

УДК 616.895.8

## ТИПОЛОГИЯ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ В ПРОЦЕССЕ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ

*А.С. Ким, Е.С. Черапкин*

Рассмотрен феномен повторных госпитализаций как адаптационный смысл. Тип этой адаптации напрямую зависит от многих факторов – преобладающего аффекта, преобладающих механизмов психологической защиты, длительности расстройства.

*Ключевые слова:* резидуальная шизофрения; самостигматизация; адаптационные механизмы.

---

## TYPES OF ADAPTATION MECHANISMS IN THE PROCESS OF SELF-STIGMATIZATION

*A.S. Kim, E.S. Cherapkin*

The article regards the phenomenon of repeated hospitalization as adaptation sense. The type of this adaptation depends on many factors – the predominant affect, the prevailing psychological defense mechanisms, frustration duration.

*Keywords:* residual schizophrenia; self-stigmatization; adaptation mechanisms.

Ранее в своих работах мы подробно рассмотрели клинико-психологическую структуру феномена часто госпитализирующихся пациентов [1]. Это важно с диагностической точки зрения, но для психотерапевтического вмешательства также важен поведенческий уровень, и то, благодаря каким тонким механизмам это поведение реализуется [2–5]. Данная работа рассматривает феномен повторных госпитализаций сквозь призму адаптационных механизмов.

Цель исследования – изучить особенности клинико-психологических адаптационных механизмов в структуре феномена повторных госпитализаций у пациентов с резидуальной шизофренией.

*Задачи:*

1) изучить клинико-психологические механизмы, обуславливающие продолжительность расстройства с позиции адаптации;

2) выделить детерминированность активизации механизмов психологических защит (МПЗ) в процессе адаптации;

3) идентифицировать типологию адаптационных клинико-психологических механизмов у пациентов с преобладающим апато-абулическим синдромом.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 90 пациентов с верифицированным

диагнозом “Шизофрения, резидуальная форма” (F20.5) на базе отделений РЦПЗ г. Бишкек. Исследование проводилось следующими методами:

- клинико-психопатологический метод (ретроспективный анализ частоты госпитализаций по данным эпикризов пациентов, полуструктурированное интервью, анализ историй болезни);
- психометрический метод (шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), опросник безнадежности Бека, опросник жизненных стилей Плутчика – Келлермана – Конте, шкала Цунга для самооценки депрессии, шкала личностной тревожности Спилберга – Ханина);
- статистический метод (SPSS 16.0 на базе W8 и MS Excel 2013).

**Результаты и обсуждение.** Выборку составили пациенты с преобладающим апато-абулическим синдромом (n = 90), выраженность которого варьировала в зависимости от длительности расстройства (таблица 1).

Безнадежность выражена в умеренной степени у 45 (50 %), в тяжелой – у 35 (39 %) пациентов и в легкой – у 10 (11 %) (таблица 2).

При исследовании аффективной сферы по шкале Цунга отмечается депрессия на субклиническом

Таблица 1 – Распределение пациентов в зависимости от продолжительности расстройства

Длительность расстройства, лет	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
До 3 лет	30	33
От 3 до 5 лет	30	33
Свыше 5 лет	30	34
Итого	90	100

Таблица 2 – Уровень тяжести безнадежности у пациентов с резидуальной шизофренией (по опроснику Бека)

Безнадежность	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Не выявлена	-	-
Легкая	10	11
Умеренная	45	50
Тяжелая	35	39
Итого	90	100

Таблица 3 – Показатели клинико-психологических адаптационных механизмов в структуре феномена повторных госпитализаций

Клинический уровень	Апато-абулический синдром (n = 90)			
	Клинико-психологический уровень	Феномен безнадежности 0,630 (p < 0,01)		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тревожный аффект 0,526 (p &lt; 0,01)</li> <li>МПЗ регрессия 0,475 (p &lt; 0,05)</li> <li>Уровень безнадежности 12,8 ± 0,5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тревожный аффект 0,847 (p &lt; 0,01)</li> <li>Депрессивный аффект 0,745 (p &lt; 0,01)</li> <li>МПЗ отрицание 0,738 (p &lt; 0,05)</li> <li>Уровень безнадежности 13,7 ± 0,7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Депрессивный аффект 0,87 (p &lt; 0,01)</li> <li>МПЗ интеллектуализация 0,764 (p &lt; 0,01)</li> <li>Уровень безнадежности 14,8 ± 0,4</li> </ul>	
Длительность расстройства	До 3 лет (n = 30)	От 3 до 5 лет (n = 30)	Свыше 5 лет (n = 30)	
	Психотическая самостигматизация	Личностно обусловленная самостигматизация	Дефект-ассоциированная самостигматизация	
Адаптационные механизмы	Экстрапунитивная позиция	Экстрапунитивная позиция	Интрапунитивная позиция	
	Феномен повторных госпитализаций			

уровне у 45 (50 %). У 34 (38 %) пациентов депрессия отсутствовала и лишь 10 (11 %) имели умеренно выраженную степень депрессии.

По шкале Спилбергера – Ханина у большинства пациентов – 54 (60 %) – отмечался средний уровень тревоги и у 36 (40 %) – уровень тревоги высокий (таблица 3).

*I. Клинический уровень* – представляет собой собственно проявление ведущего психопатологического синдрома, данное исследования предполагает ведущим синдромом – апато-абулический.

*II. Клинико-психологический уровень* – аффективные феномены, механизмы психологической защиты, которые играют роль связующего звена между синдромом, его проявлениями и изменениями поведения в целом. Пограничный уровень занимает самостигматизация, так как она

является совершенно особым феноменом, относящимся и к клинико-психологическому уровню, и к поведенческому уровню.

*III. Длительность расстройства.*

*IV. Адаптационные механизмы* – комплекс реакций на сформировавшийся тип самостигматизации.

Осевым аффективным компонентом в группе пациентов с давностью расстройства до 3-х лет является тревожный (54,56 ± 1,2), в условиях все нарастающей тревоги личность стремится ее избежать и переходит к более упрощенным поведенческим стратегиям (регрессия). Это касается как влияния на структуру самого синдрома, так и на поведение в социуме. У этих пациентов “Я” защищается за счет выраженной экстрапунитивной позиции: “Этo ни Я не могу, это Вы мне не позволяете...”

Основным аффективным компонентом в группе пациентов от 3-х до 5 лет являются тревожный ( $58,33 \pm 2,36$ ) и депрессивный ( $54,56 \pm 2,14$ ) в этом случае возможно развитие истеро-ипохондрических реакций, основные фрустрирующие факторы при этом отрицаются личностью, ответственность за собственную несостоятельность перекладывается на окружающих: “Это все из-за вас, Вы мне должны...”

В группе свыше 5 лет наибольшее влияние оказывает депрессивный аффект ( $52,82 \pm 0,5$ ), и он, вероятнее всего, носит вторичный характер, так как пациент со временем принимает роль “душевно больного”. В процессе самостигматизации важная роль отведена МПЗ интеллектуализации, и это не просто реакции избегания и отказа: во всех ситуациях, где может проявиться несостоятельность пациента, у него есть “логическое объяснение, почему это делать не нужно”.

#### Выводы

1. Продолжительность основного расстройства находится в реципрокных взаимосвязях непосредственно в клинико-психопатологической и клинико-психологических плоскостях.

2. Продолжительность расстройства обуславливает тенденцию трансформации тревожного аффекта  $54,56 \pm 1,2$  ( $r = 0,526$ ;  $p < 0,01$ ) к депрессивному аффекту  $52,82 \pm 0,5$  ( $r = 0,87$ ;  $p < 0,01$ ).

3. Структура апато-абулического синдрома представлена клинико-психологическими механизмами адаптации в виде типологических вариантов: в группе с продолжительностью расстройства до 3 лет – психотическая самостигматизация (уровень безнадежности  $12,8 \pm 0,5$ ), в группе с продолжительностью расстройства от 3 до 5 лет – личностно-обусловленная самостигматизация (уровень безнадежности  $13,7 \pm 0,7$ ), в группе с продолжительностью расстройства свыше 5 лет –

дефект-ассоциированная самостигматизация (уровень безнадежности  $14,8 \pm 0,4$ ).

4. Представленная типология обуславливает оптимизацию дифференциально-диагностических подходов в оценке тяжести феномена регоспитализаций.

5. Феномен регоспитализаций является своеобразной дифференциальной моделью оптимизации биологической терапии и психокоррекционной интервенции в процессе психосоциальной реабилитации.

#### Литература

1. Ким А.С. Клинико-психологические механизмы феномена регоспитализаций у пациентов с параноидной шизофренией // А.С. Ким, В.В. Полетаев, Е.С. Черапкин // Вестник КРСУ. 2013. Т. 13. № 11. С. 91–94.
2. Ястребов В.С. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации / В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова и др.; Науч. центр психического здоровья РАМН. М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. 18 с.
3. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: описание и типология / И.И. Михайлова // Научно-практический журнал “Психиатрия”. 2004. № 2 (8). С. 23–30.
4. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен; пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. М., 2001. 215 с.
5. Петрова Н.Н. Реабилитация и дестигматизация в психиатрии // Материалы науч.-практ. конф. с международным участием. 4–5 июня 2013 г., Санкт-Петербург / отв. ред. Н.Н. Петрова. СПб.: Элмор. 55 с.