

Клиническая (медицинская) психология

УДК 159.923 + 616.895.8
ББК Ю974.55 + Ю932.30

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМИ ПРИСТУПАМИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

А.В. Ханько

С целью изучения специфики адаптации к болезни у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении обследованы 160 мужчин и женщин с разной длительностью заболевания. Показано, что для пациентов с параноидной шизофренией характерно три основных варианта адаптации к болезни, актуализирующихся у мужчин и женщин на разных сроках заболевания. «Преодолевающий» вариант характеризуется реалистичной оценкой заболевания и позитивной Я-концепцией, «избегающий» – выраженной растерянностью перед болезнью и негативной Я-концепцией, а «пассивный» – формальным соблюдением врачебных предписаний, приспособлением к условиям среды. Для пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении характерен «преодолевающий» вариант адаптации, который сочетается у мужчин с «избегающим», а у женщин – с «пассивным» вариантом. Большинство мужчин с длительным течением шизофрении используют «пассивный», а женщин – «избегающий» вариант.

Ключевые слова: первые приступы параноидной шизофрении, специфика адаптации к болезни, гендерные особенности.

В настоящее время для медицинской психологии представляется перспективным изучение роли адаптационного потенциала личности в развитии и течении психической патологии, в частности, исследовании механизмов регуляции поведения в условиях начинающейся болезни (Былим, 2009; Исаева, 2010).

Первый психотический эпизод шизофрении является серьезным биологическим, психологическим и социальным стрессом (Абрамова, 2010; Fusar-Poli, 2013; Jackson, 2009), преодоление которого лежит в основе благоприятного прогноза (Осипова, 2009; Alvarez-Jimenez, 2011; Bechdolf, 2012) и зависит от характеристик психической адаптации (Исаева, 2009, Методика для психологической диагностики..., 2009; Функциональный диагноз..., 2011). На психическую адаптацию больных с первыми приступами шизофрении оказывают влияние биологические, психологические и социальные факторы, включающие в себя особенности эндогенного процесса, специфику личности пациента и его социальной среды (Старичков, 2009). В зависимости от комплекса этих переменных возможны различные варианты адаптации к болезни,

которые реализуются в соответствующих формах поведения и могут как способствовать, так и препятствовать благоприятному течению заболевания (Елисеев, 2003).

Несмотря на то, что на сегодняшний день имеется значительное число медико-психологических исследований в психиатрической клинике, раскрывающих психологические характеристики больных шизофренией, недостаточно изученными остаются проблемы адаптации к дистрессу первого психотического эпизода и оценки личностного потенциала по преодолению фрустрирующего влияния первых приступов этой болезни при этом не исключается вероятность гендерных различий такого рода адаптации, требующей своего системного исследования и анализа (Антонова, 2013).

Целью исследования было изучение вариантов адаптации к болезни у пациентов разного пола, перенесших первый приступ параноидной шизофрении.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 160 больных параноидной шизофренией, находящихся на лечении в Психиатрической боль-

нице № 1 им. П.П. Кащенко (г. Санкт-Петербург). Вся выборка была разделена на две различающиеся по полу группы:

1-ю группу составили 80 мужчин в возрасте в среднем $33,5 \pm 1,4$ лет со средней длительностью заболевания $7,7 \pm 1$ года;

2-ю группу – 80 женщин в возрасте $35,8 \pm 1,2$ года с длительностью заболевания $5,9 \pm 0,7$ лет. В каждой из групп насчитывалось по 50 пациентов с длительностью заболевания не более 5 лет с момента манифестации заболевания, в течение которых отмечалось не более трех психотических приступов, и 30 пациентов с более длительным течением шизофрении (более 5 лет).

В исследовании использовались клинико-психологический и экспериментально-психологический методы.

Клинико-психологический метод применялся в форме клинической беседы, направленной на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных.

Экспериментально-психологический метод включал в себя:

– диагностику типов отношения к болезни пациентов с шизофренией с помощью методики ТОБОЛ (Вассерман, Иовлев, Карпова, Вукс, 1987);

– диагностику системы механизмов психологической защиты с помощью методики «Индекс Жизненного Стиля» ИЖС (Вассерман, Ерышев, Клубова и др., 1998);

– выявление меры готовности больных брать на себя ответственность за происходящие в их жизни события по методике диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера – (УСК, в адаптации Е.Ф. Бажиной, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда, 1984);

– исследование самооценки и притязаний по методике Дембо-Рубинштейн (модификация А.М. Прихожан, 1988);

– выявление нарушений личностно-средового взаимодействия по методике психологической диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (УСФ в модификации В.В. Бойко, 2004);

– определение способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности по копинг-тесту Р. Лазаруса – С. Фолкман (в адаптации Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева, Е.Р. Исаевой и др., 2009);

– выявление личностных характеристик пациентов с помощью Гиссенского личностного опросника (Е.А. Голынкина, Г.Л. Исурин, Е.В. Кайдановская и др., 1993).

Основным математико-статистическим инструментом достижения цели избран кластерный анализ по методу Варда, задачей которого являлось группирование страдающих шизофренией пациентов мужского и женского пола в сравнительно однородные по биологическим, социальным и психологическим параметрам группы. Кроме того, использовался однофакторный дисперсионный анализ ANOVA и t-критерий Шеффе для множественного сравнения пар средних.

Результаты исследования

В результате кластерного анализа, проведенного в мужской и женской выборках раздельно, были выделены по 3 кластера, характеризующих три разных, с нашей точки зрения, варианта адаптации к болезни у страдающих шизофренией пациентов.

В мужской выборке подавляющее число пациентов во всех трех кластерах имели среднее и среднее специальное образование, не имели семьи, детей, не работали, проживали в городе совместно со своими родственниками и не страдали соматической патологией.

В *первый кластер* были объединены 34 пациента в возрасте $37,9 \pm 2,3$ лет с длительностью заболевания $11 \pm 1,8$ и средним количеством госпитализаций $2,9 \pm 0,3$. Большая часть этих пациентов не имеют в анамнезе черепно-мозговых травм (ЧМТ), болеют шизофренией свыше 5 лет, злоупотребляют алкоголем и психоактивными веществами (ПАВ); многие из них инвалидизированы. Во *второй кластер* объединен 31 пациент в возрасте $30,8 \pm 1,8$ с длительностью заболевания $5,7 \pm 1,3$ и количеством госпитализаций $2,4 \pm 0,3$. Большинство из них перенесли только первые приступы шизофрении, без инвалидизации, имеющие в анамнезе ЧМТ и злоупотребляющие ПАВ. В *третий кластер* были объединены 15 пациентов в возрасте $29,3 \pm 3,1$ с длительностью заболевания $4,4 \pm 2,1$ и количеством госпитализаций $1,7 \pm 0,3$, преимущественно с первыми приступами шизофрении, без ЧМТ, не злоупотребляющие ПАВ и не имеющие инвалидности.

Сравнительный анализ биопсихосоциальных индикаторов в разных кластерах выявил значимые различия как в мужской, так и в женской выборках. Сочетания психологических показателей в каждом из кластеров отражают различные варианты адаптации к болезни у пациентов с параноидной шизофренией (см. таблицу).

Таблица

Психологические индикаторы, детализованные по кластерам
в мужской и женской выборках страдающих шизофренией пациентов

Индикаторы	Клас- тер	Мужчины				Женщины			
		N	M	σ	Различия	N	M	σ	Различия
Относительно адап- тивные ТОБ	1	34	31,4	18,8	3-1***	17	30,9	17,1	3-1***
	2	31	22,5	23,8	3-2***	38	17	20,4	3-2***
	3	15	102,5	19,9		25	82,3	22	
Интрапсихически Направленные ТОБ	1	34	25,7	13,3	2-1***	17	18,9	11,6	2-1***
	2	31	62,7	23,9	2-3***	38	75,5	28,5	2-3***
	3	15	13,9	8,3		25	20,3	14,1	
Интерпсихически направленные ТОБ	1	34	14,9	9,9	2-1***	17	20,1	10,3	2-1***
	2	31	46,7	18,4	2-3***	38	61,4	17	2-3***
	3	15	24,5	11,3		25	33,7	20,4	
Степень напряженно- сти защиты	1	34	41,6	9,4		17	36,5	9,7	2-1***
	2	31	46,8	11	2-3***	38	51	12,8	2-3**
	3	15	34,5	7,5		25	40	11,7	
Общая интерналь- ность	1	34	4,5	1,5	3-1*	17	4,1	0,8	3-1*
	2	31	4	1,7	3-2**	38	3,6	1,2	3-2***
	3	15	5,8	1,6		25	5,5	1,9	
Коэффициент СФ	1	34	1,7	0,8		17	1,5	0,6	
	2	31	1,6	0,6		38	1,6	0,7	
	3	15	1,6	0,7		25	1,5	0,6	
Уровень самооценки	1	34	61,6	17,8	1-2***	17	63	11	
	2	31	44	16	3-2**	38	59,1	14,4	
	3	15	62,8	10,1		25	64,5	11,6	
Уровень притязаний	1	34	88,8	12,8	1-2***	17	84,4	9,4	
	2	31	72,2	17,1	3-2**	38	78,6	13	
	3	15	89	10,6		25	85	10,4	
Конструктивный ко- пинг	1	34	54,4	10,3		17	49,5	10,9	2-1**
	2	31	55,8	9,9		38	61,5	14,5	3-1*
	3	15	54,5	7,3		25	61,8	11,3	
Неконструктивный копинг	1	34	30,8	8,5		17	28,1	8,3	
	2	31	30,1	7,4		38	35,9	9,6	2-1*
	3	15	26,4	8,5		25	30,4	9,3	
Социальное порица- ние – одобрение	1	34	27,3	6,2		17	28,1	5,3	
	2	31	25,7	6,7		38	24,6	6	3-2*
	3	15	27,2	5,2		25	29,2	6,2	
Доминантность – по- слушание	1	34	26,3	4,2		17	28,9	3,9	
	2	31	26,1	4,4		38	26,7	6,9	
	3	15	27,5	3,9		25	26,3	4,8	
Низкий - высокий контроль	1	34	23,8	4,9		17	25,6	2,9	
	2	31	24,8	4,8		38	26,2	4,6	
	3	15	23,7	3,3		25	24,6	3	
Гипомания – депрес- сия	1	34	25	5,8		17	23,6	6,2	2-1***
	2	31	26,4	7		38	30,2	6,5	2-3***
	3	15	25,2	4,1		25	24,2	5,3	
Открытость – замкну- тость	1	34	21,3	5,9		17	19,9	5,6	
	2	31	22,7	5,2		38	22	5,5	
	3	15	22,7	4,5		25	22,5	6	
Социальная актив- ность – слабость	1	34	17,4	5,9		17	17,4	4,5	
	2	31	19,2	6		38	19,6	6,4	
	3	15	17,9	4,9		25	19,6	6,6	

Примечание: N – число пациентов в кластере; M – среднее арифметическое значение; σ – стандартное отклонение; * – уровень достоверности $p \leq 0,05$; ** – уровень достоверности $p \leq 0,01$; *** – уровень достоверности $p \leq 0,001$; ТОБ – тип отношения к болезни; СФ – социальная фрустрированность.

У пациентов-мужчин *первого кластера* отмечается большее, чем у пациентов третьего кластера, количество госпитализаций в психиатрический стационар. У мужчин, объединенных *во второй кластер*, в большей мере, чем у пациентов первого и третьего кластера, выражены интрапсихические и интерпсихические типы отношения к болезни (ТОБ); у них существенно ниже уровни самооценки и притязаний на фоне более высокого уровня напряженности психологической защиты. Пациенты-мужчины второго кластера по сравнению с остальными пациентами более растеряны, напряжены, дезорганизованы и склонны к дезадаптивному поведению, проявляющемуся вспышками раздражения, беспокойством и подавленностью, «уходом» в болезнь и «капитуляцией» перед её симптомами. Для них более характерна сенситивность в отношении своего заболевания, склонность использовать болезнь для достижения целей, строить концепции паранойяльного характера относительно причин своего заболевания, а также проявлять гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

У мужчин в *третьем кластере* в большей степени, чем у других мужчин, выражены адаптивные ТОБ, более высокие показатели уровня субъективного контроля; отмечается более адекватная оценка состояния и большая степень принятия на себя ответственности за происходящие в жизни события. Наравне со стремлением активно содействовать успеху лечения для этих пациентов было характерно неприятие «роли» больного, снижение субъективной значимости заболевания и «уход» в работу.

Таким образом, первый вариант адаптации к болезни у мужчин с шизофренией (определяемый на основании интерпретации результатов классификации пациентов в 1-й кластер) наблюдается преимущественно в раннем и среднем взрослом возрасте, у госпитализировавшихся в психиатрический стационар не более трех раз, но болеющих довольно длительный период. Их психологическая адаптация к болезни отражается в том, что в ответ на свое заболевание пациенты не принимают «статус» психически больных, проявляя избирательное отношение к обследованию и лечению. Однако, демонстрируя свое стремление к трудовой деятельности, имея хорошие условия для трудоустройства в виде наличия профессии и проживания в мегаполисе, пациенты, тем не менее, не устраи-

ваются на работу и находятся в постоянном поиске удовлетворяющих их требованиям условий труда. Несмотря на высокие показатели инвалидизации и достаточно низкий уровень жизни, пациенты проявляют удовлетворенность своим личностно-средовым взаимодействием и не испытывают чрезмерного нервно-психического напряжения в связи с заболеванием, что подтверждается невысокой степенью напряженности психологической защиты и, возможно, обусловлено формальным использованием проблемно-решающих копинг-стратегий. Ведущую роль в происходящих с ними событиях пациенты приписывают судьбе и снимают с себя ответственность за состояние своего здоровья. При этом они характеризуются высоким уровнем самооценки и притязаний и относят себя к категории привлекательных для окружающих, терпеливых, аккуратных, независимых и социально активных людей, не раскрывающих, однако, свои переживания и ориентированных на субъективные критерии. В целом данный вариант адаптации к болезни можно условно обозначить как «*пассивный*».

Второй вариант адаптации к болезни у больных шизофренией мужчин, проявляющийся у классифицированных во 2-й кластер пациентов характерен для лиц в раннем взрослом возрасте с длительностью заболевания менее пяти лет и не более чем трехкратной госпитализацией в психиатрический стационар. При этом варианте адаптации пациенты обнаруживают выраженную растерянность перед заболеванием, высокую напряженность и склонность к проявляющемуся аффективными вспышками дезадаптивному поведению с самостигматизацией, хроническим чувством внутреннего дискомфорта, враждебно-агрессивными реакциями и пассивным отношением к лечению. Пациенты не стремятся к трудоустройству и активному времяпрепровождению, живут за счет своих близких, не проявляют инициативы и самостоятельности в какой бы то ни было сфере жизнедеятельности. Кроме того, проявляя склонность снимать внутреннее напряжение и уходить от решения проблем с помощью ПАВ, пациенты обладают высоким риском получения ЧМТ и развития соматической патологии. У мужчин с таким вариантом адаптации к болезни отмечается негативная Я-концепция, проявляющаяся низкой самооценкой и слабыми притязаниями, субъективным представлением о своей непривлекательности

для окружающих; также имеется низкий уровень мотивационно-потребностной активности с сопутствующим избеганием ответственности. Вышеприведенное обуславливает социальную слабость пациентов и уход от межличностного взаимодействия, что позволяет условно обозначить такой вариант адаптации как «*избегающий*».

Кроме того, для пациентов с «пассивным» и «избегающим» вариантами адаптации характерны неспособность к поддержанию эмоциональных отношений, отсутствие стремления создать семью, нездоровый образ жизни, включающий, в том числе, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ.

Третий вариант адаптации к болезни у объединенных в 3-й кластер пациентов мужского пола проявляется у больных шизофренией раннего взрослого возраста с длительностью заболевания менее пяти лет и количеством госпитализаций в психиатрический стационар не более трех раз. При этом варианте адаптации для пациентов характерны достаточно реалистичная оценка своего состояния с переключением внимания на доступные виды деятельности, стремление сохранить свой профессиональный статус, на фоне непринятия «статуса» психически больных, игнорирования мыслей о возможных последствиях заболевания и избирательного отношения к обследованию и лечению. Пациенты проявляли стремление найти устраивающую их во всех отношениях работу и создать семью, как правило, не злоупотребляли ПАВ и не имели в анамнезе ЧМТ, не имели соматических заболеваний, обладали сохранными способностями к социально-трудовой адаптации.

В отличие от пациентов 1-го кластера, пациенты с третьим вариантом адаптации к болезни признают свою причастность к происходящим в жизни событиям, в том числе к развитию заболевания, и принимают на себя ответственность за свое будущее. Уровень психической напряженности и социальной фрустрированности у них невысокий, что, возможно, связано со сформированной у них позитивной Я-концепцией, высокой самооценкой и высокими притязаниями, уверенностью в себе, своей положительной социальной репутацией и своих перспективах. В совладании со стрессом пациенты склонны выбирать проблемно-решающие стратегии, в социальном взаимодействии предпочитают занимать активную позицию, оставаясь при этом закрытыми и эмоционально сдержанны-

ми. В целом, данный вариант адаптации к болезни можно условно обозначить как «*преодолевающий*».

В женской выборке подавляющая доля пациенток всех трех кластеров имели среднее специальное и высшее образование, не работали, не имели ЧМТ и не злоупотребляли ПАВ, не страдали от соматических заболеваний, проживали в городе с родственниками, не состояли в браке, но, в отличие от мужчин, почти каждая вторая из них имела детей (см. табл. 1).

В *первый кластер* были объединены 17 женщин в возрасте $32,4 \pm 2,5$ лет с длительностью заболевания $4,7 \pm 1$ лет, со средним количеством госпитализаций $2,5 \pm 0,4$; большинство из них составили пациентки с первыми приступами шизофрении. Во *второй кластер* были объединены 38 пациенток в возрасте $39,5 \pm 1,8$ лет с длительностью заболевания $7,8 \pm 1,2$ лет и количеством госпитализаций $3 \pm 0,3$. Большую их долю составили женщины с длительным течением шизофрении, инвалидизированные, в половине случаев страдающие соматическими заболеваниями. В *третий кластер* были объединены 25 больных в возрасте $32,6 \pm 1,5$ лет с длительностью заболевания $3,8 \pm 0,6$ лет и числом госпитализаций $2 \pm 0,2$. В этом кластере выборки преобладали женщины после первых приступов шизофрении, преимущественно имеющие официальное место работы.

Сравнительный анализ биопсихосоциальных индикаторов в разных кластерах женской выборки также обнаружил достоверные различия по социальным и психологическим показателям (см. таблицу). У пациенток в *первом кластере* менее выражены конструктивные копинг-стратегии, чем у пациенток во втором и третьем.

Страдающие шизофренией женщины во *втором кластере*, по сравнению с пациентками других кластеров, проживают в лучших бытовых условиях, характеризующихся наличием отдельного от родителей или других родственников жилья, однако они существенно старше по возрасту, имеют больший стаж заболевания и среди них чаще встречается инвалидизация. Для этих женщин во втором кластере более характерны интрапсихические и интерпсихические ТООБ. Несмотря на самую высокую степень напряженности психологической защиты, у них отмечаются депрессивные переживания с чрезмерной самокритичностью и аутоагрессивными тенденциями. По

сравнению с представительницами первого кластера, они более склонны к использованию неконструктивных копинг-стратегий, к избегающему стилю совладающего поведения, осознанному стремлению к уклонению от решения проблем. Как следствие, они испытывают больший эмоциональный и когнитивный дискомфорт в связи с имеющимся заболеванием, более растеряны, напряжены и дезорганизованы в поведении. Так же, как и представители второго кластера у мужчин, они характеризуются вспышками раздражения, беспокойства и подавленности с «уходом» в болезнь и «капитуляцией» перед её симптомами, чрезмерной уязвимостью в отношении своего заболевания.

У женщин, объединенных в *третий кластер*, по сравнению с представительницами первого и второго кластеров, более выражены адаптивные ТООБ и отмечается более высокий УСК. Эти пациентки характеризуются большей уверенностью в себе, чем пациентки второго кластера. Таким образом, по сравнению с остальными женщинами, они более адекватно оценивают свое состояние и в большей степени принимают на себя ответственность за происходящие в их жизни события, проявляя активность в различных сферах жизнедеятельности. Наравне со стремлением активно содействовать успеху лечения для них характерно неприятие «роли» больного, снижение субъективной значимости заболевания и «уход» в работу. По сравнению с представительницами второго кластера, эти страдающие шизофренией женщины более уверены в своей привлекательности, популярности, уважении и высокой оценке у других людей.

Таким образом, варианты психологической адаптации к болезни у женщин, как и у мужчин, можно условно обозначить как «пассивный», «избегающий» и «преодолевающий».

Первый вариант – «**пассивный**», – наблюдается преимущественно у женщин раннего взрослого возраста с длительностью заболевания не более пяти лет и количеством госпитализаций в психиатрический стационар не более трех лет. Свойственные этому варианту адаптации к болезни психологические характеристики у страдающих шизофренией женщин идентичны характеристикам мужчин с таким же вариантом адаптации. Однако биосоциальные характеристики женщин с таким вариантом адаптации имеют свою специфику: при наличии как правило среднего специального образования и постоянного места жи-

тельства в городе не стремятся к трудоустройству. Проживая с родственниками либо самостоятельно, пациентки стремятся родить детей и в последующем занимаются их воспитанием, ведут домашнее хозяйство. При этом они стараются следить за собой, вести здоровый образ жизни. Следует отметить, что «пассивный» вариант адаптации у женщин характеризуется наименьшим использованием проблемно-решающих копингов.

Второй вариант адаптации к болезни страдающих шизофренией пациенток женского пола – «**избегающий**» – наблюдается преимущественно у пациенток раннего и среднего взрослого возраста с более длительным течением заболевания и опытом не более чем трехкратной госпитализации в психиатрический стационар. Неплохое образование и проживание в городе создает у пациенток хорошую возможность трудоустройства, однако они большей частью не работают. Проживая либо с престарелыми родителями, либо в отдельной жилплощади, оставшейся в наследство или по разделу имущества в результате бракоразводного процесса, такие пациентки предпочитают заниматься воспитанием детей и домашними делами с расчетом на поддержку родственников и социальную помощь в виде различных льгот и пенсии по инвалидности. Достаточно большой возраст пациенток и длительное течение тяжелого психического заболевания сопровождаются у них снижением соматического здоровья, тенденцией к злоупотреблению ПАВ (преимущественно алкоголем), утратой работоспособности и, как следствие, инвалидизацией. Психологические характеристики пациенток женского пола с таким вариантом адаптации к болезни практически идентичны характеристикам пациентов-мужчин с одноименным вариантом адаптации, за исключением более противоречивой Я-концепции у женщин, характеризующейся, с одной стороны, высокими притязаниями, и, с другой стороны, неуверенностью, робостью, подавленностью и чрезмерной самокритичностью, с другой. Они обнаруживают более высокую, по сравнению с другими, выраженность депрессивных переживаний.

Третий вариант адаптации к болезни у женщин с шизофренией – «**преодолевающий**» – наблюдается преимущественно у пациенток раннего взрослого возраста с небольшой длительностью заболевания и малым числом госпитализаций. Для этого варианта адаптации характерно наличие хорошего об-

разования и стремление активно участвовать в трудовой деятельности. Несмотря на отсутствие собственной жилплощади, недостаточно комфортные условия проживания и отсутствие брачных отношений, женщины стремятся к рождению детей. При этом пациентки, обладая недостаточно хорошим физическим здоровьем, сохраняют хорошую работоспособность и социальную компетентность. Характеристики женщин с таким вариантом психологической адаптации к болезни соответствуют характеристикам адаптации у мужчин с таким же вариантом адаптации.

Таким образом, результаты выполненного нами исследования позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Для страдающих параноидной шизофренией больных, независимо от их пола, характерно три варианта психологической адаптации к болезни. Эти варианты, условно обозначенные как «пассивный», «избегающий» и «преодолевающий», актуализируются у мужчин и женщин на разных сроках заболевания.

2. Наиболее конструктивным вариантом адаптации к болезни, обуславливающим благоприятный социальный прогноз, является «преодолевающий», характеризующийся достаточно реалистичной оценкой заболевания и адекватным отношением к нему, умением принимать на себя ответственность за происходящие в жизни события и позитивной Я-концепцией. «Пассивный» вариант адаптации к болезни проявляется отсутствием эмоциональных реакций на болезнь, формально адаптивными реакциями и формальным соблюдением врачебных предписаний с пассивным приспособлением к внешним условиям среды. Наиболее деструктивным вариантом является «избегающий», который характеризуется выраженной растерянностью перед болезнью, диффузным снижением единства и целостности системы психологической адаптации, дезорганизацией поведения, пассивным отношением к лечению.

3. Для большинства пациентов с первыми эпизодами параноидной шизофрении характерен «преодолевающий» вариант адаптации, который сочетается у пациентов мужского пола с «избегающим», а у пациенток – с «пассивным» вариантом, что свидетельствует о более конструктивном характере адаптации к болезни у женщин на ранних сроках заболевания.

4. Пациенты с длительным течением па-

раноидной шизофрении адаптируются к болезни, как правило, посредством одного варианта, при этом большинство пациентов-мужчин используют «пассивный», а пациентки – «избегающий» вариант.

Литература

1. Абрамова, М.В. Психологическое сопровождение семей больных шизофренией юношеского возраста / М.В. Абрамова // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2010. – № 6 (14).
2. Антонова, Н.В. Природа гендерной маргинальности: опыт системного анализа / Н.В. Антонова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Социально-гуманитарные науки», 2013. – Т. 13, № 2. – С. 140–143.
3. Былим, И.А. Первый приступ шизофрении: проблемы и решения / И.А. Былим // Обзор. психiatr. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 2009. – № 3. – С. 9–15.
4. Елисеев, Ю.Ю. Психосоматические заболевания / Ю.Ю. Елисеев. – М.: Эксмо, 2003. – 605 с.
5. Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.
6. Исаева, Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Е.Р. Исаева. – СПб., 2010. – 48 с.
7. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом: пособие для врачей и медицинских психологов / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева и др. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 40 с.
8. Осипова, С.А. Поведенческая психотерапия шизофрении / С.А. Осипова, А.Н. Еричев. – СПб.: МАПО, 2009. – С. 15.
9. Старичков, Д.А. Современные проблемы адаптации больных шизофренией / Д.А. Старичков, В.Л. Дресвянников, А.А. Овчинников // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3 (54). – С. 17–20.
10. Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях: пособие для врачей / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Т.А. Аристова и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 38 с.
11. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psy-

chosis / M. Alvarez-Jimenez, A.G. Parker, S.E. Hetrick et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2011. – Vol. 37. – P. 619–630.

12. *Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states* / A. Bechdolf, M. Wagner, S. Ruhrmann et al. // *British Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 200. – P. 22–29.

13. *Predicting psychosis: a meta-analysis of transition outcomes in individuals at high*

clinical risk / P. Fusar-Poli, I. Bonoldi, A.R. Yung et al. // *Archives of General Psychiatry*. – 2012. – Vol. 69. – P. 220–229.

14. *Jackson, C. Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: a randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms* / C. Jackson, P. Trower, I. Reid et al. // *Behaviour Research and Therapy*. – 2009. – Vol. 47. – P. 454–462.

Ханько Александр Валерьевич, медицинский психолог СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», ассистент кафедры психологии и педагогики СПб ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»; г. Санкт-Петербург, aleksandrkhanko@yandex.ru.

Поступила в редакцию 12 октября 2013 г.

**Bulletin of the South Ural State University
Series "Psychology"
2014, vol. 7, no. 1, pp. 93–101**

GENDER SPECIFIC OF ADJUSTMENT TO THE DISEASE AMONG PATIENTS WITH FIRST-EPISEDE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

A.V. Khanko, Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kaschenko, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russian Federation, aleksandrkhanko@yandex.ru

In order to study the specific of adjustment to the disease among patients with first-episode of paranoid schizophrenia, it was examined 160 men and women with different disease duration. Three methods were used: clinical psychological, experimental psychological and statistical. It is shown that three main variants of adjustment to the disease: "passive", "avoidant" and "overcoming" are typical for patients with paranoid schizophrenia. Each variant becomes actual for men and women at different stages of the disease. "Overcoming" variant is characterized by a realistic assessment of the disease and a positive self-conception, "avoidant" – expressed confusion before the disease and negative self-conception, and "passive" – formal compliance of medical prescriptions and adaptation to environmental conditions. It is discovered that patients with first-episode of paranoid schizophrenia are characterized by "overcoming" variant of adjustment to the disease that blends with "avoidant" variant for men and "passive" variant for women, indicating more constructive adjustment to the disease among women in the early stages of the disease. The most of men with a long-term schizophrenia use the "passive" variant, but the most of women use "avoidant" variant. Final results of this research are valuable for clinical psychologists, psychiatrists and psychotherapists.

Keywords: the first-episode of paranoid schizophrenia, specific of adjustment to the disease, gender specific.

References

1. Abramova M.V. Psikhologicheskoe soprovozhdenie semey bol'nykh shizofreniy yunosheskogo vozrasta [Psychological Support to Families of Patients with Schizophrenia Adolescence], *Psikhologicheskie issledovaniya - Psychological Research* (online resource), 2010, no. 6 (14).
2. Antonova N.V. [The Nature of Gender Marginality: System Analysis] *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Humanities and Social Sciences*, 2013, vol. 13, no. 2, pp. 140–143.
3. Bylim I.A. Perviy pristup shizofrenii: problemy i resheniya [The First Episode of Schizophrenia: Problems and Solutions], *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M.Bekhtereva - V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2009, no. 3, pp. 9–15.
4. Eliseev Yu.Yu. *Psikhosomaticheskie zabolevaniya* [Psychosomatic Diseases], Moscow, Eksmo Publ., 2003, 605 p.
5. Isaeva E.R. *Koping-povedenie i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni* [Coping Behavior and Psychological Protection of the Individual in Terms of Health and Disease], St. Petersburg, 2009, 136 p.
6. Isaeva E.R. *Sovladayushchee so stressom i zashchitnoe povedenie lichnosti pri rasstroystvakh psikhicheskoy adaptatsii razlichnogo geneza*. Diss. dokt. psikhol. nauk [Coping with stress and protective behavior personality disorders in mental adaptation of various origins. PhD diss.], St. Petersburg, 2010, 48 p.
7. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R. et al. *Metodika dlya psikhologicheskoy diagnostiki sposobov sovladaniya so stressom: posobie dlya vrachey i meditsinskikh psikhologov* [Methodology for Psychological Diagnosis of Coping with Stress: a Guide for Doctors and Medical Psychologists], St. Petersburg, 2009, 40 p.
8. Osipova S.A., Eriчев A.N. *Povedencheskaya psikhoterapiya shizofrenii* [Behavioral Psychotherapy for Schizophrenia], St. Petersburg, 2009, 15 p.
9. Starichkov D.A., Dresvyannikov V.L., Ovchinnikov A.A. *Sovremennye problemy adaptatsii bol'nykh shizofreniy* [Modern Problems of Adaptation in Patients with Schizophrenia], *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii – Siberian Journal of Psychiatry and Addiction Psychiatry*, 2009, no. 3 (54), pp. 17–20.
10. Kotsyubinskiy A.P., Sheynina N.S., Aristova T.A. et al. *Funktsional'niy diagnoz pri endogennykh psikhicheskikh zabolevaniyakh: posobie dlya vrachey* [Functional Diagnosis of Endogenous Mental Disorders: A Guide for Doctors], St. Petersburg, 2011, 38 p.
11. Alvarez-Jimenez M., Parker A.G., Hetrick S.E. et al. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 2011, vol. 37, pp. 619–630.
12. Bechdorf A., Wagner M., Ruhrmann S. et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *British Journal of Psychiatry*, 2012, vol. 200, pp. 22–29.
13. Fusar-Poli P., Bonoldi I., Yung A. R. et al. Predicting psychosis: a meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*. 2012, vol. 69, pp. 220–229.
14. Jackson C., Trower P., Reid I. et al. Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: a randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 2009, vol. 47, pp. 454–462.

Received 12 October 2013