реже придавали особый смысл преодолению своих трудностей ($T=47,5$ при $p=0,03$), становились менее религиозными при столкновении со сложными жизненными проблемами ($T=35$ при $p=0,05$).

Среди копинг-механизмов в эмоциональной сфере у больных с ППЭ, хотя и не выявлялся значимый сдвиг, тем не менее, отмечались отдельные изменения эмоционального реагирования. Реже обнаруживалось эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям в сложных ситуациях. Учитывая то, что протест, являющийся конструктивным способом совладания у здоровых людей, оказывается крайне дезадаптивным для больных шизофренией в силу частой неадекватности его мотива реальной ситуации и несоответствия его интенсивности силе раздражителя, можно судить о позитивных изменениях, способствующих улучшению социального функционирования пациентов. Кроме того, испытуемые реже передавали ответственность по разрешению трудностей другим лицам, что проявлялось в уменьшении частоты использования относительно конструктивного копинга «пассивная компенсация».

По завершении тренинга когнитивных и социальных навыков отмечалось увеличение случаев адаптивных копинг-механизмов в когнитивной сфере: больные чаще использовали «проблемный анализ» ($T=25$ при $p=0,01$) – форму поведения, направленную на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них. Сохранялась отмеченная ранее на этапе информационного модуля, тенденция к снижению относительно конструктивных копингов «религиозность» – в когнитивной и «пассивная компенсация» – в эмоциональной сферах, что видно при качественном рассмотрении полученных данных.

Обсуждение результатов исследования

У больных шизофренией с первым психотическим эпизодом выявлен достаточно широкий спектр использования различных вариантов копинг-поведения в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, что указывает на имеющиеся у них относительные возможности к адаптации. При этом наибольшие различия по использованию копингами с первым психотическим эпизодом неконструктивных вариантов копинга, в сравнении со здоровыми людьми и группой больных неврозом, установлены в поведенческой сфере, которая оказалась наиболее уязвимой по использованию конструктивных механизмов совладания со стрессом. Из вариантов неконструктивных копингов больные шизофренией отдают предпочтение «активному избеганию», которое положительно коррелирует с психотическим и соматизированным симптомокомплексами в клинической картине заболевания. Довольно часто пациенты с первым психотическим эпизодом в своем поведении используют относительно адаптивный механизм совладания «отвлечение», хотя и с малой результативностью деятельности. К конструктивному копингу «обращение» больные шизофренией прибегают достоверно реже, чем больные неврозами и здоровые лица. В связи с

этим целесообразным является применение в ходе психосоциальных мероприятий приемов и методов, направленных на развитие у больных адаптивных и снижение неадаптивных и относительно адаптивных вариантов копинг-стратегий, в первую очередь в поведенческой сфере.

В когнитивной и эмоциональной сферах наблюдается несколько иная картина. Больные шизофренией на инициальной стадии заболевания по частоте применения когнитивных копинг-стратегий в целом достоверно не отличаются от здоровых людей. Применяемый в рамках психообразовательной программы тренинг когнитивных и социальных навыков дает возможность коррекции на относительно ранних этапах болезни нейрокогнитивного дефицита, который играет ведущую роль в снижении социального функционирования больных. При качественном анализе результатов видно, что пациенты с первым психотическим эпизодом достоверно реже прибегают к «проблемному анализу» как адаптивному варианту копинга. Довольно часто больные шизофренией используют относительно конструктивный копинг-механизм «придание смысла», который положительно коррелирует с межличностной сензитивностью, депрессией, тревожностью, паранойальностью в клинической картине заболевания. Установлено, что больные при первом психотическом эпизоде испытывают гораздо меньшую растерянность, оказавшись в стрессовой ситуации, чем люди с невротическими расстройствами. Было отмечено усиление растерянности у больных шизофренией с невротоподобной симптоматикой при выраженных навязчивых мыслях и действиях в случаях депрессивных состояний (депрессия с обсессивно-компульсивными проявлениями).

В эмоциональной сфере больные с ППЭ, уступая по частоте применения конструктивных копингов здоровым, тем не менее достоверно не отличаются от лиц с невротическими расстройствами. Больные шизофренией достоверно реже, чем здоровые, используют адаптивный вариант копинга «оптимизм». Отмечено, что уверенность пациентов в наличии выхода в любой, даже самой сложной ситуации, увеличивается параллельно с купированием таких проявлений заболевания как раздражительность, агрессия, гнев, негодование. Также было установлено, что больные шизофренией на инициальной стадии заболевания прибегают к неадаптивным механизмам совладания со стрессом не чаще, чем пациенты с неврозом, но реже чем здоровые люди. Из всего спектра неконструктивных копингов в эмоциональной сфере больные шизофренией отдают предпочтение «подавлению эмоций» в себе.

Таким образом, у больных с ППЭ шизофрении и шизофреноформными расстройствами выделены копинг-«мишени» психосоциального воздействия. Очевидна направленность формирования в ходе реабилитационных мероприятий таких адаптивных копингов, как «обращение» – поиск поддержки в бли-

жайшем социальном окружении, «проблемный анализ» – анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, «оптимизм». Приемы и методы психосоциальной работы должны обуславливать снижение частоты использования в поведении больных шизофренией неадаптивных («активное избегание», «подавление эмоций») и относительно неконструктивных («отвлечение», «придание смысла») вариантов совладания со стрессом. При проведении психосоциальной реабилитации следует также уделять внимание поддержанию на адаптивном уровне сохранных, еще не подвергшихся влиянию болезни конструктивных вариантов копинг-поведения.

Такой дифференцированный подход с учетом полученных в ходе исследования механизмов совладания со стрессом результатов, позволил эффективно провести цикл психообразовательных мероприятий с позитивными изменениями этих механизмов в поведенческой, эмоциональной и, особенно, в когнитивной сферах. Снизилась частота использования неконструктивных («активное избегание», «отступление», «протест») и относительно конструктивных («отвлечение», «религиозность», «придача смысла») копингов. Больные шизофренией стали больше использовать адаптивный механизм совладания «проблемный анализ».

Заключение

Значение копинг-поведения представляется важным как для психодиагностической работы, так и для выявления «мишеней» психосоциального воздействия. Одним из способов формирования адаптивных механизмов совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания, является психообразование, которое на сегодняшний день представляет собой неотъемлемый компонент психосоциальной терапии. Поведенческая сфера является наиболее показательной по частоте применения неконструктивных вариантов копинга в условиях болезни. Она же оказалась и наиболее уязвимой по использованию конструктивных механизмов совладания со стрессом в дебюте заболевания. Копинг-поведение больных обнаруживает тесную связь с психопатологическими проявлениями заболевания. В частности, наиболее показательной является достоверная тесная положительная корреляционная связь между «растерянностью» и «обсессивностью-компульсивностью», «депрессией», «враждебностью». В ходе психообразовательной программы отмечены позитивные изменения: неконструктивные механизмы совладания со стрессом реализуются в поведении больных шизофренией с ППЭ реже, увеличилась частота использования адаптивных копингов. Рассмотрение копинг-поведения в процессе психообразовательной работы способствует оптимизации данного вида психосоциальной реабилитации у больных шизофренией и шизофреноформными расстройствами с первым психотическим эпизодом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабин С.М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных. Дисс. ... докт. мед. наук. – СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2006. – 526 с.
2. Будза В.Г., Отмахов А.П., Прусс Г.Б. Отделение первого психотического эпизода – новая форма организации психиатрической помощи больным шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 58–62.
3. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. – СПб.: «Питер», 2001. – 432 с.
4. Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Магомедова М.В. и соавт. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. – М.: Медпрактика-М, 2002. – С. 98–108.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
6. Еричев А.Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 3. – С. 43–47.
7. Ибриегит М.О. Социальная компетентность при шизофрении: обзор современных теоретико-методологических подходов // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1996. – Вып. 1. – С. 24–31.
8. Ибриегит М.О. Исследование социальной компетентности больных шизофренией в процессе психотерапии. Дисс. ... канд. психол. наук. – СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1997. – 205 с.
9. Исаева Е.Р., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и соавт. Исследование копинг-поведения у больных малопрогрессирующей шизофренией и неврозами // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1995. – Вып. 3–4. – С. 98–101.
10. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией. Дисс. ... канд. психол. наук. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. – 147 с.
11. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Зуйкова Н.В. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами. Пособие для врачей. – СПб., 2004. – 26 с.
12. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
13. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 103–107.
14. Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных шизофренией с частыми госпитализациями // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 99–103.
15. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 48–55.
16. Молчанова Е., Авдошина Т. Вторичная выгода от болезни и механизмы психологической защиты у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 33–37.
17. Семенова Н.Д. Исследования в области групповых социальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 3. – С. 96–100.
18. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. – М., 2001. – 213 с.
19. Addington J., Young J., Addington D. Social outcome in early psychosis // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33. – P. 1119–1124.
20. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia: Specific Topics. – 2001. – Vol. 3, N 2. – P. 136–137.
21. Cullberg J. First-episode schizophrenia // Schizophr. Rev. – 2000. – Vol. 7, N 1. – P. 21–22.
22. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 2000. – Vol. 26, N 1. – P. 5–20.
23. Thompson K.N., McGorry P.D., Harrigan S.M. Recovery style and outcome in first-episode psychosis // Schizophr. Res. – 2003. – Vol. 62. – P. 31–36.

COPING BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE AND COPING DYNAMICS IN THE COURSE OF PSYCHOEDUCATION

E. Yu. Antokhin, V. G. Budza, M. V. Gorbunova, E. M. Kryukova, Yu. A. Kustova, S. V. Moiseyev

The authors have investigated the coping skills and the changes produced by psychoeducation in 37 patients with schizophrenia and schizopreniform disorders with the first psychotic episode, in 37 patients with neurotic disorders and in 20 healthy individuals. Ineffective coping behaviors have been found to prevail significantly in the schizophrenia group. Researchers report close association between coping

behaviors and psychopathological characteristics of the disorder, and positive correlation between 'confusion' and obsessive-compulsive features, between 'depression' and 'hostility'. Positive changes seem to occur in the course of psychoeducation program: the patients less frequently use ineffective coping strategies and learn to use adaptive coping skills.