Министерство просвещения Российской Федерации

Государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Ленинградской области
«Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина»

Международный конкурс «Высокие цели»

Курсовая работа

«Копинг-стратегии и механизмы преодоления кризисов у лиц с расстройствами личности»

Выполнил: Соколенко Анна Владимировна

Студент 6 курса

Руководитель: Чермянин Сергей Викторович

2026/27

Stars of Science and Education

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ…….....3
ГЛАВА 1. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И МЕХАНИЗМЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИЗИСОВ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ.....7
1.1 Понятие копинг – стратегий: основные подходы, значение.....7
1.2 Механизмы психологической защиты:виды, роль в структуре личности...12
1.3 Классификация расстройств личности.....14
1.4 Особенности переживания кризисов у лиц с расстройством личности.....18
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ….....21
2.1 Описание выборки…….....21
2.2 Используемые методики…….....21
2.2.1 Многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В., 1993).....21
2.2.2 Индекс жизненного стиля (ИЖС) (в адаптации Л.И. Вассерман,О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова, 1999).....22
2.2.3 Восьмицветовой тест Люшера (в адаптации Цыганок И.И., 2006).....23
2.2.4 Тест руки (Hand-test) (в адаптации Курбатовой Т.Н., 1984).....23
2.2.5 Тест фрустрационных реакций Розенцвейга (в адаптации Н. В. Тарабриной, 1984).....24
2.2.6 Тест «Дом, дерево, человек» (ДДЧ) (Дж. Бак, 1948).....25
2.3 Математико-статистическое обеспечение исследования.....26
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....27
3.1 Результаты частотного анализа данных ….....27
3.2 Результаты сравнительного анализа данных ….....33
3.3 Результаты корреляционного анализа данных 1 группы (лица с расстройством личности).....40
3.3.1 Корреляционный анализ данных 1 группы по методикам «МЛО-АМ» и «Индекс жизненного стиля (ИЖС)» 40
3.3.2 Корреляционный анализ данных 1 группы по методикам «МЛО-АМ» и «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга».....44
3.4 Результаты корреляционного анализа данных 2 группы (лица с диагнозом «Шизофрения»….....48
3.4.1 Корреляционный анализ данных 2 группы по методикам «МЛО-АМ» и «Индекс жизненного стиля (ИЖС)» 48
3.4.2 Корреляционный анализ данных 2 группы по методикам «МЛО-АМ» и «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга».....51
ВЫВОДЫ….....53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ….....55
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....56

ВВЕДЕНИЕ

Современное общество характеризуется высоким уровнем жизненных стрессоров, что требует от человека постоянной адаптации и способности эффективно справляться с возникающими трудностями. Особенно остро проблема преодоления кризисных ситуаций проявляется у лиц с расстройствами личности. Данная категория людей отличается устойчивыми паттернами внутреннего опыта и поведения, которые значительно отклоняются от ожиданий культуры и затрудняют социальное функционирование.

Одним из ключевых аспектов адаптации к стрессу являются копинг-стратегии — осознанные и неосознанные методы преодоления трудных жизненных ситуаций. Исследование копинг-механизмов у лиц с расстройствами личности позволяет глубже понять особенности их реагирования на стресс, а также разработать более эффективные подходы к психологической помощи.

Актуальность изучения копинг-стратегий и кризисного реагирования у лиц с расстройствами личности определяется несколькими факторами:

- Ростом частоты диагностирования расстройств личности. Согласно данным ВОЗ, распространённость расстройств личности колеблется от 6 до 13 %, что делает задачу оказания эффективной психологической помощи особенно значимой.

- Высокой уязвимостью к стрессу. Как отмечал Отто Кернберг, лица с расстройствами личности характеризуются недостаточной интеграцией «Я» и слабостью адаптационных механизмов [8].

- Значимостью концепции копинга для психотерапии. Лазарус и Фолкман выделили два основных типа копинга: проблемно-ориентированный и эмоционально-ориентированный. Исследования показывают, что лица с расстройствами личности чаще используют дезадаптивные механизмы, такие как избегание, вытеснение или проекция [18].

- Саул Розенцвейг использовал разработанную им методику (Тест рисуночной фрустрации) для изучения реакций индивида на неудачи и

способы выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности.

Данная методика показала свою эффективность и обладала определенной валидностью для изучения социальной адаптации некоторых морбидных психологических особенностей, в частности, аутистических свойств личности. Так. исследования отечественных авторов (Гончарская Т. В., Мальков Н. Р., 1984) показали, что функциональная недостаточность больных шизофренией (в особенности малопрогредиентной ее формой) проявляется в чувстве неуверенности в себе, ощущении собственной неполноценности, в неумении естественно, непринужденно выражать свои мысли и чувства, объективно оценивать ситуации, устанавливать полноценные контакты с людьми. То есть, изучение копинг-реакций данной категории лиц с помощью социальных (жизненных) ситуаций рисуночного теста Розенцвейга обладает достаточной разрешающей способностью на ряду с другими психодиагностическими методиками.

В связи с вышеизложенным, анализ особенностей и структуры копинг-стратегий у лиц с расстройствами личности приобретает не только теоретическую, но и прикладную значимость, способствуя совершенствованию методов психологической поддержки и психотерапии.

В данном исследовании было решено сравнить две группы: лица с расстройствами личности и больных шизофренией. Такой выбор обусловлен следующими причинами:

1. Сходство и различие в психической уязвимости. Оба диагноза — расстройства личности и шизофрения — характеризуются значительной нарушенностью адаптационных процессов, однако природа этих нарушений различна. Сравнение позволяет выявить, какие особенности копинг-стратегий связаны с хронической дезадаптацией личности, а какие — с психотической симптоматикой.

2. Роль стрессовых событий и копинга. Как отмечают Лазарус , эффективность копинг-стратегий во многом определяет исход адаптации при

тяжелых психических расстройствах. Для обеих групп стресс является значимым триггером дезадаптации, а их способы справляться со стрессом представляют научный и практический интерес.

3. Сравнения дезадаптивных механизмов. При расстройствах личности преобладают определённые защитные и копинг-стратегии — например, проекция, замещение. У больных шизофренией также распространены дезадаптивные стратегии, но их содержание и структура отличны, что позволяет провести сравнительный анализ. Например, Е.Ю. Антохин и В.Г. Будза утверждали, что больные шизофренией склонны к избеганию [1].

Сравнение позволяет выявить, какие копинг-стратегии характерны для эндогенных процессов (шизофрения), а какие — для устойчивых личностных черт (расстройства личности).

Такой сравнительный анализ способствует более точному подбору психокоррекционных техник, учитывающих особенности копинга и кризисного реагирования у каждой группы, что в конечном итоге повышает эффективность психологической помощи.

Целью исследования является изучение копинг-стратегий и механизмов преодоления кризисов у лиц с расстройством личности.

Объект исследования - лица с диагнозом из рубрики «Специфические расстройства личности»(F.60) (Шизоидное расстройство личности) (F.60.1); лица с диагнозом «Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства» (F.20-F.29).

Предмет - копинг-стратегии и механизмы преодоления кризисов.

Задачи:

1) выявить психологические особенности лиц с расстройствами личности и у больных шизофренией;

2) выявить преобладающие механизмы преодоления кризисов у лиц с расстройствами личности и у больных шизофренией;

3) выявить взаимосвязь между личностными чертами и механизмами преодоления кризисов у лиц с расстройствами личности.

Гипотеза: существуют различия между копинг-стратегиями и механизмами преодоления кризисов у лиц с расстройствами личности и больных шизофренией, в зависимости от преобладания тех или иных личностных черт.

ГЛАВА 1. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И МЕХАНИЗМЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИЗИСОВ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

1.1 Понятие копинг – стратегий: основные подходы, значение

Термин «копинг» был введён американским психологом А.Маслоу. Под «копингом» автор имел ввиду готовность индивида решать жизненные проблемы. Данное понятие представляет собой поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам, и предполагает сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса. При выборе активных действий повышается вероятность устранения воздействия стрессоров на личность. Особенности этого умения связаны с Я–концепцией, локусом контроля, эмпатией, условиями среды. По представлениям А. Маслоу, такое поведение противопоставлено экспрессивному поведению [11].

В настоящее время существует трёхфакторная модель совладающего поведения. В соответствии с данной моделью совладающее поведение рассматривается, как целенаправленное социальное поведение, позволяющее индивиду преодолеть стрессовые ситуации. Оно осуществляется с помощью применения копинг – стратегий на основе личностных и средовых копинг – ресурсов. Копинг – стратегиями является совокупность когнитивных и поведенческих усилий, которые затрачивает индивид для ослабления стресса или как стабилизирующий фактор, который помогает людям поддерживать психосоциальную адаптацию в течение стрессового периода [17]. Это актуальные осознанные ответы личности на воспринимаемую угрозу. Копинг – ресурсами являются характеристики личности и социальной среды, которые способствуют развитию копинг – стратегий. Личностные ресурсы включают навыки и способности индивида, а средовые заключаются в доступности социальной поддержки. Когнитивно – поведенческий подход, разработанный С. Фолкмен и Р. Лазарусом, имеет большое значение, так как в нем подчёркивается приоритет приобретённых механизмов преодоления стресса относительно врождённых. Такой подход учитывает не только личностные, но и ситуационные факторы, и их взаимодействие [10].

В отечественной психологии термин «копинг» появился только в 1990- е гг. Здесь совладающее поведение представляет собой осмысленное рациональное поведение, которое направлено на исключение стрессовой ситуации. По мнению отечественных исследователей, изучение совладающего поведения должно быть включено в контекст трудностей, на которые оно сосредоточено. Основные функции совладания заключаются в обеспечении и поддержании внешнего и внутреннего благополучия человека. Это достигается путём осознания ситуации и способов эффективного совладания с ней, а также умением вовремя использовать их.

Копинг направлен на устранение угрозы, поддержание баланса между требованиями среды и ресурсами. С. К. Нартова – Бочавер считает, что понятие «копинг» охватывает обширный спектр человеческой активности и включает все виды взаимодействия субъекта с внешними и внутренними задачами: попытки овладеть или смягчить, привыкнуть или уклониться от требований проблемной ситуации [15]. И. М. Никольская и Р. М. Грановская понятие «копинг» подвергали анализу как более обширное по своему содержанию, чем понятие «защитный механизм». Копинг включает в себя как бессознательное, так и осознанные защитные техники. В основе каждого копинга может лежать несколько разнообразных защитных интрапсихических механизмов. Например, когда человек сознательно не замечает неприятную ситуацию или подшучивает над ней, это отчасти может основываться на отрицании, отчасти – на рационализации [16]. Схожей позиции придерживается Е. Р. Исаева. По ее мнению, психологическая защита, как раннее и стабильное образование, даёт направление и устанавливает выбор соответствующего её структуре совладающего поведения [5]. В то же время данные исследователи утверждают, что совладанию можно обучить за счёт овладения определённой последовательностью действий, которая может быть описана и воспринята человеком.

Р. Лазарусом и С. Фолкманом была предложена классификация типов совладающего поведения:

- копинг, ориентированный на проблему (усилия направляются на решение возникшей проблемы);

- копинг, ориентированный на эмоции (эмоциональное отношение к ситуации).

Копинг, ориентированный на проблему, сосредоточен на рациональном анализе проблемы, проявляется в самостоятельном анализе произошедшего и в обращении за помощью к другим, поиске дополнительной информации и объединен с организацией и выполнением плана разрешения трудной ситуации. Как утверждает Р. Лазарус, в результате проблемно – ориентированного совладания взаимоотношения человека с внешним миром могут изменяться в благоприятную сторону, что позитивно влияет на испытываемое им стрессовое состояние. Проблемно – сфокусированное совладание включает в себя агрессивные межличностные усилия, сосредоточенные на изменение ситуации и холодные, рациональные, преднамеренные усилия, направленные на разрешение проблемы [5]. Копинг, ориентированный на эмоции, связан с усилиями, направленными на регулирование эмоционального отклика на ситуацию стресса, которые имеют различные формы: дистанцирование от проблемы, абстрагирование от негативных эмоций, ориентация на позитивные аспекты ситуации, избегание. Большинство исследователей считают, что копинг, сфокусированный на эмоциях, является менее продуктивным. Неэффективность данного копинга заключается в том, что он может изменить лишь «способ интерпретации случившегося», но не саму ситуацию.

Выделяют восемь основных копинг-стратегий:

1. Планирование решения проблемы, предполагающее старания по изменению ситуации, содержащие аналитический подход к решению проблемы.

2. Конфронтационный копинг (агрессивные усилия для изменения ситуации, определённая степень враждебности и готовности к риску).

3. Принятие ответственности (признание своей роли в возникновении проблемы и стремления её решения).

4. Самоконтроль (старания по регулированию своих эмоций и действий).

5. Положительная переоценка (усилия по поиску плюсов существующего положения дел).

6. Поиск социальной поддержки (обращение к помощи и поддержке окружающих).

7. Дистанцирование (когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить её значимость).

8. Бегство-избегание (желание и усилия, сосредоточенные к бегству от проблемы).

Эти копинг - стратегии условно можно разделить на четыре группы. В первую группу входят стратегии принятия ответственности, конфронтации планирования решения проблемы. Эти стратегии подразумевают, что человек прикладывает активные усилия, стараясь самостоятельно поменять ситуацию, и поэтому нуждается в дополнительной информации о ней. В результате он сосредоточивает особое внимание на условия взаимодействия и анализирует их.

Вторую группу образуют стратегии положительной переоценки и самоконтроля. Эти копинг – стратегии подразумевают контроль человека за своим состоянием, решение проблемы посредством его изменения. Люди, которые активно используют эти стратегии, могут обращаться к условиям взаимодействия как к средству, помогающему им осуществить задуманное. Например, они могут искать оправдание или позитивные аспекты того положения, в котором они оказались.

Третью группу копинг – стратегий составляют бегство-избегание и дистанцирование. Они подразумевают «уход», отрешение человека от активного изменения ситуации или своего состояния. Людям, применяющим эти стратегии, не нужна информация об обстоятельствах взаимодействия, от участия в котором они отказываются, и поэтому они не придают ей серьёзного значения. В итоге она не оказывает влияния на их состояние.

Четвертую группу образует стратегия поиска социальной поддержки. Эта копинг – стратегия не подразумевает склонности «выйти» из ситуации, но и не предполагает самостоятельного решения завязавшейся проблемы. Поэтому

человек, который использует её, также не заинтересован в поиске дополнительной информации.

Данная классификация, по мнению Р. Лазаруса и С. Фолкмена, не говорит о том, что человек прибегает к использованию исключительно одного типа копинга. Каждый человек использует комплекс приёмов и методов как проблемно – ориентированного, так и эмоционально – ориентированного копинга для того, чтобы преодолеть стресс.

В контексте данной работы, в роли защитных реакций (копингов) рассматривается концепция Сола Розенцвейга. Его теория направлена на исследование фрустрации и механизмов адаптации личности к стрессовым ситуациям. Автор определял фрустрацию как состояние человека, вызванное объективно-неприодолимым(или субъективными) трудностями на пути к достижению цели. В рамках созданного им «Теста фрустрационных реакций» С. Розенцвейг классифицировал вербальные реакции на фрустрацию по трём группам:

1) Экстрапунитивные (внешне обвиняющие) — испытуемый агрессивно обвиняет внешние препятствия или людей. Сопровождаются гневом и возбуждением;

2) Интрапунитивные (самообвиняющие) — связаны с чувствами виновности и угрызений совести;

3) Импунитивные — попытка уклониться от упрёков, рассматривать ситуацию примиряющим образом.

Защитные реакции по Розенцвейгу можно рассматривать как часть спектра копинг-механизмов, особенно в тех случаях, когда они становятся устойчивыми способами реагирования на стресс.

Расстройства личности часто сопровождаются искажёнными способами восприятия и обработки стрессовых ситуаций. Анализ защитных реакций по Розенцвейгу может выявить специфические паттерны копинга, характерные для разных типов расстройств. Также, у лиц с расстройством личности может быть нарушена способность выдерживать фрустрацию, что приводит к

использованию неадаптивных копинг-стратегий (например, агрессивным реакциям или саморазрушающему поведению). К тому же, многие расстройства личности характеризуются устойчивыми паттернами мышления и поведения. Изучение реакций на фрустрацию помогает понять, как эти паттерны влияют на выбор копинг-стратегий и способствуют поддержанию симптоматики.

Таким образом, процесс копинга представляет собой комплексный ответ на стресс. И. М. Никольская и Р. М. Грановская разделяют стратегии совладания на три группы: поведенческие, эмоциональные и познавательные [16]. Первая группа связана со снятием очага напряжения, обусловленного внешними и внутренними факторами путём поведенческих стратегий. Вторая группа предполагает эмоциональную разрядку с целью смещения очага напряжения или с целью поиска общественной поддержки. Третья группа включает в себя стратегии, которые нейтрализуют напряжённость стресса через изменение субъективной оценки обстоятельства и соответственное изменение уровня его контроля.

Среди основных личностных факторов, оказывающих влияние на успешность стратегий совладающего поведения человека в трудной ситуации выделяют возраст, оптимистическое мировоззрение, вера (как психологическая категория), жизненный опыт, самоуважение, устойчивая положительная самооценка, эмпатия, уверенность в себе, реалистический подход к жизни, сильно выраженная мотивация достижения, настойчивость, позитивность и рациональность мышления, активная жизненная установка [9].

1.2 Механизмы психологической защиты:виды, роль в структуре личности

Механизмы психологической защиты занимают важное место в отечественной психологии и психиатрии, поскольку обеспечивают адаптацию личности к внутренним и внешним стрессогенным воздействиям. В отечественной литературе механизмы защиты рассматриваются как автоматические, неосознанные психические процессы, направленные на

снижение внутренней напряжённости, тревоги и других негативных эмоциональных переживаний, возникающих на фоне конфликтов между различными уровнями психики. В отечественной психологии термин был распространён благодаря работам В.Н. Мясищева, сопоставлявшего защитные механизмы с формами реакций личности на фрустрирующие ситуации, а также Л.С. Выготского, подчёркивавшего роль бессознательных процессов в регуляции поведения [13,4].

Классическая структура и типология защитных механизмов были адаптированы российскими исследователями на основе концепции З. Фрейда, а также отечественных школ психоанализа и глубинной психологии. В частности, С.М. Морозов выделяет такие основные виды психологических защит, как вытеснение (удаление из сознания неприемлемых мыслей, желаний или травмирующих воспоминаний), рационализация (поиск логичных, убедительных, но ложных объяснений для оправдания своих поступков или мыслей), отрицание (отказ принимать реальность, если она является слишком болезненной или травмирующей), проекция (приписывание другим людям собственных неприемлемых чувств, мыслей или мотивов), реактивное образование (трансформация неприемлемых чувств в свою прямую противоположность), замещение (перенаправление эмоций с истинного (но недоступного) объекта на более безопасный или доступный), регрессия (возврат к более ранним, детским и инфантильным формам поведения при столкновении с трудностями) и сублимация (наиболее экологичная защита, при которой социально неприемлемые импульсы или эмоции трансформируются в творчество, работу или спорт) [2]. Примитивные (более ранние по развитию) защитные механизмы, такие как отрицание, проекция, регрессия, характерны для детского возраста и ранних этапов формирования личности, в то время как зрелые, например, сублимация, характерны для гармонично развитой личности. В работах Б.Д. Карвасарского также отмечается, что эти механизмы проявляются преимущественно как неосознаваемые

способы адаптации, нередко лежащие в основе личностных и поведенческих особенностей [7].

Роль защитных механизмов в структуре личности определяется их двойственной функцией. С одной стороны, они способствуют сохранению внутреннего равновесия, стабильности Я и обеспечивают субъективное чувство защищённости в условиях воздействия стрессовых или травмирующих факторов. С другой стороны, стойкое и ригидное использование неадаптивных, инфантильных или примитивных защит может привести к формированию личностных расстройств, снижению способности к адекватной социальной адаптации и развитию невротических и психосоматических нарушений. По мнению В.Н. Мясищева и его последователей, особенности защитного поведения отражают структуру личности, её уровень зрелости, механизм интеграции и регуляции внутреннего мира и поведения [9].

Таким образом, механизмы психологической защиты, будучи неотъемлемыми элементами динамической структуры личности, обеспечивают сохранение психического равновесия, но при патологической фиксации на незрелых формах способны создавать предпосылки для нарушения личностного развития и возникновения психопатологии. Их изучение остаётся важным инструментом в арсенале отечественного психолога и психотерапевта при анализе структуры личности, определении её адаптационого потенциала и построении эффективного плана психологической помощи.

1.3 Классификация расстройств личности

Расстройства личности – ряд клинически значимых состояний поведенческих типов, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственного индивидууму с детства стиля жизни и способа отношения к себе и другим. Это дисгармония всех сфер личности с нарушением преимущественно эмоций и воли, своеобразным мышлением.

Аномалии личности мало изменяются в течение жизни, в результате этих нарушений может изменяться адаптация индивидуума в социуме.

В Международной классификации болезней (10-й пересмотр) под специфическим расстройством личности понимают тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, включающее обычно несколько сфер психики и сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Расстройства, возникшие в детстве или подростковом возрасте, проявляются в периоде зрелости, представляют собой существенные отклонения от образа жизни обычного человека со свойственными ему в данной культуре особенностями восприятия, мышления,

эмоций и интерперсональных отношений.

В МКБ-10 выделены следующие типы специфических расстройств личности (F60) [12]:

• Параноидное (параноическое) расстройство личности F60.0

• Шизоидное расстройство личности F60.1

• Диссоциальное расстройство личности F60.2

• Эмоционально неустойчивое расстройство личности F60.3

- импульсивный тип F60.30

- пограничный тип F60.31

• Истерическое расстройство личности F60.4

• Ананкастное расстройство личности F60.5

• Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности F60.6

• Расстройство типа зависимой личности F60.7

• Другие специфические расстройства личности F60.8

• Расстройство личности неуточненное F60.9

• Смешанное расстройство личности F 61.0

Общим механизмом динамики расстройств личности являются компенсация и декомпенсация патологического состояния. Они отражают преимущественно количественные степени выраженности нарушений в пределах одного типа расстройства личности. Компенсация – это тип динамики расстройства

личности, когда в результате развития вторичных характерологических черт, играющих защитную роль в отношении первичных особенностей, обеспечиваются временная адаптация личности к микросреде. Состояние компенсации отличается минимальными проявлениями и удовлетворительными показателями социальной приспособляемости. В эти периоды нет необходимости в медицинской помощи. Декомпенсация – это период, характеризующийся явным заострением основных патологических свойств личности, временным или длительным нарушением социальной адаптации. Клинические проявления декомпенсации могут выходить за рамки собственно личностных расстройств и достигать уровня болезненных состояний (реакции, фазы).

При диагностике необходимо учитывать, что для параноидного расстройства личности характерны враждебность, подозрительность, раздражительность, односторонность и стойкость аффекта. Могут отмечаться патологическая ревность, критическая настроенность к другим людям, неспособность сотрудничать, сутяжная деятельность. Такие личности могут развивать нереалистичные фантастические идеи. Сверхценные идеи подчиняют себе всю личность, определяют поведение индивидуума. Выявляются

аффективные колебания (психогенные и спонтанные). В ответ на стресс, индивидуумы могут испытывать кратковременные психотические эпизоды (от нескольких минут до нескольких часов). У них часто возникает зависимость от психоактивных веществ.

При шизоидном расстройстве личности с ранних лет постепенно формируется

замкнутость (аутизм), дискомфорт в области человеческих общений, обращенность к сфере внутренних переживаний, бедность эмоциональных связей с окружающими. Основой шизоидного темперамента является сочетание чрезмерной чувствительности (гиперестезия) и эмоциональной холодности (анестезия). Обращает на себя внимание дисгармоничность, парадоксальность

внешнего облика и поведения. Мимика лишена живости, голос маломодулирован. Увлечения нередко своеобразные, оригинальные.

Для диссоциального расстройства личности характерны грубое несоответствие между поведением и социальными нормами, поведение, при котором социальные нормы и законы нарушаются. Это люди импульсивные, лишенные чувства ответственности, они не способны извлечь уроки из негативного опыта. В детстве часто отмечаются синдром дефицита внимания и гиперактивности, поведенческие нарушения, оппозиционное отношение и враждебность к окружающим. Рано обнаруживаются склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, патологическое влечение к азартным играм.

При эмоционально неустойчивом расстройстве личности отмечается импульсивность с тенденцией действовать без учета последствий и самоконтроля, неустойчивость настроения с аффективными вспышками. Личностям с импульсивным типом свойственна выраженная возбудимость, ограничения и запреты вызывают бурные реакции протеста с агрессией, двигательным возбуждением. Дисфории перемежаются периодами страха, паники или отчаяния. Длительные периоды повышенного настроения могут смениться дистимическими фазами, спровоцированными психогенными или соматическими нарушениями.

При истерическом расстройстве личности отмечаются чрезмерная эмоциональность и особенности поведения, которые направлены исключительно для привлечения внимания к себе. Внешний вид и поведение эксцентричны, они склонны преувеличивать свои возможности и способности, фантазируют на эту тему. Особенность психики - отсутствие четких границ между воображаемым и действительным. Лица с этим расстройством могут совершить попытку самоубийства с целью привлечения внимания к себе.

При ананкастном расстройстве личности выявляются чрезмерная озабоченность порядком, перфекционизм, упрямство, ригидность сочетающиеся с неуверенностью и чрезвычайной осторожностью.

Обнаруживаются впечатлительность, ранимость, склонность к тревожным опасениям. Внимание к правилам выражено столь значительно, что теряется цель деятельности. Патологическая динамика наблюдается в инволюционном возрасте, нарастают тревожность, ограничение личных потребностей, патологическая скупость. Обсессивно-фобическая симптоматика носит характер изолированных навязчивостей, компульсий, ритуалов. Навязчивости являются эгосинтонными.

При тревожном расстройстве личности можно выявить гиперчувствительность в сфере интерперсональных отношений, ограничение контактов, нерешительность. Эти лица с детства робки, боязливы, не могут оставаться в одиночестве. В коллективе они чувствуют себя неуютно, в референтной группе выбирают тех, с кем чувствуют себя уверенно. Низкая самооценка и гиперчувствительность к отвержению сочетаются с ограничением межличностных контактов. Основные проблемы проявляются в социальной и профессиональной сферах функционирования.

При зависимом расстройстве личности выявляются пассивность, подчиняемость, внушаемость, постоянная потребность в заботе. В повседневной жизни они малоактивны, утомляемы, им недостает инициативы, способности противостоять чужим желаниям, у них отсутствует уверенность в своих силах. Потребность поддерживать значимую связь часто приводит к искаженным взаимоотношениям.

1.4 Особенности переживания кризисов у лиц с расстройством личности

Переживание кризисных состояний у лиц с расстройствами личности обладает характерными чертами, обусловленными особенностями их внутренней структуры, стилями реагирования и защитными механизмами. В отечественной психологии и психиатрии особое внимание уделяется тому, что у таких личностей кризисы часто развиваются с разной интенсивностью и пролонгированностью, а их проявления существенно отличаются от

аналогичных у невротиков или здоровых людей. Согласно классической концепции В.Н. Мясищева, личность с расстройством характеризуется наличием деструктивных компонентов и недостатком психического ресурса для конструктивного кризисного переживания, что способствует закреплению патологических реакций и усугублению личностных проблем [13].

Отечественные исследователи подчеркивают, что у лиц с пограничным, истероидным, антисоциальным или развитием личности, основанным на инфантильных сценариях, кризисный период становится особенно тяжелым, часто сопровождаясь аффективной нестабильностью, импульсивностью, дезорганизацией внутренней позиции и межличностных связей [3,6]. Так, по мнению М.Е. Бурно, кризис у таких пациентов зачастую превращается в катастрофический эмоциональный взрыв, сопровождающийся срывом механизмов саморегуляции, а проявление патологических реакций зачастую превышает адекватные реакции невротиков. В частности, у лиц с пограничными расстройствами личности кризисы нередко сопровождаются аутоагрессивными проявлениями, усилением чувства опустошенности, срывами идентичности и утратой смысла существования [3].

Обращает на себя внимание, что у таких пациентов кризисные ситуации усугубляют внутренние конфликты, связанные с недостаточной стабилизацией Я-концепции, с низкой способностью к саморегуляции эмоций и склонностью к диссоциации.

Исследования В.Н. Мясищева и его учеников подчеркивают, что у таких лиц неразвитые или деформированные защитные механизмы, такие как отрицание, проекция и реактивное образование, не позволяют адекватно воспринимать и перерабатывать проблему, что ведет к закреплению патологического сценария кризиса [14]. Это способствует тому, что переживания кризиса у лиц с личностными расстройствами часто приобретают хронический или повторяющийся характер, что усложняет их терапевтическую коррекцию.

Отмечается также, что для лиц с расстройствами личности характерен «замкнутый круг» кризисов, поскольку их личностные особенности препятствуют реализации адекватных способов преодоления затруднений. В результате, такие лица чаще склонны к развитию хронических депрессивных дилемм, карательных и дистимических состояний, что в свою очередь усложняет их выход из кризиса и требует системной долгосрочной психотерапевтической работы.

Таким образом, переживание кризисов у лиц с расстройствами личности представляет собой сложный и многогранный процесс, в котором проявляются такие особенности, как высокая эмоциональная лабильность, снижение способности к саморегуляции, патологическая фиксация на негативных моделях поведения и межличностных конфликтов. Эти особенности требуют от специалистов применения комплексных, адаптированных методов психотерапии, нацеленных не только на устранение симптомов, но и на внутреннее изменение структурных компонентов личности, способных обеспечить меньшую уязвимость в кризисных ситуациях.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Описание выборки

Исследование проводилось на выборке пациентов с поставленным диагнозом из раздела «Специфические расстройства личности» **(**F60) и «Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства» (F20-F29) по МКБ-10 с апреля по май 2026 г. на базе СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко».

В исследовании были использованы материалы обследовании 24 человек мужского и женского пола в возрасте от 22 до 36 лет.

С респондентами были проведены личные встречи, которые занимали около часа. После объяснения инструкций и как заполнять бланки вопросов не возникало.

Респонденты были разделены на две группы в зависимости от диагноза:

Первая группа (n=12) – лица с диагнозом из рубрики «Специфические расстройства личности» (F.60);

Вторая группа (n=12) – лица с диагнозом «Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства» (F20-F29).

2.2 Используемые методики

2.2.1 Многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В., 1993)

Предназначен для изучения адаптивных возможностей индивида на основе оценки некоторых психофизиологических и социально-психологических характеристик, отражающих интегральные особенности психического и социального развития. Опросник принят в качестве стандартизированной методики и рекомендуется к использованию для решения задач профессионального психологического отбора, психологического сопровождения учебной и профессиональной деятельности.

Результаты тестирования по МЛО могут быть интерпретированы от простейших суждений («годен — не годен») до подробной личностной характеристики.

Многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» состоит из 165 вопросов и имеет 4-е структурных уровня, что позволяет получить информацию различного объёма и характера.

Шкалы 1-го уровня являются самостоятельными и соответствуют базовым шкалам СМИЛ (MMPI), позволяют получить типологические характеристики личности, определить акцентуации характера.

Шкалы 2-го уровня соответствуют шкалам опросника ДАН («Дезадаптационные нарушения»), предназначенного для выявления дезадаптационных нарушений преимущественно астенических и психотических реакций и состояний.

Шкалы 3-го уровня: поведенческая регуляция (ПР), коммуникативный потенциал (КП) и моральная нормативность (МН).

Шкала 4-го уровня — личностный адаптационный потенциал (ЛАП).

2.2.2 Индекс жизненного стиля (ИЖС) (в адаптации Л.И. Вассерман,О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова, 1999)

Опросник базируется на психодиагностической системе Келлермана-Плутчика, которая связывает личностную диспозицию с определенной эмоцией, с определенным защитным механизмом.

Опросник ИЖС (LSI) состоит из 97 утверждений (приложение 5). Пациент должен отметить те высказывания, которые соответствуют его поведению или состоянию. Бланк для регистрации ответов представляет собой решетку, в которой вертикалям соответствуют номера утверждений, а горизонталям шкалы, отвечающие 8 измеряемым защитным механизмам: A – отрицание, B – вытеснение, C – регрессия, D – компенсация, E – проекция, F – замещение, G – интеллектуализация, H – реактивное образование.

2.2.3 Восьмицветовой тест Люшера (в адаптации Цыганок И.И., 2006)

Цветовой тест Люшера – это проективная методика психодиагностики, разработанная швейцарским психологом Максом Люшером. Он основан на предположении, что цветовые предпочтения человека отражают его текущее психологическое и эмоциональное состояние, а также скрытые особенности личности. Цветовой тест используется для определения уровня стресса, тревожности, внутренних конфликтов, психофизиологического состояния и даже для оценки совместимости в коллективе.

Используется набор из восьми цветов: серого (условный номер — 0), тёмно-синего (1), сине-зелёного (2), красно-жёлтого (3), жёлто-красного (4), красно-синего или фиолетового (5), коричневого (6) и чёрного (7).

Сама процедура тестирования состоит в упорядочивании цветов испытуемым по степени их субъективной приятности. Тестирование проводится при естественном освещении, однако недопустимо воздействие на таблицу цветов прямого солнечного света. Инструкция предусматривает просьбу отвлечься от ассоциаций, связанных с модой, традициями, общепринятыми вкусами и постараться выбирать цвета только исходя из своего личного отношения.

2.2.4 Тест руки (Hand-test) (в адаптации Курбатовой Т.Н., 1984)

«Hand-test» – проективная методика исследования личности. Впервые опубликована в 1962 году. Идея создания теста предлежит Э. Вагнеру, система подсчета очков Т-коэффициента разработаны З. Пиотровским и Б. Бриклин. В нашей стране тест адаптирован Курбатовой Т.Н.

В отличие от большинства проективных методик, в которых внимание фокусируется на общей картине личности, а не на измерении отдельных ее свойств, «Hand-test» допускает обе эти возможности. Он может быть использован как традиционный клинический инструмент для выявления существенных потребностей, мотивов, конфликтов личности. Кроме того, в

силу конструктивных потребностей методика позволяет надежно прогнозировать и качественно оценивать такое специфическое свойство личности, как «открытое агрессивное поведение».

Стимульный материал состоит из девяти карточек со стандартным изображением кистей рук и одной пустой карточки. Десять карточек предъявляются обследуемому в определенной последовательности в конкретной фиксируемой позиции со следующей инструкцией: «Что, по Вашему мнению, делает эта рука?». Десятая карта (пустая) предъявляется с инструкцией: «Сначала представьте себе какую-нибудь руку, а затем опишите те действия, которые она может выполнять».

2.2.5 Тест фрустрационных реакций Розенцвейга (в адаптации Н. В. Тарабриной, 1984)

Методика предназначена для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности.

Материал теста состоит из серии 24 рисунков, представляющих каждого из персонажей во фрустрационной ситуации. На каждом рисунке слева персонаж представлен во время произнесения слов, описывающих фрустрации другого индивида или его собственную. Персонаж справа имеет над собой пустой квадрат, в который должен вписать свой ответ, свои слова. Черты и мимика персонажей устранены из рисунка, чтобы способствовать идентификации этих черт (проективно). Ситуации, представленные в тесте, можно разделить на две основные группы.

- А. Ситуация препятствия «я» (эгоблокинговые). В этих ситуациях какое-либо препятствие, персонаж или предмет останавливают, обескураживают, сбивают с толку, словом, любым прямым способом фрустрируют субъекта. Существуют 16 ситуаций этого типа.

- Б. Ситуация препятствия «сверх я» (суперэгоблокинговые). Субъект при этом служит объектом обвинения. Его призывают к ответственности или обвиняют другие. Таких ситуаций 8.

Между этими двумя типами ситуаций имеется связь, т.к. ситуация «суперэгоблокинговая» предполагает, что ей предшествовала ситуация препятствия «я», где фрустратор был объектом фрустрации. В исключительных случаях субъект может интерпретировать ситуацию препятствия «сверх я» и обратно. Испытуемому вручается серия рисунков и даётся следующая инструкция: «Каждый из рисунков состоит из двух или более человек. Один человек всегда изображен говорящим определённые слова. Вам надо написать в пустом пространстве первый же пришедший Вам на ум ответ на эти слова. Не старайтесь отделаться шуткой. Действуйте по возможности быстрее».

2.2.6 Тест «Дом, дерево, человек» (ДДЧ) (Дж. Бак, 1948)

"Дом-Дерево-Человек" (ДДЧ) - одна из самых известных проективных методик исследования личности. Она была предложена Дж. Буком в 1948 г. Тест предназначен как для взрослых, так и для детей. Возможно групповое обследование.

Процедура диагностики заключается в следующем. Обследуемому предлагается нарисовать дом, дерево и человека.

Р. Берне при использовании теста ДДЧ просит изобразить дерево, дом и человека в одном рисунке, в одной происходящей сцене. Считается, что взаимодействие между домом, деревом и человеком представляет собой зрительную метафору. Если привести весь рисунок в действие, то вполне возможно заметить то, что действительно происходит в нашей жизни.

Особым способом интерпретации может быть порядок, в котором выполняется рисунок дома, дерева и человека. Если первым нарисовано дерево, значит, основное для человека - жизненная энергия. Если первым рисуется дом, то на первом месте - безопасность, успех или, наоборот, пренебрежение этими понятиями.

2.3 Математико-статистическое обеспечение исследования

Все математические расчеты осуществлялись в программе Excel с использованием автоматических формул для подсчета.

Были проведены:

1. Частотный анализ изучаемых показателей для выявления процентного соотношения выраженности признаков
2. Сравнительный анализ (U- критерий Манна-Уитни).

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Результаты частотного анализа данных



Рисунок 3.1.1 — Результаты частотного анализа данных, полученных по методике “Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ), А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин”, по шкалам 2-го,3-го и 4-го уровня

Примечание: ПР- поведенческая регуляция ;КП - коммуникативный потенциал;МН- моральная нормативность ; ЛАП- личностный адаптационный потенциал ;АС- Астенические реакции и состояния ;ПС - Психотические реакции и состояния; ДАН - Дезадаптационные нарушения.

По результатам частотного анализа изучаемых показателей по опроснику МЛО-АМ по шкалам 2-го,3-го и 4-го уровня было выявлено,что лицам с расстройством личности и больным шизофренией характерен низкий уровень поведенческой регуляции (ПР) и личностного адаптационного потенциала (ЛАП). Низкий уровень был выявлен у 83% испытуемых. Такие данные говорят о том, что данному контенгенту свойственна определённая склонность к нервно-психическим срывам, отсутствие адекватности самооценки и адекватности восприятия действительности.

Также у 83% лиц с расстройствами личности был выявлен низкий уровень по шкале ДАН (дезадаптационные нарушения). Это свидетельствует о том, что таким лицам сложно приспосабливаться в новых, незнакомых условиях, есть сложности в построении межличностных отношений и может пролеживаться нервно-психическая неустойчивость.

У 67% респондентов из 1 группы (лица с расстройством личности) был выявлен низкий уровень коммуникативного потенциала, астенических и психотических реакций. Это проявляется в виде затруднения в построении контактов с окружающими, проявление агрессивности, повышенная конфликтность,повышенная тревожность, инсомнические нарушения, различные соматоформные проявления, а также нервно-психическая неустойчивость.



Рисунок 3.1.2 — Результаты частотного анализа данных, полученных по методике “Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ), А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин”, по шкалам 1-го уровня

Примечание: L - шкала достоверности; F - шкала надежности; K - шкала коррекции; Hs - шкала ипохондрии; D - шкала депрессии; Hy - шкала истерии; Pd - шкала психопатии; Mf - шкала мужественности-женственности; Pa - шкала паранойяльности; Pt - шкала психастении; Sc - шкала шизоидности; Ma - шкала гипомании; Si - шкала социальной интроверсии.

По результатам частотного анализа данных по методике МЛО-АМ по шкалам 1-го уровня у 83% респондентов 1-ой и 2-ой группы был выявлен высокий уровень по шкале депрессии (D), психастении (Pt) и шизоидности (Sc). Такие результаты могут говорить о том, что таким лицам характерна тенденция к сниженному фону настроения, неуверенности в своих силах, повышенном чувстве вины, повышенная чувствительность, излишняя тревожность, нерешительность, мнительность, неуверенность в себе. Выраженная интуитивность, способность тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, склонность к фантазированию.

В отличии от 2-ой группы, у 1-ой был выявлен высокий уровень по шкале ипохондрия (Hs) у 67% респондентов. Это свидетельствует о тенденции к

астеноневротическому типу реагирования, склонности к социальной пассивности, подчиняемости. Данной группе может быть характерна плохая переносимость смены обстановки.

Также, у двух групп наблюдается высокий уровень по шкале психопатии (Pd), у 67%. Данная шкала свидетельствует о признаках социальной дезадаптации, тенденции к повышенной агрессивности, межперсональной конфликтности, частой перемене настроения, интересов и привязанностей, обидчивость.



Рисунок 3.1.3 — Результаты частотного анализа данных, полученных по методике «ИЖС»
Примечание: СНЗ - степень напряжённости защит.

По результатам частотного анализа данных по методике ИЖС, у 83% больных шизофренией был выявлен высокий уровень по шкале «Реактивное образование». Данный механизм характеризуется подавлением своих истинных, социально неприемлемых чувств или желаний и замена их на прямо противоположные — как в мыслях, так и в поведении.

У 83% лиц с расстройствами личности был выявлен высокий уровень по шкалам регрессии и замещения. Это означает, что таким лицам в стрессовых ситуациях характерен возврат к более ранним, детским и примитивным способам поведения, а также перенос подавленной эмоции (чаще всего гнева или раздражения) с недоступного объекта на тот, который безопасен или доступен.

Также, у 100% респондентов, как из 1 , так и из 2 группы, имеют высокие показатели по шкале «Компенсация». этот механизм психологической защиты проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта нестерпимого чувства другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности. Такая защита реализуется через усиленное развитие и преувеличение других, более сильных сторон своей личности или навыков.

Высокий показатель степени напряжённости защит у двух групп указывает на то, что защита стала жесткой, ригидной и постоянной. Психика перегружена стрессом, и человек «застревает» в неконструктивном поведении. Защита мешает адекватно оценивать реальность и решать проблемы напрямую.

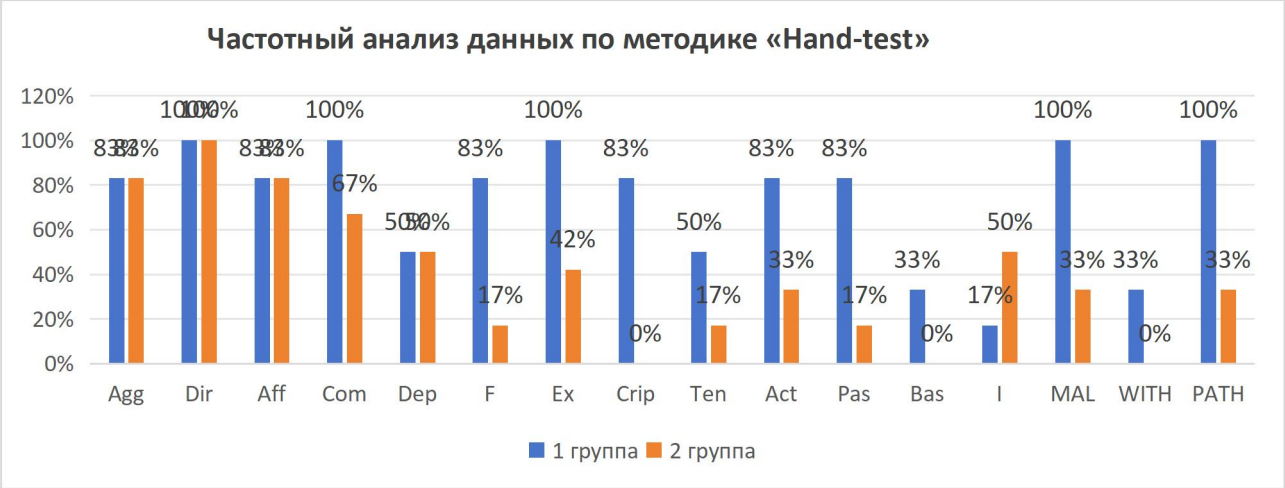


Рисунок 3.1.4 — Результаты частотного анализа данных, полученных по методике «Hand-test»

Примечание: Agg - агрессия; Dir - директивность; Aff - аффектация; Com - коммуникация; Dep - зависимость; F - страх; Ex - эксгибиционизм; Crip -калечность; Ten- напряжение; Act - активные безличные ответы; Pas - пассивные безличные ответы; Bas - галлюцинации; I - склонность к агрессивному поведению; MAL - личностная дезадаптация; WITH - тенденция к уходу от реальности; PATH - наличие психопатологии.

По данным показателям можно сделать вывод о том, что при решении конфликтных ситуаций у 100% лиц с расстройствами личности проявляется директивность (Dir), коммуникативность (Com) и эксгибиционизм (Ex). Также, у всех респондентов 1-ой группы был выявлен высокий уровень личностной

дезадаптации и наличие психопатологии. Такие результаты свидетельствуют о повышенной агрессивности, высокой коммуникативности, но в виде определенного формализма во взаимоотношениях с людьми, отсутствие «здоровой» пристрастности, истероидных чертах личности, желанием быть в центре внимания.

Также у 83% пациентов с расстройством личности был выявлен высокий уровень по шкалам Agg, Aff, F, Crip. Это свидетельствует о готовности к открытому агрессивному поведению, эмоциональности, склонности к ипохондрическому поведению и наличии страха перед конфликтной ситуацией и агрессивного поведения по отношению к респонденту. У больных шизофрений так же в большей степени наблюдается повышенный показатель по шкалам Agg, Aff.



Рисунок 3.1.5 — Результаты частотного анализа данных, полученных по методике «Восьмицветовой тест Люшера»

По результатам данной методике было выявлено, что у 83% лиц с расстройствами личности и у 100% больных шизофренией наблюдается низкий показатель по шкале «Вегетативный коэффициент». Это свидетельствует об истощении, хронической усталости, неадекватное поведение в стрессовых ситуациях, оборонительные реакции, постоянное ощущение угрозы, а также постоянное чувство напряжения.



Рисунок 3.1.6 — Результаты частотного анализа данных, полученных по методике «Дом,дерево,человек» (ДДЧ)

По результатм частотного анализа данных по методике ДДЧ у 83% лиц с расстройствами личности был выявлен высокий уровень недоверия к себе. Об этом говорит слабая линия нажима на рисунках, стремление нарисовать дом на краю листа, очень маленькие детали и др. Данное состояние может проявляться в постоянных сомнениях в своих решениях, страхе ошибок и зависимости от мнения окружающих.

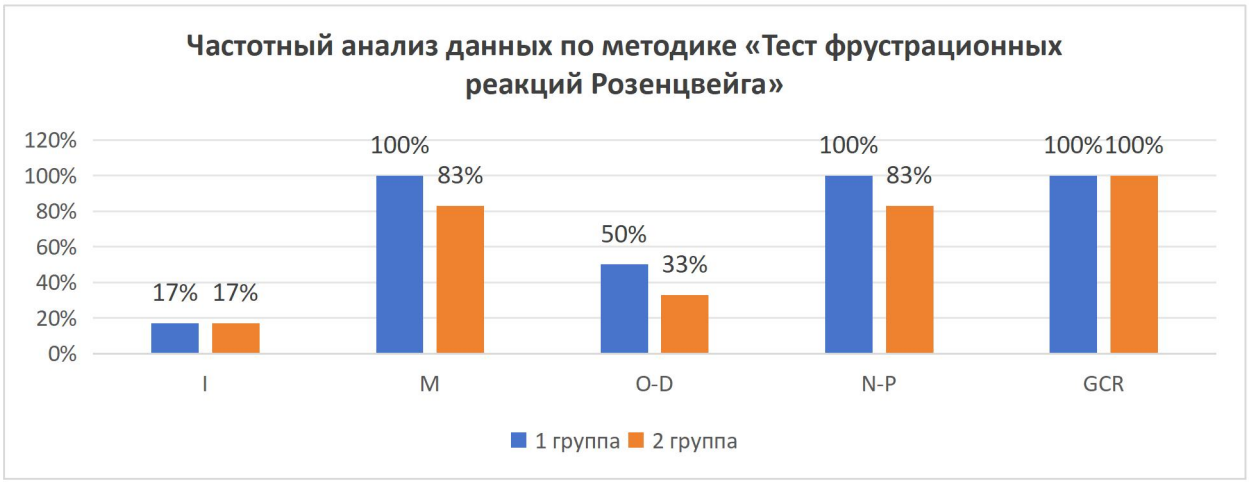


Рисунок 3.1.7 — Результаты частотного анализа данных, полученных по методике «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга»
Примечание: I - интрапунитивный; M - импунитивный; O-D - препятственно-доминантный; N-P - необходимостно-упорствующий; GCR - степень социальной адаптации.

По результатам частотного анализа данных по методике «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга», у 100% испытуемых 1-ой группы был выявлен высокий показатель по шкалам M, N-P и GCR. У 2-ой группы были

выявлены высокие показатели по тем же шкалам: по шкале M - 83%, по шкале N-P - 83% и по шкале GCR - 100%. Такие результаты могут свидетельствовать о том, что в ситуации неудачи или конфликта (фрустрации) реакция спокойная, без гнева, и присутствует склонность объяснять произошедшее внешними обстоятельствами. Ответ чаще направлен на разрешение фрустрирующей ситуации, и реакция принимает форму требования помощи каких-либо других лиц для разрешения ситуации, форму принятия на себя обязанности сделать необходимые исправления или же в расчете на время, что нормальный ход вещей принесет с собой исправления.

3.2 Результаты сравнительного анализа данных

В ходе математико-статистической обработки результатов были получены следующие показатели:

Таблица 3.2.1 — Результаты сравнительного анализа данных, полученных по методике «Индекс жизненного стиля» (ИЖС)

Шкалы	1 группа(n=12)		2 группа(n=12)		U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p≤
	M±m	σ	M±m	σ		
Регрессия	84,33±6,79	23,55	54,5±7,47	25,9	28	0.011*
Компенсация	90,5±3,87	13,42	80,33±4,07	14,11	30	0.015*
Замещение	80,5±8,06	27,93	53,16±7,15	24,77	34	0.029*
Реактивное образование	38,5±7,51	26,03	82,66±8,64	29,94	24	0.005**
СНЗ	64,89±1,5	5,29	63,47±5,2	18,04	68	0.839

Примечание: p≤0.05; p≤0.01**;p≤0.001****

На рисунке ниже представлено сравнение средних показателей 1 и 2 группы по методике «ндекс жизненного стиля»:

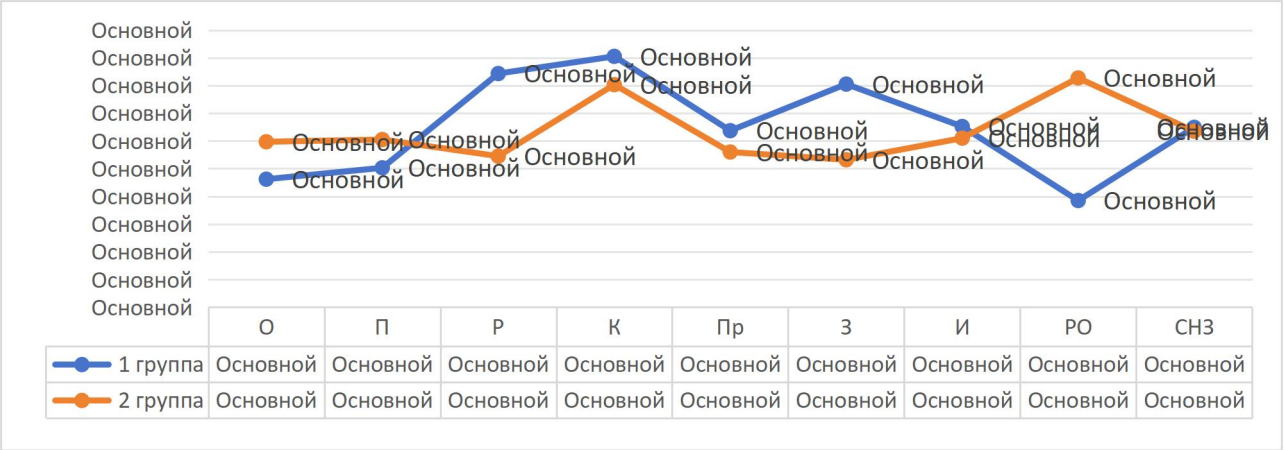


Рисунок 3.2.1 - Сравнение средних показателей 1 и 2 группы по методике «ИЖС»

Примечание: О - отрицание; П - подавление; Р - регрессия; К - компенсация; Пр - проекция; З - замещение; И - интеллектуализация; РО - реактивное образование; СНЗ - степень напряжённости защиты.

Сравнительный анализ данных показал, что значимые различия между показателями двух групп существуют по шкалам «Регрессия» при $p \leq 0,05$; «Компенсация» при $p \leq 0,05$; «Замещение» при $p \leq 0,05$; «Реактивное образование» при $p \leq 0,01$. У группы лиц с расстройствами личности показатели значительно выше по всем шкалам, кроме реактивного образования. Эти различия в профилях защитных механизмов объясняются разными патофизиологическими и психологическими особенностями расстройств.

У лиц с личностными расстройствами наблюдается более выраженное использование незрелых и менее адаптивных механизмов (регрессия, компенсация, замещение), тогда как у больных шизофренией проявляются более выраженные автоматические или невротические механизмы, такие как реактивное образование.

В контексте данного диагноза этот механизм часто связан с попытками помнить и выражать противоположные ощущения или мнения, что помогает снизить внутренний дискомфорт и сохранить психологическую стабилизацию.

Сравнительный анализ показателей по шкале «Степень напряжения защит» методики «Индекс жизненного стиля» у двух клинических групп выявил отсутствие статистически значимых различий в уровне выраженности данного параметра.

Несмотря на различия в патопсихологической структуре и клинической картинах данных расстройств, обе группы демонстрируют аналоговый уровень мобилизации защитных механизмов как реакции на внутренние и внешние стрессоры. Это может указывать на наличие общих черт в адаптационных стратегиях, несмотря на различия в этиологии и течении патологии. Возможной интерпретацией является то, что напряжение защит в данном контексте отражает не столько специфику диагноза, сколько общую стратегию психологической саморегуляции при нарушениях социального взаимодействия и аффективной дезрегуляции, характерных для обоих состояний.

Полученные данные позволяют предположить, что шкала «Степень напряжения защит» не является дифференцирующим признаком между шизоидным расстройством личности и шизофренией в рамках данной выборки и может отражать более общие характеристики личностной устойчивости, нежели патогномоничные черты конкретного расстройства.

Таблица 3.2.2 - Результаты сравнительного анализа данных, полученных по методике «Hand-test»

Шкалы	1 группа(n=12)		2 группа(n=12)		U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p≤
	M±m	σ	M±m	σ		
Agg	1,83±0,32	1,11	0,83±0,11	0,38	32	0.014*
F	1,5±0,33	1,16	0,16±0,11	0,38	20	0.001***
Ex	3±0,62	2,17	0,5±0,15	0,52	18	0.001***
Crip	2,5±0,77	2,67	0	0	24	0.001***
MAL	4,66±0,66	2,3	0,5±0,23	0,79	6	0.001***

Примечание: Agg - агрессия; F - страх; Ex - эксгибиционизм; Crip -калечность; MAL - личностная дезадаптация. p≤0.05;p≤0.01**;p≤0.001***.*

Сравнительный анализ данных показал, что значимые различия между показателями двух групп существуют по шкалам «Agg» p≤0,05; «F», «Ex», «Crip» и «MAL» при p≤0,001. Такие показатели свидетельствуют о том, что у лиц с расстройствами личности данные проявления намного выраженнее, чем у лиц с шизофренией. Повышенные показатели агрессии и страха у лиц с

расстройствами личности отражают более выраженную эмоциональную лабильность, импульсивность и сложности в регуляции эмоциональных реакций, что типично для данной категории нарушений. В отличие от шизофрении, где такие проявления могут быть органическими и менее выраженными в контексте личностных характеристик.

Экзгибиционизм и калечность у лиц с расстройствами личности свидетельствуют о склонности к нарушению социальных границ, демонстративному поведению и склонности к самоповреждению или другим формам телесного нарушения поведения, что связано с особенностями структуры личности и её нарушенным восприятием.

Личностная дезадаптация демонстрирует более выраженную неспособность к адаптации к окружающей среде, что характерно для данного контингента и обусловлено особенностями личности и стилей поведения, тогда как у пациентов с шизофренией данный показатель обычно менее выражен за счёт более характерных нарушений восприятия и когнитивных функций.

Таблица 3.2.3 - Результаты сравнительного анализа данных, полученных по методике «Восьмицветовой тест Люшера»

Шкалы	1 группа(n=12)		2 группа(n=12)		U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p≤
	M±m	σ	M±m	σ		
Вегетативный коэффициент	3,5±0,23	0,79	4,66±0,28	0,98	26	0.006**

Примечание: p≤0.05;p≤0.01**;p≤0.001***.*

По результатам данной методике было выявлено, что у второй группы (больных шизофренией) наблюдаются более высокие показатели по шкале «Вегетативный коэффициент» при p≤0,01, чем у лиц с расстройствами личности. Высокий вегетативный коэффициент у больных шизофренией — отражение глубинного внутреннего напряжения, неосознаваемой тревожности и нарушенной регуляции эмоций.

Таблица 3.2.4 - Результаты сравнительного анализа данных, полученных по методике «Дом,дерево,человек» (ДДЧ)

Шкалы	1 группа(n=12)		2 группа(n=12)		U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p≤
	M±m	σ	M±m	σ		
Незащищённость	6,33±0,22	0,77	4,16±0,27	0,93	6	0.001***
Недоверие к себе	5±0,42	1,47	3±0,55	1,9	28	0.010*
Чувство неполноценности	5,16±0,76	2,65	2,16±0,47	1,64	24	0.005**
Конфликт	4±0,24	0,85	2,66±0,22	0,77	20	0.002***

Примечание: p≤0.05;p≤0.01**;p≤0.001***.*

По результатм частотного анализа данных по методике «ДДЧ» у лиц с расстройствами личности наблюдаются более высокие показатели по шкале «Незащищённость» при p≤0.001; «Недоверие к себе» при p≤0.05; «Чувство неполноценности» при p≤0.01; «Конфликт» при p≤0.001.

Об этом говорит слабая линия нажима на рисунках, стремление нарисовать дом на краю листа, очень маленькие детали и др. Данное состояние может проявляться в постоянных сомнениях в своих решениях, страхе ошибиться, зависимости от мнения окружающих, ощущении уязвимости, страхе быть отвергнутым. Высокий уровень внутреннего конфликта свидетельствует о борьбе между разными внутренними требованиями и желаниями.Эти внутренние конфликты связаны с неустойчивой самооценкой, межличностными проблемами, ощущением разрыва между разными «я».

Это связано с сохраненной эмоциональной чувствительностью, способностью к саморефлексии и переживанию личных конфликтов, тогда как при шизофрении эти функции снижены или утрачены из-за специфики нарушения психики.

Таблица 3.2.5 - Результаты сравнительного анализа данных, полученных по методике «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга»

Шкалы	1 группа(n=12)		2 группа(n=12)		U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости p≤
	M±m	σ	M±m	σ		
E	21,33±2,3	7,99	15,66±3,41	11,82	54	0.309
I	19,16±2,4	8,62	17,83±1,98	6,88	64	0.662
M	62,66±3,2	11,11	55,5±5,75	19,94	56	0.367
O-D	28±2,03	7,03	25,5±1,89	6,57	62	0.578
E-D	19,33±2,03	7,04	14,33±1,22	4,24	32	0.021*
N-P	53,66±1,74	6,04	49±5,61	19,43	64	0.65
GCR	30,83±0,94	3,27	16,33±2,33	8,08	6	0.001***

Примечание: p≤0.05;p≤0.01**;p≤0.001***; E - экстрапунитивность; I - интрапунитивный; M - импунитивный; O-D - препятственно-доминантный; E-D - эго-защитный; N-P - необходимостно-упорствующий; GCR - степень социальной адаптации.*

По результатам сравнительного анализа данных по методике «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга», у испытуемых 1-ой группы был выявлен более высокие показатели по шкалам «E-D» при p≤0.05; «GCR» при p≤0.001. Высокий уровень социальной адаптации связан с потребностью лиц с расстройствами личности получать одобрение, избегать отвержения или сохранять контроль. Они могут маскировать свои внутренние проблемы, при этом демонстрируя относительно хорошие показатели в шкале социальной адаптации.

Высокий уровень по шкале «E-D» означает, что при столкновении с проблемой или неудачей внимание человека фокусируется не на поиске решения, а на защите собственного «Я», оправдании себя, поиске виноватых или преуменьшении своей вины. Преобладание эго-защитных реакций часто указывает на повышенную уязвимость или тревожность. Психика воспринимает любую трудность как стресс, с которым сложно справиться напрямую, поэтому включает психологические защиты.

Сравнительный анализ показателей по шкалам «Импунитивность» и «Необходимостно-упорствующий» в рамках применения теста фрустрационных реакций Розенцвейга у двух клинических групп выявил высокий уровень выраженности данных реакций в обеих группах, однако межгрупповые различия не достигли уровня статистической значимости.

По шкале «Импунитивность», отражающей склонность к внутренней интернализации фрустрации, подавлению агрессивных импульсов и направлению напряжения на самого себя, обе группы продемонстрировали повышенные значения.

Аналогичная картина наблюдалась по шкале «Необходимостно-упорствующий», характеризующей устойчивое, несмотря на неудачу, стремление к достижению цели в условиях осознаваемой невозможности её реализации.

Таким образом, несмотря на различия в патогенезе и структуре психопатологии, обе группы характеризуются сходной организацией поведенческих реакций в условиях фрустрации, проявляющейся в высокой степени самонаправленного напряжения и упрямого, ригидного стремления к недостижимым целям. Это может свидетельствовать о наличии общих черт в стиле совладающего поведения, обусловленных, с одной стороны, когнитивной инерцией и стереотипизацией мышления, а с другой — эмоциональной изоляцией и трудностями в адаптации к изменяющимся внешним условиям.

Высокие показатели по шкале импунитивности могут указывать на тенденцию к интернализации конфликта, что в контексте расстройства личности отражает врождённую склонность к самоограничению и тревожным состояниям, а при шизофрении — следствие аутоагрессивных тенденций, связанных с негативной симптоматикой. В свою очередь, упорствующий стиль может быть интерпретирован как проявление когнитивной жёсткости, характерной как для личностных, так и для психотических нарушений.

Полученные данные позволяют заключить, что уровень фрустрационной толерантности и стратегии совладания с неудачей в данных клинических группах имеют конвергентный характер, несмотря на различия в диагностических категориях. Это подчёркивает важность анализа не только

этиологических, но и функциональных аспектов поведения при интерпретации психологических профилей.

3.3 Результаты корреляционного анализа данных 1 группы (лица с расстройством личности)

3.3.1 Корреляционный анализ данных 1 группы по методикам «Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ» и «Индекс жизненного стиля (ИЖС)» .

Таблица 3.3.1 - Корреляционный анализ данных 1 группы по методикам «Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ» и «Индекс жизненного стиля (ИЖС)»

Шкалы методики		**Hs**	**D**	**Pd**	**Pt**	**Sc**
Отрицание	**Спирмен ρ(rho)**	-	-	-	-	-0,754**
	p-значение	-	-	-	-	0,005
Подавление	**Спирмен ρ(rho)**	0,754**	-	-	0,725**	0,812**
	p-значение	0,005	-	-	0,008	0,001
Компенсация	**Спирмен ρ(rho)**	-	-	0,647*	-	-
	p-значение	-	-	0,023	-	-
Проекция	**Спирмен ρ(rho)**	-	-0,603*	-	-	-
	p-значение	-	0,038	-	--	-
Реактивное образование	**Спирмен ρ(rho)**	-0,883***	-	-	-	-0,971***
	p-значение	0,001	-	-	-	0,001
Степень напряжённости защиты	**Спирмен ρ(rho)**	-	-	-	0,829***	-
	p-значение	-	-	-	0,001	-

*Примечание: * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p <0 .001; Hs - ипохондрия; D - шкала депрессии; Pd - шкала психопатии; Pt - шкала психастении; Sc - шизоидность.*

В ходе корреляционного анализа были выявлены прямые корреляционные связи между личностными характеристика лиц с расстройствами личности и механизмами преодоления кризисов: шкала «Hs» и «Подавление» при $p \leq 0.01$; «Hs» и «Реактивное образование» при $p \leq 0.001$; шкала «D» и «Проекция» при $p \leq 0.05$; шкала «Pd» и «Компенсация» при $p \leq 0.05$; шкала «Pt» и «Подавление» при $p \leq 0.01$; шкала «Sc» и «Отрицание», «Подавление» при $p \leq 0.01$ и «Реактивное образование» при $p \leq 0.001$.

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о характерной для лиц первой группы с шизоидными чертами личности (шизоидное расстройство личности), тенденции уходить от прямого переживания своих эмоций и конфликтов: избегание конфликтов и внутренней тревоги (отрицание), вытеснение их из сознания (подавление), маскирование противоположными по содержанию проявлениями (реактивное образование).

Это объясняется тем, что у таких лиц отрицание внутреннего конфликта или воспринимаемых проблем помогает снизить внутреннюю тревогу, дискомфорт или ощущение собственной неполноценности. Лица с выраженными шизоидными чертами склонны к уходу в мир фантазий и дистанцированию от эмоциональных переживаний. Повышенное использование подавления свидетельствует о том, что такие люди стараются не замечать, игнорировать или намеренно не обращать внимания на свои реальные чувства и желания, которые могут быть для них тревожными или неуместными. При выраженной шизоидности человек может не позволять себе испытывать чувства, которые для него неприемлемы (например, агрессию, зависть), и демонстрировать поведение или установки, противоположные этим чувствам.

Лицам с психастеническими и ипохондрическими чертами личности (тревожное и ананкастное расстройство личности) характерно «Подавление». Используя подавление, человек намеренно «убирает» (вытесняет) тревожащие или пугающие мысли из сознания, чтобы минимизировать переживания. Это позволяет временно снизить тревогу, но часто приводит к тому, что подавляемые переживания возвращаются позже в виде соматических симптомов или усиления невротических состояний.

Лицам с психопатическими чертами личности (диссоциальное расстройство личности) характерен механизм «Компенсация». Для таких личностей свойственно бессознательно или осознанно закрывать переживаемую внутреннюю уязвимость, неуверенность, ощущение несоответствия социальным нормам с помощью гипертрофированной демонстрации тех качеств, которые, по их мнению, воспринимаются окружающими как сильные или привлекательные. Таким образом, компенсация помогает поддерживать самооценку и психологическую стабильность, но часто сопровождается социальной дезадаптацией и межличностными конфликтами.

Лицам с депрессивными чертами личности (в большей степени тревожное расстройство личности, ПРЛ, зависимое расстройство личности) характерен механизм «Проекция». Лица, испытывающие депрессивное состояние, склонны приписывать другим свои собственные нежелательные чувства или мысли — например, чувство вины, агрессии, низкую самооценку.

Это позволяет им отчасти дистанцироваться от собственных «тёмных» аспектов, избегая их осознания и внутреннего конфликта, что, в свою очередь, усиливает ощущение отчаяния и безнадежности.

Проекция помогает временно снизить внутренний конфликт, связанный с неприятными переживаниями, но в долгосрочной перспективе способствует усугублению депрессивных симптомов, потому что человек не работает над внутренними конфликтами и своими чувствами.

Была выявлена положительная взаимосвязь между шкалами «Pt» и «Степень напряжённости защит» (при $p \leq 0.001$). По результатам корреляционного анализа можно утверждать, что чем выше выраженность психастенических черт, тем выше общий уровень напряжённости защитных механизмов. У лиц с расстройством личности навязчивые состояния и тревожность могут провоцировать более интенсивное использование защитных стратегий для снижения внутреннего напряжения.

Навязчивые мысли и сомнения могут активировать защитные механизмы. Например, постоянное беспокойство может приводить к усилению таких защит, как регрессия (уход от решения проблем) и замещение. Также высокая напряжённость защит может быть способом компенсации психастенических

черт. Личность пытается справиться с неуверенностью и страхом через гиперконтроль, чрезмерный самоанализ или другие защитные стратегии. Такая взаимосвязь может указывать на то, что психастения как черта личности создаёт хроническое внутреннее напряжение, которое требует активации защитных механизмов для поддержания психологического равновесия. Это, в свою очередь, может приводить к ригидности поведения, затруднению адаптации к новым ситуациям и усилению тревожности в стрессовых условиях.

На основе полученных данных корреляционного анализа была построена корреляционная плеяда:

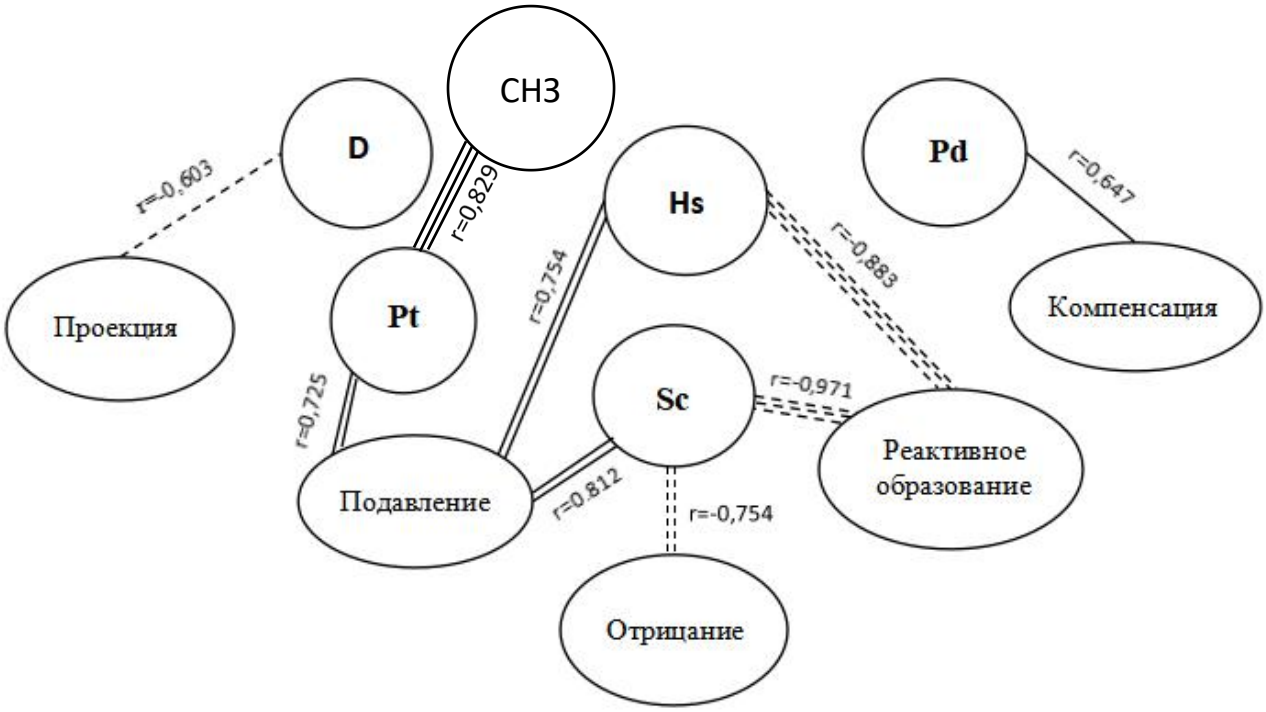


Рисунок 3.3.1 - Корреляционная плеяда защитных механизмов по методике «ИЖС» и личностных черт по методике «МЛО-АМ» лиц с расстройствами личности

Примечание: Hs - ипохондрия; D - шкала депрессии; Pd - шкала психопатии; Pt - шкала психастении; Sc - шизоидность.

Положительная связь p≤0,05

Положительная связь p≤0,01

Положительная связь p≤0,001

Отрицательная связь p≤0,05

Отрицательная связь p≤0,01

Отрицательная связь p≤0,001

3.3.2 Корреляционный анализ данных 1 группы по методикам «Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ» и «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга»

Таблица 3.3.2 - Корреляционный анализ данных 1 группы по методикам «Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ» и «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга»

Шкалы методики		**Hs**	**D**	**Pd**	**Pt**	**Sc**
E	**Спирмен ρ(rho)**	0,771**	-	-	-	0,886***
	p-значение	0,003	-	-	-	0,001
I	**Спирмен ρ(rho)**	-	-0,696*	-	-	-
	p-значение	-	0,012	-	-	-
M	**Спирмен ρ(rho)**	-	-	-	-0,812**	-
	p-значение	-	-	-	0,001	-
E-D	**Спирмен ρ(rho)**	-0,657*	-0,899***	-0,06*	-	-0,06*
	p-значение	0,02	0,001	0,039	-	0,039
N-P	**Спирмен ρ(rho)**	-	-	0,971***	-	-
	p-значение	-	-	0,001	-	-

*Примечание: * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001;Hs - ипохондрия; D - шкала депрессии; Pd - шкала психопатии; Pt - шкала психастении; Sc - шизоидность; E-экстрапунитивный; I - интрапунитивный; M - импунитивный; E-D- эго-защитный; N-P - необходимостно-упорствующий.*

В ходе корреляционного анализа были выявлены прямые корреляционные связи между личностными характеристика лиц с расстройствами личности и механизмами преодоления кризисов: шкала «Hs» и «E» при $p \leq 0.01$; «Hs» и «E-D» при $p \leq 0.05$; шкала «D» и «I» при $p \leq 0.05$, «E-D» при $p \leq 0.001$; шкала «Pd» и «E-D» при $p \leq 0.05$, «N-P» при $p \leq 0.001$; шкала «Pt» и «M» при $p \leq 0.01$; шкала «Sc» и «E» при $p \leq 0.001$ и «E-D» при $p \leq 0.05$.

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о характерной для лиц первой группы с ипохондрическими чертами личности тенденции к экстрапунитивному и эго-защитному типу реагирования. Это свидетельствует о склонности обвинять других людей или внешние обстоятельства в своих проблемах, «переносить ответственность наружу». Эго-защитный тип — выраженная тенденция защищать собственное «Я», скрывать слабости и уязвимости, поддерживать положительный образ себя через различные защитные механизмы. Связь между ипохондрией и экстрапунитивностью говорит о том, что тревога за здоровье у таких лиц часто сопровождается склонностью искать причину своих страданий во внешних обстоятельствах или в поведении окружающих. Человек может интерпретировать соматические жалобы как следствие неблагоприятных внешних факторов, обвинять врачей в невнимательности, условия жизни — в своих страданиях, отказываться признавать внутренние (психологические) причины. Это помогает снизить внутреннее напряжение, так как ответственность за неприятные ощущения и болезни как бы «переносится вовне».

Связь между ипохондрией и эго-защитным типом указывает на то, что чрезмерная забота о здоровье используется как средство защиты самооценки и внутренней стабильности. При наличии угрозы внутреннему «Я» (например, переживание тревоги, чувства неуверенности, эмоциональная нестабильность) личность бессознательно смещает акцент на телесные ощущения и мнимые болезни, чтобы не сталкиваться с внутренними психологическими проблемами. При этом человек избегает признания собственных слабостей, извлекая выгоду (внимание, сочувствие, забота) из своего болезненного состояния и поддерживая положительный или нуждающийся образ себя.

Взаимосвязь между депрессивными чертами личности и интрапунитивным и эго-защитным типом означает, что такие личности скорее обвиняют себя, винят за свои неудачи, переносят внутренний гнев и разочарование — что способствует усилению депрессивных состояний. Внутреннее обвинение и самокритика усиливают чувство безнадежности и внутреннюю пустоту,

характерные для депрессии. В то же время лица с депрессивными чертами личности используют эго-защитные механизмы для того, чтобы сохранить свою самооценку и внутреннее равновесие, избегая болезненных самокритичных переживаний и конфликтов.

Для лиц с психопатическими чертами также характерна защита своего эго в ситуации конфликта, так для психопатии свойственны нарциссические проявления и преувеличение собственной значимости, поэтому для сохранения позитивного образа себя и предотвращения внутреннего кризиса — например, чтобы снизить чувство вины или тревоги за свои поступки — они усиленно защищают эго.

Взаимосвязь между импунитивным типом и психастеническими чертами личности, говорит о том, что из-за своей нервно-психической неустойчивости, низкой стрессоустойчивости и тревожности, такие лица предпочитают «сглаживать углы» во время конфликта, в силу своей неспособности эмоционально переживать стресс, чтобы оставаться в равновессии и избежать лишнеого нервного напряжения.

Связь между шкалами «Sc» и «E» может указывать на то, что, несмотря на кажущуюся замкнутость и эмоциональную отстранённость, для таких лиц характерно тенденция перекладывать ответственность за свои трудности на окружающих. Взаимосвязь с эго-защитным типом указывает на выраженное стремление сохранять дистанцию с окружающими и одновременно защищать своё внутреннее «Я» от вторжений, критики и любых угроз.

На основе полученных данных корреляционного анализа была построена корреляционная плеяда:

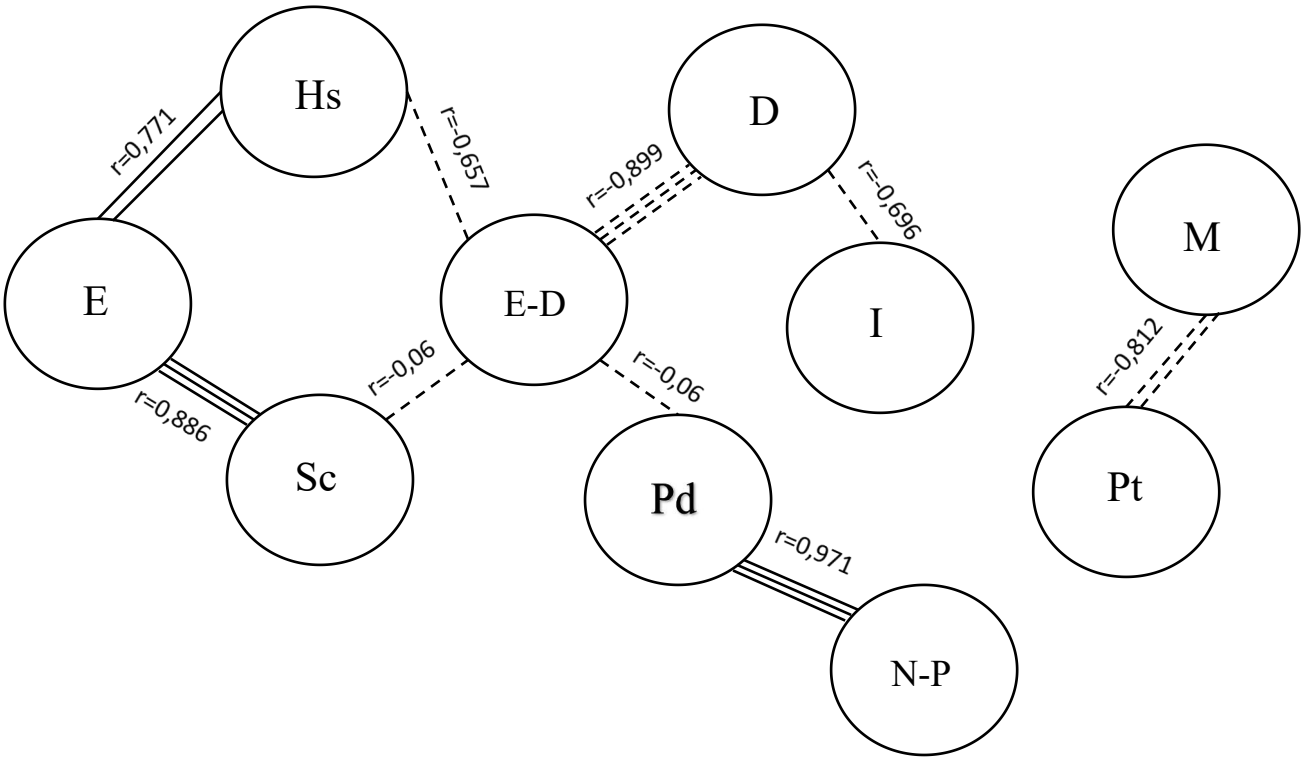


Рисунок 3.3.2-Корреляционная плеяда стилей поведения в кризисной ситуации по методике «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга» и личностных черт по методике «МЛО-АМ» лиц с расстройствами личности

Примечание: Hs - ипохондрия; D - шкала депрессии; Pd - шкала психопатии; Pt - шкала психастении; Sc - шизоидность; E-экстрапунитивный; I - интрапунитивный; M - импунитивный; E-D- эго-защитный; N-P - необходимостно-упорствующий.

3.4 Результаты корреляционного анализа данных 2 группы (лица с диагнозом «Шизофрения»)

3.4.1 Корреляционный анализ данных 2 группы по методикам «Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ» и «Индекс жизненного стиля (ИЖС)»

Таблица 3.4.1 - Корреляционный анализ данных 2 группы по методикам «Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ» и «Индекс жизненного стиля (ИЖС)»

Шкалы методики		**Pt**	**Sc**
Подавление	**Спирмен ρ(rho)**	-	0,794**
	p-значение	-	0,002
Регрессия	**Спирмен ρ(rho)**	0,783**	0,841***
	p-значение	0,003	0,001
Компенсация	**Спирмен ρ(rho)**	0,765**	0,883***
	p-значение	0,004	0,001
Проекция	**Спирмен ρ(rho)**	0,986***	0,638*
	p-значение	0,001	0,026
Замещение	**Спирмен ρ(rho)**	0,986***	0,638*
	p-значение	0,001	0,026
Интеллектуализация	**Спирмен ρ(rho)**	0,706*	-
	p-значение	0,010	-
Реактивное образование	**Спирмен ρ(rho)**	0,706*	-
	p-значение	0,010	-

*Примечание: * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p <0 .001; Pt - шкала психастении; Sc - шизоидность.*

В ходе корреляционного анализа были выявлены статистически значимые связи между личностными характеристиками больных шизофренией и механизмами защиты: шкала «Sc» и «Подавление» при $p \leq 0.01$; «Sc» и

«Регрессия», «Компенсация» при p≤0.001; шкала «Sc» и «Проекция», «Замещение» при p≤0.05; шкала «Pt» и «Регрессия», «Компенсация» при p≤0.01; «Проекция», «Замещение» при p≤0.001; «Интеллектуализация», «Реактивное образование» при p≤0.05.

Выявленная взаимосвязь свидетельствует о том, что лицам с диагнозом «Шизофрения» свойственно проявление всех видов защит, кроме «Отрицания». Наиболее значимые взаимосвязи были выявлены между шкалами «Проекция», «Замещение» и шкалой психастении, а также «Регрессия», «Компенсация» и шкала шизоидности. Такие результаты могут свидетельствовать о преобладании у лиц с психастеническими чертами личности предрасположенности к активному использованию замещения эмоциональных конфликтов более нейтральными или безопасными объектами и деятельностью. Например, это может проявляться в фокусировке на интеллектуальных задачах или хобби, что уменьшает внутренний конфликт и позволяет избежать болезненных переживаний. Также, наличие связи со шкалой «Проекция» говорит о склонности больных шизофренией приписывать другим свои внутренние чувства, особенно те, что связаны с тревогой, страхами или агрессией.Это помогает избегать осознания собственных негативных переживаний и сохранять внутреннюю «чистоту», отрицая свою ответственность или нежелательные эмоции.

У больных шизофренией с преобладание шизоидных черт, что свойственно для данного диагноза, взаимосвязь между шкалами «Регрессия» и «Компенсация» могут свидетельствовать, что в стрессовых ситуациях такие больные склонны возвращаться к более простым, детским формам поведения. Это позволяет им уклоняться от сложности реальности, снижая уровень тревоги за счёт «погружения» в более комфортные или привычные формы поведения. А также высокий уровень шизоидности связан с активным использованием

компенсационных стратегий. Такие люди могут форсировать развитие интеллектуальных или творческих способностей, чтобы снизить ощущение внутренней пустоты или слабости, компенсировать дефицит межличностных контактов или эмоциональной сферы.

На основе полученных данных корреляционного анализа была построена корреляционная плеяда:

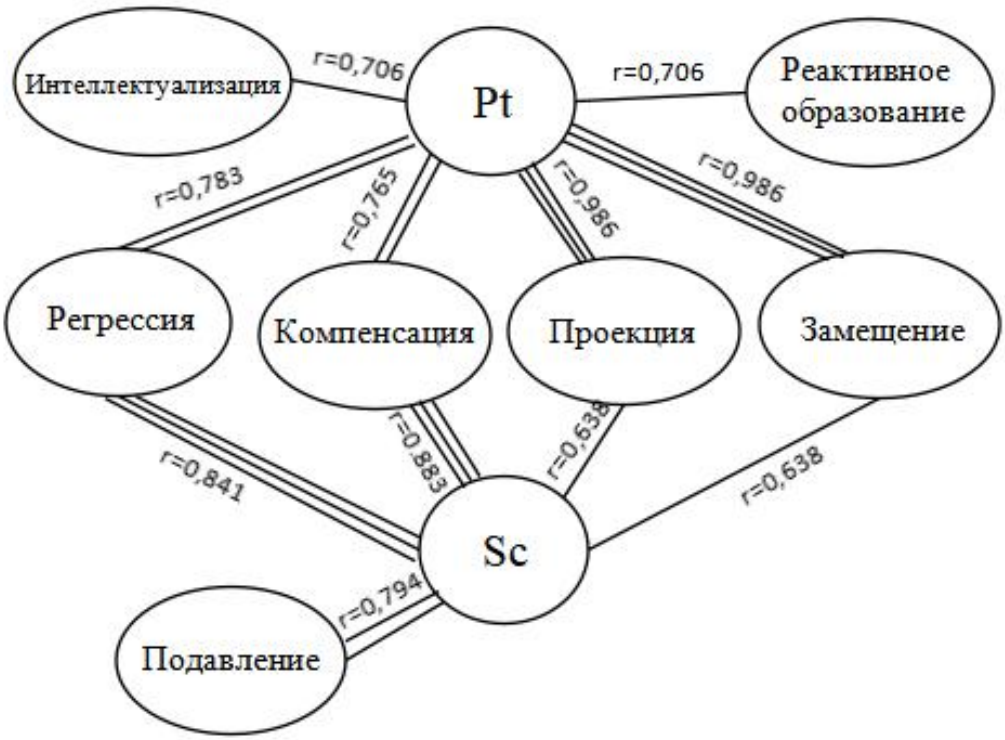


Рисунок 3.4.1-Корреляционная плеяда механизмов защиты по методике «ИЖС» и личностных черт по методике «МЛО-АМ» лиц с диагнозом «Шизофрения»

Примечание: Pt - шкала психастении; Sc - шизоидность.

Положительная связь p≤0,05

Положительная связь p≤0,01

Положительная связь p≤0,001

Отрицательная связь p≤0,05

Отрицательная связь p≤0,01

Отрицательная связь p≤0,001

3.4.2 Корреляционный анализ данных 2 группы по методикам «Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ» и «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга»

Таблица 3.4.2 - Корреляционный анализ данных 2 группы по методикам «Многоуровневый опросник личности Адаптивность (МЛО-АМ» и «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга»

Шкалы методики		**Pt**	**Sc**
I	**Спирмен ρ(rho)**	-	-0,667*
	p-значение	-	0,018
E-D	**Спирмен ρ(rho)**	-0,577*	-
	p-значение	0,050	-

*Примечание: * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001;Pt - шкала психастении; Sc - шизоидность; E-экстрапунитивный; I - интрапунитивный; E-D- эго-защитный.*

В ходе корреляционного анализа были выявлены отрицательные статистически значимые связи между личностными характеристиками больных шизофренией и типами реагирования: «Sc» и импунитивность при $p < 0.05$; «Pt» и эго-защитный тип при $p < 0.05$.

Взаимосвязь между представленными шкалами может свидетельствовать, о том что больным шизофренией свойственно в конфликтных ситуациях брать вину на себя, винить себя за неудачи. В силу своей замкнутости и отчуждённости у лиц с шизоидными чертами личности, для предотвращения конфликта и минимализации стресса, таким лицам легче взять всю вину на себя, уступить, замять конфликт. Из-за чего-происходит подавление своих истинных эмоций, снижение самооценки и т.д. В то же время, из-за повышенной тревоги и мнительности (психастении), такие респонденты могут фиксироваться на самозащите, видеть во всех виновных, врагов и искать оправдания. Здесь наблюдается внутриличностный конфликт, который у больных шизофренией возникает из-за «расщепления» психики, при котором нарушается

согласованность между мышлением, эмоциями и восприятием. Это состояние обусловлено как глубинными биологическими изменениями, так и тяжелой психологической реакцией на болезнь.

На основе полученных данных корреляционного анализа была построена корреляционная плеяда:

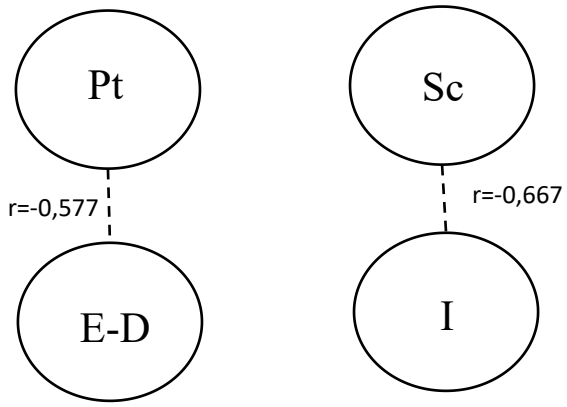
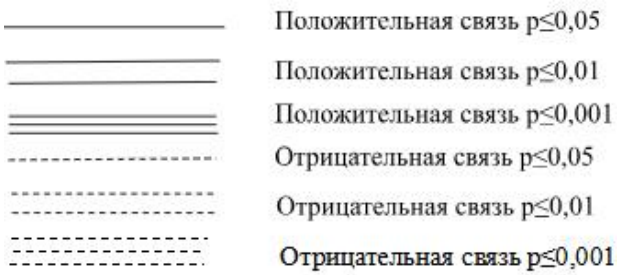


Рисунок. 3.4.2-Корреляционная плеяда стилей поведения в кризисной ситуации по методике «Тест фрустрационных реакций Розенцвейга» и личностных черт по методике «МЛО-АМ» лиц с дигнозом «Шизофрения»

Примечание: Pt - шкала психастении; Sc - шизоидность; I - интрапунитивный; E-D- эго-защитный.



ВЫВОДЫ

1) Выявлены психологические особенности лиц с шизоидным расстройством личности и у больных шизофренией. По результатам исследования, у лиц с расстройством личности преобладают ипохондрические, депрессивные, психопатические, психастенические и шизоидные черты личности. У больных шизофренией в большей степени наблюдается проявление шизоидных черт, но также присутствуют психопатические и психастенические акцентуации.

2) Определены преобладающие механизмы защит у лиц с расстройствами личности и у больных шизофренией. У лиц с расстройствами личности доминируют такие механизмы защиты как «Регрессия», «Компенсация» и «Замещение». Также, им более свойственно агрессивное поведение, в отличии от больных шизофренией. Лицам с диагнозом «Шизофрения» больше свойственно использовать «Реактивное образование», как тип психологической защиты.

3) Установлены взаимосвязи между личностными чертами и механизмами психологической защиты у лиц с расстройствами личности. Для лиц с шизоидными чертами личности характерны такие механизмы психологической защиты, как «Отрицание», «Подавление» и «Реактивное образование». Также, такие лица склонны уходить в мир фантазий и дистанцироваться от эмоциональных переживаний. Лицам с психастеническими и ипохондрическими чертами личности характерен тип «Подавление». Лицам с психопатическими чертами личности характерен механизм «Компенсация». Лицам с депрессивными чертами личности характерен механизм «Проекция».

4) Для лиц с расстройствами личности преобладающим механизмам преодоления кризисов, при столкновении с проблемой или неудачей, являются эго-защитные реакции, а также импунитивность, указывающие на повышенную уязвимость, тенденцию к интернализации конфликта, что в контексте расстройства личности отражает врождённую склонность к самоограничению и тревожным состояниям. Напротив, для лиц с шизоидными чертами личности

ведущими механизмами преодоления кризисов является интрапунитивный тип преодоления кризисов, проявляющийся в том, что при столкновении с проблемой или неудачей, индивиды обвиняют себя, переносят на себя внутренний гнев, тем самым усиливая чувство безнадежности и внутреннюю опустошенность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённый анализ теоретических и эмпирических данных позволяет сделать вывод о том, что механизмы защиты играют ключевую роль в процессе адаптации личности к стрессовым и кризисным ситуациям, особенно в контексте психопатологических состояний. У лиц с расстройствами личности наблюдается существенная специфика в выборе и реализации психологических защит, обусловленная как особенностями когнитивных и эмоциональных процессов, так и нарушениями в структуре образа «Я» и механизмов психологической защиты.

В ходе исследования установлено, что у данной категории лиц преобладают неадаптивные копинг-стратегии, такие как избегание, самообвинение, подавление эмоций, агрессивность и инфантильность. Эти стратегии, хотя и способствуют временному снижению тревожности, в долгосрочной перспективе усугубляют дезадаптацию, способствуют сохранению и интенсификации патологических черт личности и затрудняют социальную интеграцию.

У лиц с личностными расстройствами наблюдается более выраженное использование незрелых и менее адаптивных механизмов (регрессия, компенсация, замещение), тогда как у больных шизофренией проявляются более выраженные автоматические или невротические механизмы, такие как реактивное образование.

Таким образом, механизмы преодоления кризисов у лиц с расстройствами личности носят фрагментарный и недостаточно гибкий характер, что обусловлено глубинными нарушениями в личностной организации. Это подчёркивает необходимость включения работы с копинг-поведением в программы психотерапевтического сопровождения, направленные на развитие адекватных стратегий совладания, коррекцию искажённого образа «Я» и формирование устойчивых механизмов психологической адаптации.

Список литературы

1. Антохин, Е. Ю. Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза, М. В. Горбунова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18, № 3. — С. 16–22.
2. Бурлачук, Л. Ф. Словарь-справочник по психологической диагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. — Санкт-Петербург : Питер, 2007. — 528 с.
3. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия / М. Е. Бурно ; под ред. В. В. Макарова. — М. : Академический Проект, 2006. — 800 с.
4. Выготский, Л. С. Учение об эмоциях: (Историко-психологическое исследование) / Л. С. Выготский // Собрание сочинений : в 6 т. — Москва : Педагогика, 1984. — Т. 6 : Научное наследство / под ред. М. Г. Ярошевского. — С. 90–318.
5. Исаева Е.Р. Копинг – поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Монография. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 135 с.
6. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Изд.5-е, перераб. — Санкт-Петербург: Питер, 2019. — 896с.
7. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Изд. 2-е, перераб
. — СПб.: Питер, 2002. – 672.с
8. Кернберг, О. Ф. Тяжелые личностные расстройства : Стратегии психотерапии / Отто Ф. Кернберг ; пер. с англ. М. И. Завалова. — М. : Независимая фирма «Класс», 2000. — 464 с.
9. Крюкова Т.Л. Человек «совладающий»: качества субъекта и его совладающее поведение. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы. / Под ред. Журавлева А. Л., Крюковой Т. Л., Сергиенко Е. А. – Москва: Издательство «Институт психологии РАН», 2008. - 474 с.
10. Лазарус Р., Фолькман С. Я. Личность // Психологический журнал, 1987. – С. 141 – 169.

11. Маслоу А. Г. Мотивация и личность / Абрахам Маслоу. — 3-е изд. — СПб. : Питер, 2019. — 400 с.

12. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр (МКБ-10) : [в 3 т.] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 1995–1998. – Т. 1-3.

13. Мясищев, В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев ; под ред. А. А. Бодалева. — Москва : Изд-во Моск. психолого-социального ин-та ; Воронеж : МОДЭК, 2003. — 400 с.

14. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. — Ленинград : Издательство Ленинградского университета, 1960. — 426 с.

15. Нартова – Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. – М. 2013. – С. 20 – 51.

16. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей / Монография. – СПб.: Издательство «Речь», 2009. – 342 с.

17. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. - СПб.: Издательство Прайм – еврознак, 2010. – 470 с.

18. Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel – Schetter C., DeLongis A. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 1986. – C. 992 – 1003.