

СЕКЦІЯ 9 ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ДО ДЕБЮТУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

PSYCHOLOGICAL ADAPTATION TO THE DEBUT OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Коли йдеться про дебют шизофренії, лише його вже можна визнати окремою психічною травмою, яка стосується значущих частин життя особистості та є причиною глибоких внутрішніх переживань, що надалі можуть стати визначальними в житті людини. Переважно в багатьох випадках він супроводжується госпіталізацією у стаціонарні заклади, зтяжним прийомом лікарських засобів, цілковитою або частковою втратою працездатності, негараздами у взаєминах з іншими людьми, емоційним дискомфортом та іншими небажаними та неприємними явищами.

Подолання такого руйнівного впливу перших нападів шизофренії значною мірою залежить від характеристик і особливостей психологічної адаптації, яка координує нагальні потреби індивіда й узгоджує їх із вимогами навколишнього середовища та мінливістю життєвих умов.

Перший напад шизофренії прийнято вважати значним і важливим соціально-психологічним і психофізіологічним стресом для хворого, що, з одного боку, дезорганізує психічну діяльність, із другого – активує механізми психологічної адаптації до хвороби. Психологічна адаптація включає в себе три основні складові частини: копінг-стратегії, захисні механізми та внутрішню картину хвороби. І, залежно від них, можливі різні варіанти поведінки людини, що відповідають намаганням більшою чи меншою мірою вдало впоратися зі стресом, у ролі якого виступає хвороба, пристосуватися й адаптуватися до цієї хвороби.

Окрім того, без належного розуміння механізмів регуляції поведінки за умов захворювання, що прогресує, не видається можливим побудувати адекватні заходи реабілітації для згаданої категорії пацієнтів.

У статті розглянуто особливості психологічної адаптації до дебюту захворювання пацієнтів, хворих на шизофренію, з урахуванням таких складових частин, як: механізми психологічного захисту та долаючої поведінки, Я-концепція та внутрішня картина хвороби. Викладено теоретичні основи дослідження – роботи вчених, які вивчали особливості психологічної адаптації до хвороби загалом і безпосередньо досвід хворих на шизофренію. Представлено результати емпіричного дослідження з використанням низки експериментально-психологічних і статистико-математичних методів дослідження психологічної адаптації до хвороби.

Ключові слова: психологічна адаптація, захисні механізми, копінг-стратегії, внутрішня картина хвороби, Я-концепція, шизофренія, дебют шизофренії.

Debut of schizophrenia itself may be considered as a separate mental trauma, which affects significant parts of individual's life and is the cause of deep internal issues that can later become determinative in a person's life. Mostly in many cases it is accompanied by hospitalization in inpatient facilities, prolonged medication, complete or partial disability. Also, it can cause issues in relationships with other people, emotional discomfort and other undesirable and unpleasant phenomena.

Overcoming such a devastating effects of the first attack of schizophrenia mostly depends on the characteristics and particular qualities of psychological adaptation, which coordinates the urgent needs of the individual to get them along with the requirements of the environment and the variability of life conditions.

The first attack of schizophrenia is considered to be a significant and important socio-psychological and psychophysiological stress for the patient, which, on the one hand, disorganizes mental activity, and on the other hand, activates the mechanisms of psychological adaptation to the disease. Psychological adaptation includes three main components: coping strategies, defense mechanisms and the internal picture of the disease. Depending on those components, there are many different variations of human behavior, which are corresponding to the attempts to handle this stress, and to adapt to the disease.

In addition, without proper knowledge of behavioral mechanisms of a human with progressing disease, it is impossible to build adequate rehabilitation conditions for this category of patients.

This article reviews the peculiarities of psychological adaptation to the debut of the disease of patients with schizophrenia, taking into account such components as: defense mechanisms and coping strategies, self-conception and the internal picture of the disease. It also outlines the theoretical foundations of the study – the work of scientists who investigated the peculiarities of psychological adaptation to the disease as a whole and scientists who worked directly with a psychological adaptation to the debut of the disease of patients with schizophrenia. The results of the conducted empirical study using different experimental-psychological and statistical-mathematical methods for studying of psychological adaptation to the disease were presented as well.

Key words: psychological adaptation, defense mechanisms, coping strategies, internal picture of disease, self-conception, schizophrenia, debut of schizophrenia.

УДК 159.972. (072.422.433)

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.47.38>

Лазебник Ж.В.

студентка 2 курсу магістратури за спеціальністю 053 – Психологія Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Проскурня А.С.

к.психол.н., асистент кафедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології Київський національний університет імені Тараса Шевченка; дослідник факультету гуманітарних та соціальних наук Університет Миколаса Ромеріса (м. Вільнюс, Литва)

Психологічна адаптація (за В.М. Воловиком) – активна функція особистості, що відповідає за забезпечення узгодження актуальних для індивіда потреб із вимогами, що висуває йому оточення, а також із динамічними змінами умов життя [3, с. 79–90]. Ю.А. Александровський зацентрував увагу на системній структурі психологічної адаптації, висвітлив останню як прояв злагодженої системної діяльності багатьох підсистем (біологічних і психологічних), «що гарантує діяльність людини у стані оперативного спокою», злагодженості, дозволяє особистості віднайти способи оптимальної протидії різного роду природним і соціальним чинникам впливу, а також, зі свого боку, активно та цілеспрямовано впливати на них. У рамках біопсихосоціальних уявлень передбачається, що психічна адаптація (перманентно існуючий процес, спрямований на оптимальне пристосування організму до конкретних умов) включає в себе три блоки: біологічний, психологічний і соціальний. Отже, психологічну адаптацію можна розглядати як одну з підсистем єдиної системи психічної адаптації. Складовими частинами власне психологічної адаптації в даній системі вважають сприйняття й обробку інформації, емоційне реагування, взаємодію із соціумом, стратегії долаючої поведінки та захисні механізми особистості. У разі розвитку захворювання, можемо додати механізми внутрішньої картини хвороби як прояв психологічного захисту [5, с. 4–5]. Внутрішня картина хвороби може розглядатися як особлива форма психологічної адаптації, що є «найважливішою підсистемою психологічної регуляції поведінки людини», яка формується на підставі базисних механізмів психологічної адаптації в умовах захворювання, що прогресує.

Доведено положення про актуалізацію психологічного захисту в ситуаціях, що супроводжуються виникненням переживань, які не відповідають Я-концепції та, як наслідок, можуть стати причиною дезорганізації та кардинальних змін образу «Я». Дія захисних механізмів направлена на зміну та заперечення неприємних, неприйнятних і таких, що загрожують, переживань із метою послаблення суперечливостей між ними та «Я-концепцією», що складалася [7, с. 124]. Якщо говорити окремо про адаптаційну функцію механізмів психологічного захисту, то різними авторами були сформульовані різні результати функціонування захисних механізмів психіки: збереження інтеграції поведінкових патернів, також зниження рівня тривоги й емоційної напруги; підтримка, зміцнення та розвиток позитивно оцінюваних сторін самосвідомості; збереження свідомості людини від неприємних, часто травматичних переживань, сукупних як із внутрішніми, так і із зовнішніми конфліктами, тривожними ста-

нами та станом занепокоєння та дискомфорту. Також результатом функціонування захисних механізмів психіки можна вважати досягнення повноти й узгодженості внутрішнього світу людини, подолання неспокою, хвилювання та напруги [4, с. 71]; подолання нелегких умов стресу. Такими можна вважати, серед іншого, і захворювання. Не можна не сказати також про двоякий ефект дії механізмів психологічного захисту для особистості. З одного боку, вони справді сприяють збереженню внутрішньої рівноваги особистості, проте із другого – вони деякою мірою перешкоджають росту та розвитку особистості, розширенню її «Я», розробленню нових для особистості шляхів адаптації. У даному дослідженні використовується модель Р. Плутчика, який описав вісім механізмів психологічного захисту, що співвідносяться з механізмами психологічного захисту, які були представлені А. Фройд. Р. Плутчик стверджував, що захисним механізмам психіки властива біполярність тією ж мірою, що і протилежним емоціям, на яких психологічні захисти базуються: до них належать радість – сум, страх – гнів, прийняття – відчуження, передбачення – подив. Так, 8 основних механізмів психологічного захисту можна поєднати в чотири пари біполярних (деструктивних і конструктивних): реактивні утворення – компенсація, подавлення – заміщення, заперечення – проєкція, інтелектуалізація – регресія.

Поряд із механізмами психологічного захисту структурними елементами психологічного захисту розглядаються стратегії долаючої поведінки (копінг-стратегії). Особистісний адаптаційний потенціал як здатність особистості до структурних і рівневих змін своїх якостей і властивостей, що підвищує її організованість і стійкість, відіграє важливу роль у подоланні хвороби. Рухомою властивістю, що разом із внутрішніми індивідуальними можливостями особистості виявляє адаптаційний потенціал особистості, є копінг-поведінка. У міру формування ремісії роль особистісного адаптаційного потенціалу, порівняно з активним періодом захворювання, істотно зростає. Копінг-поведінку описують як процес конструктивного пристосування, у результаті якого індивід долає складну ситуацію, водночас підвищує самооцінку [6, с. 13]. Це стратегія дій, до яких вдається людина в ситуаціях психологічної загрози фізичному, особистісному та соціальному благополуччю, що здійснюються в когнітивній, емоційній і поведінковій сферах функціонування особистості та приводять до успішної чи менш успішної адаптації.

Механізми долаючої поведінки та механізми психологічного захисту розглядаються як шляхи адаптації до стресової ситуації, де копінг-стратегія визначається як стратегія дії особистості, спрямована на подолання або

переоцінку ситуації психологічної загрози, а механізми психологічного захисту спрямовані на послаблення психічного дискомфорту [1, с. 4–5]. Деякі дослідники вважають захисні механізми ригідними процесами, що діють нереалістично, без урахування цілісності ситуації та здатності оцінити довготривалу перспективу; тому вони можуть спричинити порушення інтеграції поведінки та не є конструктивними шляхами подолання труднощів. Навпаки, копінг-стратегії розглядаються як конструктивні способи подолання труднощів, що спрямовані на реалістичне пристосування до навколишнього світу з урахуванням цілісної ситуації та здатністю розбивати проблему на потенційно вирішувани завдання [4, с. 235].

Як уже зазначалося вище, у разі розвитку захворювання як прояв психологічного захисту ми можемо розцінювати механізми внутрішньої картини хвороби [5, с. 5]. А.Є. Лічко та Н.Я. Іванов дослідили й описали 12 видів ставлення до хвороби й об'єднали їх у три блоки за характером адаптивності й інтра- чи інтерпсихічної направленості.

До першого блоку було віднесено такі три типи реагування на хворобу: гармонійний, ергопатичний і анозогностичний. У разі формування психологічна адаптація не зазнає особливих порушень. Тобто ці типи вважаються адаптивними. Якщо говорити детальніше, то пацієнти з гармонійним типом реагування на хворобу здатні адекватно оцінити власний стан, виявляють активність у лікуванні захворювання, дотримуються рекомендацій лікаря щодо лікування та режиму. Водночас їм властиве також бажання впоратися із хворобою та подолати її, відкидання «ролі» хворого, збереження системи цінностей і активного функціонування в соціумі. Окрім гармонійного типу ставлення до хвороби, перший блок також включає в себе ергопатичний і анозогностичний типи. Хворим, у яких сформувалися такі типи реагування на хворобу, притаманна відсутність критики щодо свого стану, або ж двоїста, неповна критика, недооцінка значущості хвороби чи цілковите витіснення її; також іноді хворі вдаються до недотримання режиму, рекомендованого лікарем, поринають у працю, іноді заперечують саму наявність хвороби. Проте суттєві прояви психічної дезадаптації у хворих із цими типами реагування на хворобу відсутні, що дозволяє умовно розглядати їх в одній групі з гармонійним типом ставлення до хвороби [2, с. 16–17].

Ті типи ставлення до хвороби, яким властива наявність психічної дезадаптації, що пов'язана із хворобою, включені у другу групу (з інтрапсихічною направленістю) та третю (з інтерпсихічною). Так, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатич-

ний типи реагування на захворювання включені у другу групу. Їм, як уже було зазначено, властива інтрапсихічна направленість особистісного реагування на захворювання, що спричиняє порушення адаптивних можливостей хворих. Емоційна складова частина ставлень у цих хворих характеризується дезадаптивною поведінкою: відреагування шляхом дратівливості чи ослабленості, тривожного, пригніченого, подавленого стану, «відходу» у хворобу, зневіру в результативності можливої боротьби із захворюванням тощо. Третя група охоплює такі типи ставлення до хвороби: сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранояльний. Їм властива інтрапсихічна направленість реагування. Ці типи також знижують рівень соціальної адаптації хворих. Таким хворим властиво таке сенсibiliзоване реагування на хворобу, що, вірогідно, значною мірою зумовлюється особливостями особистості, які були властиві їй ще до хвороби. Це сенсibiliзоване ставлення до захворювання виявляється в дезадаптивному поведінці хворих: часто їм соромно через своє захворювання перед людьми; іноді хворі ніби «користуються» захворюванням як можливістю втілення якихось цілей; вони вигадують паранояльного типу ідеї щодо чинників, які зумовлювали виникнення в них хвороби та її хронічного перебігу; виявляють різномірні агресивні направленості, звинувачення в бік оточення у власному захворюванні [2, с. 17].

Більшість авторів визнають, що процес розвитку шизофренії має вагомий вплив на формування та розвиток Я-концепції, надає їй якісної своєрідності, спотворює її ієрархічну структуру, елементи, які вона в себе включає, та їх взаємозв'язок. У своїх роботах Йосеф Парнас висловлює думку про те, що центральною патопсихологічною складовою частиною шизофренії є спотворення до рефлексивного базового уявлення про образ «Я». Ці базові уявлення в нормі відповідальні за набутий суб'єктивний досвід дій, їх узгодженість і релевантність [7, с. 19]. «Я-концепція» – це комплекс конструктів, що формує людина як описову характеристику самої себе в сукупності з оцінкою цієї характеристики. У ролі описового аспекту «Я-концепції» зазвичай застосовують терміни «образ Я» або «картина Я». Частину, споріднену із самосприйняттям або реагуванням на окремі свої риси, прийнято називати самооцінкою, або прийняттям себе. Насправді, «Я-концепція» означає не лише те, що являє собою особистість, а також те, якої думки вона щодо самої себе, як сприймає свої реальні можливості, а також можливості свого зростання в майбутньому. За К. Роджерсом, уявлення індивіда про самого себе являють значення «Я-концепції». Коли постає загроза доцільності власного «Я» природі людини,

виникає різниця між «Я-реальним» і «Я-ідеальним». Людям, у кого ця розбіжність надто виражена, властива не досить хороша психологічна адаптація, окрім того, невисокий рівень самореалізації, майже відсутня здатність до самосприйняття, високий рівень тривожності й емоційна нестабільність. Особистість, якій притаманна негативна «Я-концепція», тобто незадоволеність собою, не вміє адекватно сприймати саму себе, отже, не здатна також адекватно сприймати й інших, така особистість є не задоволеною життям і оточенням. Тобто поряд із нелюбов'ю до себе виникає також значуща відраза до оточення, тобто ставлення до себе відображається на ставленні до інших людей, що зумовлює дезадаптацію [3, с. 77].

У хворих на шизофренію загальна самооцінка часто є високою, оскільки індивід не спроможний адекватно оцінити зміни характеру, що були спричинені психічним захворюванням. Це часто свідчить про нестійкість «Я-концепції», про наявність психологічних захистів, направлених на побудову помилкового, того, що не відповідає дійсності, «ідеального» образу «Я». Така форма захисту, безумовно, має як позитивні, так і негативні аспекти. З одного боку, вона характеризується підвищенням активності людини, із другого – сприяє зниженню критичності суб'єкта та регуляції діяльності та поведінки, що відображається в побудові відмінних від реалістичних планів на майбутнє.

В емпіричному дослідженні взяли участь 60 пацієнтів, з діагнозами «параноїдна шизофренія» та «шизоафективний розлад», віком від 16 до 56 років, серед яких 36 жінок, та 24 чоловіка. До вибірки ввійшло 34 особи з установленим діагнозом «шизофренія, параноїдна форма» (група 1), 26 осіб з установленим діагнозом «шизоафективний розлад» (група 2). Дослідження проводилося взимку – навесні 2020–2021 рр. на базі КНП КОР «ОПНМО» (сmt Глевага).

Основними методами дослідження були клініко-психологічний, клініко-катамнестичний, експериментально-психологічний, а також статистичний аналіз.

Для вивчення типу ставлення до хвороби застосовувалася Методика ТОБОЛ (Л.Й. Васерман, Б.В. Іовлев, Е.Б. Карпова, А.Я. Вукс, 1987 р.); виявлення особистісних характеристик хворих здійснювалося за допомогою шістнадцятифакторного особистісного опитувальника Кеттелла; дослідження самооцінки та рівня домагань було здійснено за допомогою методики Дембо – Рубінштейн у модифікації Г.М. Прихожан; дослідження захисних механізмів пацієнтів проводилося за допомогою методики «Індекс життєвого стилю» Плутчика – Келлермана, для визначення способів долаючої поведінки застосовувався копінг-тест Р. Лазаруса, визначення готовності хворих

брати на себе відповідальність за події, що відбуваються в їхньому житті, здійснювалося із застосуванням методики психологічної діагностики рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера. Статистичний аналіз даних було проведено методами математичної статистики з використанням стандартного статистичного пакету SPSS Statistics 22.

У процесі дослідження було виявлено, що у групі 1 серед усіх інших типів реагування на хворобу найчастіше трапляється змішаний тип, що охоплює сенситивний, тривожний та іпохондричний, де всі три належать до дезадаптивних. Так, можна стверджувати, що ці хворі схильні перейматися щодо того, як їх буде сприймати суспільство загалом і найближче коло спілкування зокрема, через це мають труднощі в побудові особистісних стосунків. Як відомо, пацієнти, хворі на шизофренію, характеризуються проблемами соціалізації та побудови близьких стосунків незалежно від типу ставлення до хвороби, і згадані дезадаптивні типи реагування на захворювання лише посилюють ці прояви. Має місце також перебільшена зосередженість на суб'єктивних неприємних відчуттях, а також страх через думки та переживання щодо несприятливого перебігу хвороби (див. Рис. 1).

Друге місце за поширеністю у групі 1 посідають порівну анозогностичний, ергопатичний і суміш анозогностичного з ергопатичним типом ставлення до хвороби (по 12,5%). Тобто значна частина хворих на шизофренію схильні недооцінювати значущість хвороби чи цілковито витіснити її; також іноді хворі вдаються до недотримання режиму, рекомендованого лікарем, поринають у працю, іноді заперечують саму наявність хвороби.

Для порівняння: у групі 2 переважає чистий сенситивний тип ставлення до хвороби. Тобто ця категорія хворих більшою мірою схильна до надто чутливих реакцій на виникнення захворювання. Якщо ж урахувати лише критерій адаптивності-дезадаптивності, без розподілу досліджуваних на групи за дванадцятьма типами ставлення до захворювання, то переважають в обох групах дезадаптивні типи реагування на хворобу.

У групі 1 найбільш вираженою є деструктивна форма психологічного захисту «реактивні утворення», якій притаманне запобігання прояву неприйнятних чи неприємних для особистості думок і відчуттів шляхом гіперболізованого прояву протилежних прагнень, чим вище виражений даний психологічний захист, тим гостріше проявляється схильність до непостійності, періодичного імпульсивного потурання власним бажанням і незгоди із загальноприйнятими нормами та правилами.

Також було виявлено, що рівень загальної напруженості механізмів психологічного захи-

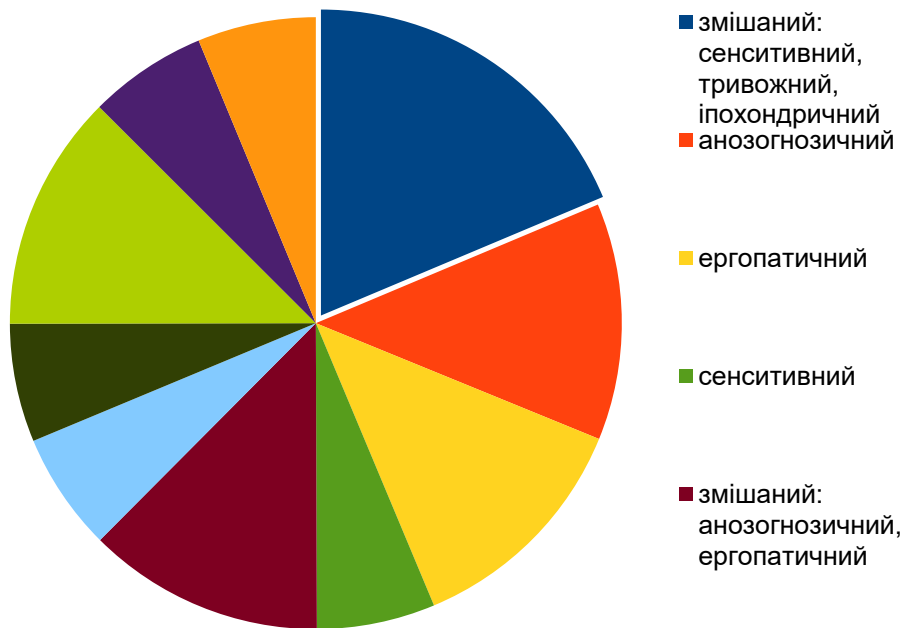


Рис. 1. Порівняння поширеності різних типів ставлення до хвороби у групі 1

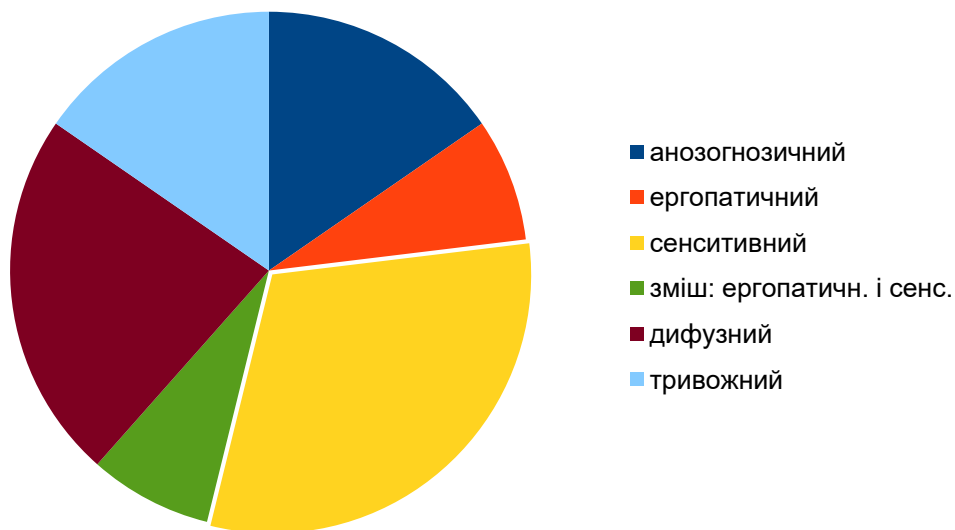


Рис. 2. Порівняння поширеності різних типів ставлення до хвороби у групі 2

сту у групі 1 є досить високим, значно вищим, аніж у групі 2, як і показники за кожною шкалою окремо, окрім механізмів заперечення та витіснення – за цими шкалами у другій групі показники виявилися незначною мірою вищими. І хоча психологічні захисти сприяють послабленню психологічного дискомфорту, проте вони діють без урахування цілісності ситуації та здатності оцінити довготривалу перспективу, тому вони, імовірно, спричиняють порушення інтеграції поведінки та не є конструктивними шляхами подолання труднощів, як уже зазначалося вище.

Отже, є сенс спрямовувати роботу з даною категорією хворих на посилення конструктив-

них копінг-стратегій і ослаблення напруженості механізмів психологічного захисту, що було підтверджено і в самому дослідженні: разом із високою напруженістю психологічних захистів неконструктивний емоційно спрямований механізм уникнення, як стратегія подолання негативних переживань шляхом реакції заперечення проблеми, фантазування, намагання відволіктися від наявних проблемних ситуацій тощо, виявився найбільш вираженою формою долаючої поведінки. Дана форма копінгу є емоційно спрямованою, і тому є менш конструктивною, ніж проблемо-спрямовані форми долаючої поведінки. Найменш вираженою стратегією виявилася стратегія планування

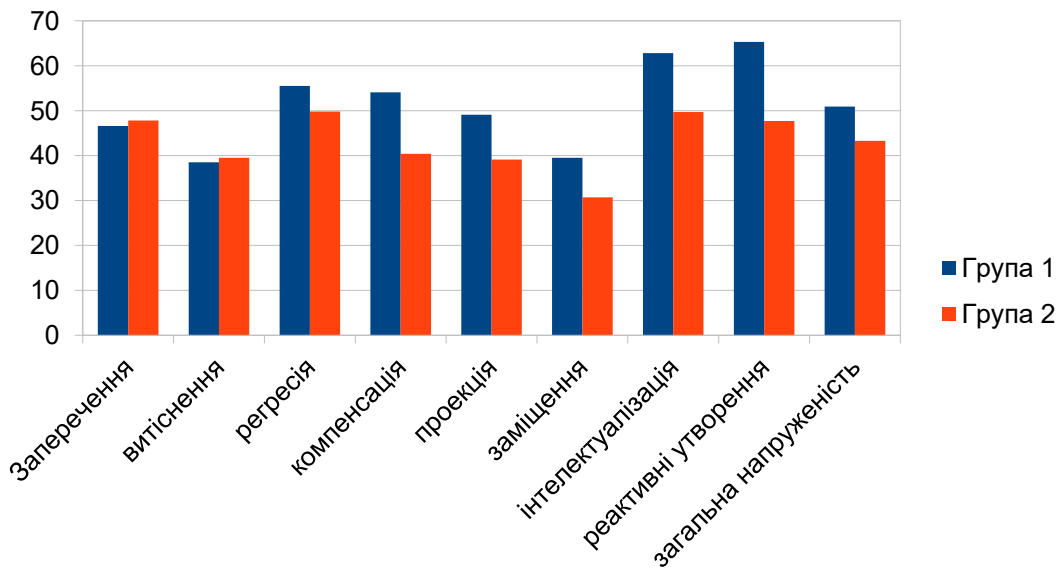


Рис. 3. Порівняння середніх показників вираженості механізмів психологічного захисту у групах досліджуваних

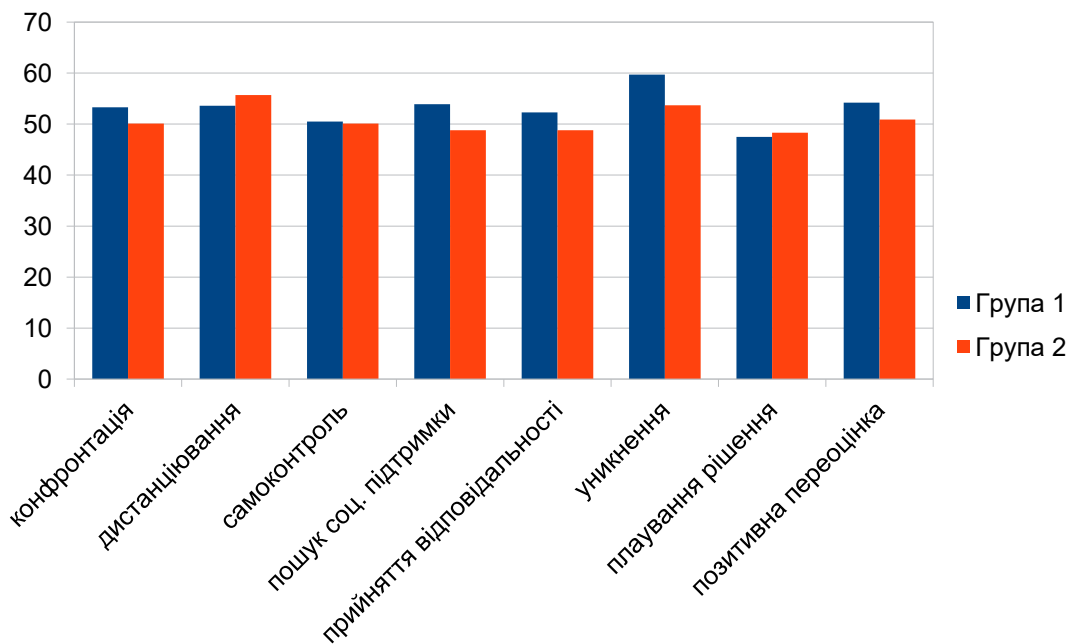


Рис. 4. Порівняння середніх показників вираженості різних форм долаючої поведінки у групах досліджуваних

вирішення проблеми. Ця форма копінг-поведінки якраз належить до проблемо-спрямованих і вважається найбільш адаптивною та конструктивною. Вона передбачає спроби подолання виниклої фруструючої ситуації шляхом її аналізу, а також аналізу альтернативних шляхів її вирішення; побудова стратегії власних дій з урахуванням актуальних об'єктивних умов, ресурсів, досвіду, що і прийнято вважати

найбільш адаптивною стратегією долаючої поведінки.

Загалом простежується тенденція до підвищення рівня вираженості конструктивних копінгів із підвищенням рівня освіти. Але з підвищенням рівня освіти хворі менш схильні до пошуку соціальної підтримки.

В обох групах досліджуваних показник рівня домагань відповідає високому, що може вка-

зувати на постановку нереалістичних цілей і некритичне ставлення до власних можливостей, що, у свою чергу, зумовлює нестійкість «Я-концепції» загалом.

Щодо рівня суб'єктивного контролю, було виявлено переважання екстернального локусу контролю у групі 1, проте з підвищенням рівня суб'єктивного контролю підвищується також і рівень тривожності. Також було доведено, що, чим старше хворий, тим більше його рівень суб'єктивного контролю в області здоров'я. Чим молодший вік, тим міцнішим є переконання про те, що його захворювання зумовлені випадком, а про його здоров'я подбають лікарі, близькі люди тощо.

Висновки із проведеного дослідження. У процесі дослідження було проведено аналіз теоретичних концепцій, у яких розкриваються особливості психологічної адаптації до хвороби загалом і безпосередньо хворих на шизофренію, визначено, що основними структурними елементами в системі психологічної адаптації до хвороби виділяються традиційно три її складові частини: механізми психологічного захисту, стратегії долаючої поведінки (копінг-стратегії) і внутрішня картина хвороби. Під час емпіричного дослідження вдалося з'ясувати, що серед хворих на шизофренію з-поміж всіх інших типів реагування на хворобу найчастіше трапляється змішаний тип реагування на хворобу, що охоплює сенситивний, тривожний та іпохондричний, де всі три належать до дезадаптивних типів реагування на хворобу. Друге місце за поширеністю посідають ергопатичний, анозогнозичний і змішаний типи реагування на захворювання, що включає в себе згадані два. Якщо враховувати лише критерій адаптивності-дезадаптивності, то переважають дезадаптивні форми реагування на хворобу. Також було підтверджено авторську гіпотезу про те, що разом із переважанням деструктивних копінгів серед хворих на шизофренію рівень загальної напруженості механізмів психологічного захисту є досить високим, що поряд із високим рівнем домагань і екстернальним локусом контролю може зумовлювати порушення інтеграції поведінки та соціалізації.

У результаті нами було розроблено низку рекомендацій супроводу пацієнтів із дебютом шизофренії. Як бачимо, хворі на шизофренію здебільшого все ж схильні до деструктивних форм психологічного захи-

сту та копінг-поведінки, до дезадаптивних форм реагування на хворобу. А навіть якщо типи ставлення до хвороби й адаптивні, то найчастіше вони супроводжуються некритичністю до свого стану, що, імовірно, може стати причиною відмови від лікування та, відповідно, повторних психозів, погіршення стану, розвитку шизофренічного дефекту. Також дезадаптивні типи ставлення до хвороби провокують посилення проблем соціалізації. Отже, насамперед є сенс працювати саме в напрямі посилення конструктивних копінг-стратегій і ослаблення захисних механізмів, корекції внутрішньої картини хвороби для ослаблення проблем соціалізації та побудови близьких стосунків. Важливі також сімейна терапія, соціотерапія та розвиток комунікативних навичок. Оскільки часто хворі на шизофренію мають низький рівень контролю емоцій і поведінки, занурені у власні ідеї й у свій внутрішній світ, має місце когнітивно-поведінкова терапія як форма корекції викривлення когнітивного процесу, можливість продемонструвати хворому зв'язок поведінки з емоціями та, відповідно, розвивати навички самоконтролю.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман и др. Санкт-Петербург : Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 2005. 48 с.
2. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Л.И. Вассерман и др. Санкт-Петербург : Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 31 с.
3. Ніколаєнко С.І., Ніколаєнко О.С. Поняття адаптації в різних напрямках психології. *Світогляд – Філософія – Релігія* : збірник наукових праць. Суми : УАБС НБУ, 2012. Вип. 2. С. 68–77.
4. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А.А. Реан и др. Санкт-Петербург : Прайм – Еврознак, 2006. 479 с.
5. Biopsychosocial model of schizophrenia and early maladaptive schemas Part 1. Vulnerability-diathesis-stress / A.P. Kotsubinsky et al. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2016. № 2. P. 3–7 (In Russ.).
6. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. New York : McGraw-Hill, 1966. 466 p.
7. Parnas J. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. *The self in neuroscience and psychiatry* / T. Kircher, A.S. David (eds). Cambridge : Cambridge University Press, 2003. P. 217–241.