



В. Ю. Кудряшова



Н. Б. Лутова

Саморегуляция поведения как один из адаптационно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией

В. Ю. Кудряшова, медицинский психолог отделения биологической терапии психически больных

Н. Б. Лутова, д.м.н., рук. отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Self-regulation of behavior as one of adaptation-compensatory mechanisms of psyche in patients with paranoid schizophrenia

V. Yu. Kudryashova, N. B. Lutova

V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

Резюме

В статье рассматриваются различия адаптационно-компенсаторных механизмов психики у больных параноидной шизофренией и условно здоровых испытуемых в разрезе саморегуляции поведения, своеобразия ее взаимосвязей с уровнем интернальности и смысловыми ориентациями.

Ключевые слова: саморегуляция поведения, уровень интернальности, смысловые ориентации, параноидная шизофрения, адаптационно-компенсаторные механизмы психики.

Summary

The article deals with the features of the adaptation-compensatory mechanisms of the psyche in patients with paranoid schizophrenia in the context of self-regulation of behavior and its interrelations with the level of internality and meaningful orientations.

Key words: self-regulation of behavior, level of internality, meaningful orientations, paranoid schizophrenia, adaptive-compensatory mechanisms of the psyche.

Введение

Психическое заболевание, возникающее, как правило, в трудоспособном возрасте, хроническое течение, частая ранняя инвалидизация — значимая социальная проблема, создающая необходимость поиска, в том числе нелекарственных, способов воздействия с целью повышения адаптационных возможностей больных шизофренией. Понимание нарушений стоит учитывать в работе с больными [2] с целью улучшения их социального функционирования (СФ). Несомненно, одним из адаптационно-компенсаторных механизмов (АКМ) является саморегуляция поведения.

Понятие саморегуляции поведения неоднозначно. Ее можно рассматривать как сознательный механизм управления мотивационно-потребностной сферой, поведением, постановкой и достижением целей, организацией активности [7]. Этот процесс требует от индивида включения как минимум четырех психологических компонентов:

- 1) осознания своего поведения и способности умеренно анализировать

и оценивать, насколько поведение соответствует внутренним ценностям и групповым стандартам. В частности, установлено, что у больных депрессией тенденция к сосредоточению на себе и своих отрицательных качествах подкрепляет сниженный эмоциональный фон [22], а у больных шизофренией обнаруживаются нарушения «чувства себя», что может приводить к анозогнозии [10];

- 2) ментализации [20], то есть распознавания отношения других к своему поведению и возможности спрогнозировать их реакцию;
- 3) стратегии обнаружения статуса включения в значимую группу или ситуацию [18]. Поведение людей, заботящихся об оценке окружающих, более соответствует социальным нормам;
- 4) наличия механизма, регулирующего несоответствия между собственными ожиданиями и реальным положением дел и формирующего поведение для разрешения сложившегося противоречия [22].

Саморегуляция включает в себя критический баланс стремления удовлетворить актуальную потребность и способности контролировать, поведение, мысли, эмоции и желания. Неудачи саморегуляции приводят к социальным трудностям [22] и проблемам со здоровьем, таким образом, те, кто лучше самостоятельно регулирует свое поведение, демонстрируют лучшее психическое здоровье [12].

Для достижения личных целей индивида возможны различные усилия саморегуляции [21], направленные на достижение желаемых результатов и предотвращение нежелательных. В первом случае внимание уделяется потенциальному выигрышу, а во втором — стремлению избежать потерь, безопасности [15]. Предположительно, ведущий стиль саморегуляции в повседневной жизни — предпочтительный способ контроля импульсов [16]. В проведенном лонгитюдном исследовании [19] выявлено, что люди, в детстве нетерпеливые и импульсивные, в анамнезе через 40 лет оказывались менее успешными и имели больше

проблем со здоровьем, чем их сверстники, отличающиеся способностью сдерживать свои желания и (или) придавать им иную направленность [11].

В способах саморегуляции возможна как вариативность, так и следование одной излюбленной стратегии, что снижает адаптивность поведения [1]. Причины различий в саморегуляции неясны: они связываются и с морфологическими особенностями мозга [22], и с личностными характеристиками [3]. Отрицательный эмоциональный фон, социальное неблагополучие, обусловленное болезнью или внешними факторами, снижают саморегуляцию, повышают импульсивность и потребность в реализации мелких целей перед осуществлением глобальных жизненных проектов [13]. Снижение саморегуляции также возможно на фоне астении, что влияет на мотивационные процессы [17]. Таким образом, в ряде ситуаций попытки саморегуляции могут временно истощить личностные ресурсы, необходимые для дополнительных усилий по поддержанию достойного уровня саморегуляции [14], это во многом перекликается с мотивационными нарушениями при процессуальных расстройствах. Управление поведением по мере развития шизофрении может вызывать сложности, сопровождаться страхом, растерянностью, усугубляющими состояние. Характерны субъективное ощущение хрупкости, тревога, нарушение познавательной деятельности, переживание одиночества, при этом оно в меньшей степени «боязнь социальной неудачи» [6], а вытекает из неспособности использовать ресурсы общества и строить полноценные контакты.

Имея психическое заболевание, накладывающее отпечаток на СФ, человек может как в силу истощения и дистресса, так и в силу специфики болезни [9] чаще прибегать к регрессивным способам адаптации и компенсации (то есть прикладыванию дополнительных усилий), не достигая единства своих целей с окружением, слабо используя способность к саморегуляции [13, 16, 17]. Конструктивная, целенаправленная и ситуационно обоснованная деятельность способствует прогрессивной адаптации.

Цель: исследование саморегуляции поведения как аспекта АКМ и ее взаимосвязей с психологическими характеристиками больных параноидной шизофренией в сравнении с условно здоровыми лицами.

Задачи

В обеих исследуемых группах: 1) сравнить общий уровень и различия в использовании стилей саморегуляции поведения; 2) сравнить уровень субъективного контроля (УСК); 3) сравнить показатели смысловых ориентаций; 4) изучить взаимосвязи саморегуляции поведения и УСК; 5) определить взаимосвязи саморегуляции и смысловых ориентаций.

Критерии включения: 1) больные параноидной шизофренией в возрасте от 18 до 55 лет на этапе становления ремиссии; 2) условно здоровые испытуемые в возрасте от 18 до 55 лет; 3) согласие на участие в исследовании с подписанием письменного информированного согласия.

Критерии невключения: 1) наличие грубых когнитивных нарушений (для всех групп испытуемых); 2) возраст моложе 18 и старше 55 лет; 3) наличие психопатологической симптоматики, определяющей поведение больного; 4) выраженный апато-абулический дефект (для больных шизофренией); 5) отказ от участия в исследовании.

Материалы исследования

Условно здоровые испытуемые (группа 1): 30 человек (13 мужчин и 17 женщин), средний возраст $29,90 \pm 0,99$ года. Все обследованные трудоустроены в соответствии с имеющимся высшим образованием, 43 % имеют семью, у 30 % есть дети.

Больные параноидной шизофренией (группа 2): 30 человек (15 мужчин и 15 женщин), средний возраст $29,50 \pm 1,25$ года. Высшее образование имеют 47 %, незаконченное высшее — 40 %, среднее специальное — 13 %. Трудоустроены в соответствии с полученным образованием 30 %, со снижением квалификации — 13 %, не работают — 57 %. Инвалидность оформлена у 13 % от общего количества больных. Семья есть всего у 13 %, дети — у 20 % обследованных. Таким образом, наблю-

даются статистически достоверные различия по признаку наличия семьи. Средняя длительность заболевания: $7,73 \pm 1,04$ года; среднее количество обострений: $3,63 \pm 0,82$; среднее число госпитализаций: $3,03 \pm 0,29$. Все больные из группы 2 получали сочетанную антипсихотическую терапию преимущественно атипичными нейролептиками и нормотимиками (26,7 %), типичными нейролептиками и нормотимиками (10 %), также монотерапию типичными (16,7 %) и атипичными (10 %) антипсихотиками. Остальные классы препаратов и их сочетания занимают примерно равные и несущественно малые доли.

Методы исследования

1) опросник «Стиль саморегуляции поведения» [5]; 2) тест смысловых ориентаций [4]; 3) опросник «УСК» [8].

Обработка проводилась с помощью SPSS 17.0. Проверка показала, что распределение всех изучаемых признаков не является нормальным, таким образом использовались критерии: для сравнения средних — U Манна-Уитни, T Стьюдента, для изучения корреляций — R Спирмена.

Результаты исследования

При изучении уровня саморегуляции поведения отмечены особенности, представленные в табл. 1.

Пациенты с шизофренией и условно здоровые испытуемые не различаются в способностях к построению планов и продумыванию способов действий для достижения целей, в автономности организации активности по их претворению в жизнь. Это объясняется тем, что больные процессуальным расстройством, как правило, погружены в свои переживания, субъективно оценивая это как самостоятельность в принятии решений и их реализации. В группе больных отмечены более низкие достоверные значения шкал ввиду неадекватной оценки внутренних условий и внешних обстоятельств, а это приводит к неустойчивости отношения к ситуации, ослаблению способности к мысленному моделированию поведения и реакции окружающих на него, возможной излишней импульсивности. На этом фоне снижаются способность

Таблица 1
Показатели значений опросника «Стиль саморегуляции поведения» в обследуемых группах

Шкала	Средний ранг в группе 1	Средний ранг в группе 2	Уровень значимости различий, р
Планирование	32,63	28,37	$p > 0,050$
Моделирование	36,32	24,68	$p \leq 0,050$
Программирование	34,43	26,57	$p > 0,050$
Оценивание результатов	38,05	22,95	$p \leq 0,001$
Гибкость	36,05	24,50	$p \leq 0,050$
Самостоятельность	28,98	32,02	$p > 0,050$
Общий уровень саморегуляции поведения	37,83	23,17	$p \leq 0,001$

Примечание: значимые результаты ($p \leq 0,05$) выделены.

Таблица 2
Показатели опросника «УСК» в обследованных группах

Шкала	Средний ранг в группе 1	Средний ранг в группе 2	Уровень значимости различий, р
Общий уровень интернальности	35,78	25,22	$p \leq 0,017$

Таблица 3
Показатели теста смысловых ориентаций в обследованных группах

Шкала	Среднее, группа 1	Среднее, группа 2	Уровень значимости различий, р
Цели	$34,30 \pm 4,22$	$24,97 \pm 7,82$	$p \leq 0,001$
Процесс	$30,53 \pm 0,91$	$21,99 \pm 1,52$	$p < 0,001$
Результат	$26,50 \pm 4,11$	$20,87 \pm 5,99$	$p \leq 0,001$
Локус-контроль «я»	$22,50 \pm 2,49$	$16,07 \pm 4,03$	$p \leq 0,001$
Локус-контроль «жизнь»	$31,63 \pm 0,81$	$23,73 \pm 0,96$	$p < 0,001$
Общий показатель (ОЖ)	$106,83 \pm 11,29$	$80,27 \pm 19,46$	$p \leq 0,001$

Таблица 4
Взаимосвязи стилей саморегуляции поведения и УСК, группа 1

Шкала	Общая интернальность	Интернальность в семейных отношениях	Интернальность в производственных отношениях	Интернальность в области здоровья
Планирование			0,453*	
Оценивание результатов	0,473*	0,492**		0,364*
Общий уровень саморегуляции поведения	0,425*	0,383*	0,415*	

Примечание: * — $p \leq 0,05$; ** — $p \leq 0,01$.

Таблица 5
Взаимосвязи стилей саморегуляции поведения и УСК, группа 2

Шкала	Общая интернальность	Интернальность в области достижений	Интернальность в области неудач	Интернальность в межличностных отношениях
Планирование	0,460*	0,397*		
Моделирование	0,428*		0,374*	
Оценивание результатов				0,374*

Примечание: * — $p \leq 0,05$.

Таблица 6
Взаимосвязи саморегуляции поведения и смысловых ориентаций, группа 1

Шкалы	Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией
Общий уровень саморегуляции поведения	0,399*

Примечание: * — $p \leq 0,05$.

Таблица 7
Взаимосвязи саморегуляции поведения и смысловых ориентаций, группа 2

Шкалы	Цели	Эмоциональная насыщенность жизни	Удовлетворенность самореализацией	Локус-контроль «жизнь» (управляемость жизнью)	Общий показатель
Планирование				0,430*	0,393*
Моделирование	0,422*	0,387*	0,494**	0,447*	0,531**
Гибкость			0,397*		
Общий уровень саморегуляции поведения		0,405*	0,506**	0,550**	0,498**

Примечание: * — $p \leq 0,05$; ** — $p \leq 0,01$.

объективно оценивать результаты своей деятельности, возможность гибко приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям внешней среды. Здоровые люди при высокой мотивации способны формировать стиль саморегуляции, позволяющий компенсировать влияние личностных особенностей, препятствующих достижению цели, легче овладевают новыми видами активности, увереннее чувствуют себя в незнакомых ситуациях, их успехи в привычных видах деятельности стабильнее и легче поддаются прогнозированию. Эмоциональная составляющая в меньшей степени оказывает влияние на их поведение по сравнению с больными параноидной шизофренией.

При исследовании УСК выявлены особенности, представленные в табл. 2.

Общий УСК у здоровых испытуемых достоверно выше, чем у больных шизофренией. Таким образом, здоровым людям свойственно убеждение, что важные жизненные события — результат их собственных действий, они могут управлять ими, принимая ответственность за происходящее и то, как складывается жизнь в целом. Их отличают более позитивное отношение к миру и большая осознанность смысла и целей жизни в сравнении с пациентами в группе 2.

При изучении смысложизненных ориентаций у больных параноидной шизофренией и здоровых обследуемых обнаружены особенности, представленные в табл. 3.

В группе 1 показатели по всем шкалам теста смысложизненных ориентаций достоверно выше, чем в группе 2. В группе 2 менее выражены цели на будущее, придающие жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Эмоциональная насыщенность также более скудная в сравнении с испытуемыми из группы 1, отмечаются неудовлетворенность жизнью в настоящем моменте, а также недостаточность самореализации, фатализм, убеждение, что жизнь неподвластна сознательному контролю, а свобода выбора — иллюзия, бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

При изучении взаимосвязей стилей саморегуляции поведения с УСК обнаружены особенности, представленные в табл. 4 и 5.

В группе 1, при высокой способности к саморегуляции, также высоко развито осознание своей ответственности за происходящее в жизни в целом, в сфере семейных и профессиональных отношений. Интернальность в производственных отношениях зависит от способности к разработке реалистичных, умеренно детализированных, устойчивых и иерархичных планов по достижению целей. Возможность адекватно оценить достигнутые результаты и своевременно внести корректировки сопряжена с принятием ответственности в семейных отношениях и в области здоровья, а также с общей интернальностью.

В группе 2 рациональное принятие ответственности за происходящее и осознание своей роли в текущих жизненных событиях положительно взаимосвязано с развитой способностью к планированию, возможностью минимизировать влияние эмоций, сохранив устойчивый способ достижения цели. Планирование сопряжено с принятием ответственности за достижения, а способность управлять эмоциями взаимосвязана с интернальностью в области неудач. Способность оценить достигнутые результаты положительно взаимосвязана с интернальностью в межличностных отношениях. Представляется важным, что статистически достоверных взаимосвязей общего уровня саморегуляции поведения и интернальности, — как общей, так и в различных сферах жизни — у представителей группы 2 не выявлено. В силу особенностей мыслительной сферы, свойственных процессуальным расстройствам, они считают, что мало влияют на происходящие события, а действия по удовлетворению актуальной потребности у них хорошо контролируемы и целенаправлены.

При изучении взаимосвязей саморегуляции поведения и смысложизненных ориентаций выявлены особенности, представленные в табл. 6 и 7. Статистически достоверных корреляций общего уровня и стилей саморегуляции поведения в группе 2 больше, чем в группе 1. Это объясняется парциальностью успешности в той или иной области жизни: например, при сохраненных профессиональных навыках может существенно страдать коммуникативный аспект и т. п.

В группе 1 чем выше способность к саморегуляции поведения, тем большую удовлетворенность от самореализации испытывает человек. Таким образом, возможны концентрация на важных целях и осознанное откладывание более мелких потребностей или вовсе пренебрежение ими, если они противоречат ключевой задаче.

У пациентов группы 2 при развитой саморегуляции отмечаются высокая эмоциональная насыщенность жизни, удовлетворенность самореализацией, признание способности управлять жизнью и принятие ответственности за это, также высок уровень общей удовлетворенности жизнью. С двумя последними аспектами положительно взаимосвязана способность к планированию, а удовлетворенность самореализацией сопряжена с поведенческой гибкостью. Кроме того, важность жизненных целей, способность получать удовольствие от процесса жизни и самореализации, общая удовлетворенность и убежденность в том, что жизнь в большей мере управляется внешними обстоятельствами, проявляются тем сильнее, чем выше способность совладать с эмоциями в выдвижении целей и на пути к удовлетворению потребности. Любопытно, что при осознанности и адекватности представлений о внешних и внутренних значимых условиях отмечается склонность считать, что внешние факторы имеют большее влияние на происходящее, чем собственный вклад в развитие событий. Вероятно, в этом находит отражение свойственная больным амбивалентность восприятия себя и окружающего мира.

Выводы

Лица, страдающие параноидной шизофренией, выявляют нарушения АКМ, в частности, проявляющиеся в снижении уровня саморегуляции поведения по сравнению с условно здоровыми испытуемыми. При этом нарушение саморегуляции у больных шизофренией не тотально. Она страдает в силу снижения возможности адекватно оценивать внутренние переживания и внешние обстоятельства, как следствие, возникает неустойчивость отношения к ситуации и трудности в оценке ее изменений. Это приводит к затруднениям перестройки собствен-

ного поведения, то есть снижению гибкости. Им сложнее овладевать новыми формами активности, они испытывают большие трудности в приспособлении к незнакомой обстановке, а успехи в привычной деятельности нестабильны и сложнее прогнозируемы, поведение во многом зависит от эмоциональной составляющей.

Пациентам с шизофренией также свойственны ослабление УСК и ряда параметров смысложизненных ориентаций, что, в свою очередь, предопределяет нарушения саморегуляции их поведения.

Полученные данные расширяют представления о дефиците АКМ лиц, страдающих тяжелым эндогенным психическим расстройством, и дают возможность прицельного выбора мишеней при проведении психосоциальных вмешательств в комплексном лечении больных шизофренией.

Список литературы

1. Беляев И. А. Ограничение и компенсация способностей и потребностей целостного человеческого существа / И. А. Беляев // Вестник Оренбургского государственного университета. — 2009. — № 2 (96), февраль. — С. 24–30.
2. Вид В. Д., Лутова Н. Б. Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. тр. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева. — 2001. — Т. 137. — С. 116–120.
3. Каравая Т. А., Коцюбинский А. П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. — СПб: Спецлит, 2018. — 286 с.
4. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. — М.: Смысл, 2000. — 18 с.
5. Моросанова В. И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. — М.: Наука, 1998. — 191 с.
6. Петрова Н. Н., Вишневская О. А. Характеристика суицидального поведения больных с депрессией в ремиссии шизофрении. — Тюменский медицинский журнал. — Т. 15, № 3. — 2015. — С. 12–13.
7. Рассказова Е. И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? // Теоретическая и экспериментальная психология. — 2014 — Т. 7 — № 1. — С. 43–56.
8. Реан А. А. Практическая психодиагностика личности: Учеб. пособ. — СПб: Изд-во СПб ун-та, 2001. 224 с.
9. Янушко М. Г. Взаимосвязь когнитивных нарушений и побочных эффектов антипсихотической терапии у больных шизофренией. // Российский психиатрический журнал. — № 6. — 2010. — С. 64–69.
10. Amador XF, David AS. Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders. 2nd London: Oxford Univ. Press; 2004. p. 416.
11. Casey BJ, Somerville LH, Gotlib IH, Ayduk O, Franklin NT, Askren MK, Jonides J, Beriman MG, Wilson NL, Teslovich T, Glover G, Zayas V, Mischel W, Shoda Y. Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. Proc Natl Acad Sci USA. 2011 Sep 6.
12. Duckworth AL, Seligman ME. Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents. Psychol Sci. 2005 Dec.
13. Hagger MS, Wood C, Stiff C, Chatzisarantis NL. Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. // Psychol Bull. 2010 Jul.
14. Heatherton TF, Wagner DD. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. Trends Cogn Sci. 2011 Mar; 15 (3): 132–9.
15. Higgins ET. Eview Beyond pleasure and pain // Am Psychol. 1997 Dec.
16. Hofmann W, Baumeister RF, Förster G, Vohs KD J. Pers. Everyday temptations: an experience sampling study of desire, conflict, and self-control. Soc Psychol. 2012 Jun.
17. Inzlicht M, Schmeichel BJ, Macrae CN. Why self-control seems (but may not be) limited. Trends Cogn Sci. 2014 Mar.
18. Macdonald G, Leary MR. Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. Psychol Bull. 2005 Mar.
19. Mischel W, Shoda Y, Rodriguez MI. Delay of gratification in children. Science. 1989 May 26.
20. Mitchell JP. Brain Res. Mentalizing and Marr: an information processing approach to the study of social cognition. 2006 Mar 24.
21. Shah JY. The automatic pursuit and management of goals. Curr Dir Psychol Sci. 2005.
22. Todd F. Heatherton. Neuroscience of Self and Self-Regulation // Annu Rev Psychol. 2011.



<https://sechenov-somnolog.confreg.org>



Кафедра нервных болезней Института профессионального образования и отделение медицины сна Университетской клинической больницы №3 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова
Общероссийская общественная организация «Российское общество сомнологов»
Национальное общество специалистов по детскому сну
Российское общество исследователей сновидений
Секция сомнологии Физиологического общества им. И.П. Павлова РАН

приглашают принять участие в

XI ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОМНОЛОГИИ»

Конгресс-центр Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8

Участие в конференции **БЕСПЛАТНОЕ**.

В рамках конференции пройдет тематическая выставочная экспозиция медицинского оборудования, инструментов и фармакологических препаратов.

**15–16
НОЯБРЯ
2018**