

УДК 616.89 – 008.441.13 – 036.66 + 613.86

*И.М. Сквиря***ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В КОМПЕНСИРОВАННОЙ РЕМИССИИ И В РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ**

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, механизмы психологической защиты

В процессе формирования ремиссии при алкогольной зависимости пациенту постоянно приходится сталкиваться с психотравмирующими ситуациями, связанными как с разрушением привычных алкогольных стереотипов жизни и формированием новых, так и с необходимостью приспособления, адаптации к сложному микро- и макросоциальному миру [1, 2]. Психическая дезадаптация под влиянием социальной фрустрированности или социально стрессовых расстройств, а также дезадаптация при переходе из состояния «болезни» в состояние ремиссии, может с высокой вероятностью привести пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) к расстройствам адаптации [3], другим рецидивоопасным клиническим ситуациям (РОКС) и к рецидиву алкогольной зависимости [4].

В этих процессах играют чрезвычайно важную роль механизмы индивидуальной переработки стрессов и психологической защиты (МПЗ), действующие в подсознании в ситуации стресса, искажая или фальсифицируя действительность с целью снижения эмоциональной напряженности и предотвращения дезорганизации психики и поведения [5, 6].

В настоящее время психологи выделяют два уровня МПЗ. Первый называют уровнем «перцептивной» защиты, проявляющийся в увеличении порога чувствительности к негативной информации (при несоответствии поступающей информации ожидаемой), а также ее вытеснении, подавлении или отрицании. Второй уровень защиты обеспечивает адаптацию к негативной информации за счет ее перестройки (проекция, изоляция, интеллектуализация) и переоценки-искажения (рационализация, реактивное образование, фантазирование) [7].

Считается, что МПЗ формируются в онтогенезе на основе взаимодействия генотипических свойств с индивидуальным, конкретно-историчес-

ким опытом развития личности в определенной социальной среде и культуре, становясь довольно устойчивым свойством личности [5, 6, 7, 8].

В последние десятилетия в научной литературе все более обращают внимание на то, что МПЗ представляют собой бессознательный процесс, они не совершенны и большинство из них не конструктивны [8]. Недостаточное осознание событий, переживаний и ощущений, которые причинили бы человеку боль при их осознании, позволяет ПАЗ долгое время сохранять спокойствие и не тревожиться по поводу связанных с алкоголизацией проблем. При этом, ограждая личность ПАЗ от внутреннего конфликта, МПЗ лишают человека возможности осознания происходящих с ним перемен, что способствует хронизации болезни и позднему обращению за помощью [5, 8]. Установлено, что у пациентов с алкогольной зависимостью могут срабатывать самые различные МПЗ, однако каждый раз в качестве ведущего механизма психологической защиты выступает преимущественно одна из них, беря на себя основную часть работы по преодолению негативных переживаний [8].

И тут данные о структуре МПЗ у пациентов с алкогольной зависимостью неоднозначны и мало изучены. Есть наблюдения о преобладании у пациентов с алкогольной зависимостью МПЗ «проекция» [9], в других исследованиях — «отрицание» и подчеркивается также меньшая выраженность и функциональная неразвитость механизма «компенсация» в условиях, когда весь спектр компенсирующих действий заменяется употреблением алкоголя [8].

Остаются неизученными особенности механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью при формировании компенсированной ремиссии и возникновении РОКС ремиссионного периода.

Цель исследования — изучить механизмы

психологической защиты у пациентов с алкогольной зависимостью в процессе формирования

терапевтической ремиссии и в рецидивоопасных клинических ситуациях.

Материал и методы исследования

В исследование, проведенное на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», после прохождения, согласно принятых в наркологии стандартов [2, 10, 11], трехэтапного лечения были включены 76 мужчин с АЗ (шифр F 10.200-202 по критериям МКБ-10 [2, 5]) в возрасте от 27 до 55 лет. Критериями исключения были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с другими психическими и поведенческими расстройствами неалкогольного генеза. Все пациенты были разделены на три подгруппы сравнения. Первые две подгруппы находились в качественной ремиссии (без клинически выраженных РОКС) соответственно на этапе становления (I подгруппа, n=28) (воздержание от употребления алкоголя 1–6 месяцев, F 10.200) и установившейся (II подгруппа, n=25) (воздержание от употребления алкоголя 13–72 месяца, медиана 34 месяца, F 10.202) ремиссии. III подгруппа состояла из 23 пациентов, у которых после длительного периода (от 13 до 64 месяцев, медиана 32 месяца) компенсированной ремиссии (ремиссии без явных клинических РОКС) был констатирован факт обращения к наркологу для противорецидивного лечения в связи с жалобами на РОКС.

В ходе выполнения работы применены психопатологический и экспериментально-психологический методы. Механизмы психологической защиты мы изучали по методике «Life style index» (Plutchik R., Kellerman H., в адаптации Л.И. Вассермана) [8], в которой выделены восемь основных МПЗ.

«Отрицание». Это МПЗ, при котором личностью отрицаются очевидные для окружающих, негативные для больного аспекты реальности (чувства, мысли, поступки).

«Вытеснение» (подавление) — это МПЗ, посредством которого неприемлемые для личности импульсы (желания, мысли, чувства), вызывающие тревогу, становятся бессознательными. При этом вытесненные (подавленные) импульсы, удаляясь из сознания, тем не менее, сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты, которые могут проявляться в невротических и психосоматических симптомах.

«Регрессия». В классических представлениях «регрессия» рассматривается как МПЗ, по-

средством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо, это возвращение в условиях стресса к онтогенетически более ранним или менее зрелым типам поведения.

«Компенсация». Иногда компенсация проявляется тем, что личность ищет замену реально-го или воображаемого недостатка путем фантазирования, присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности без анализа и переструктурирования. Другим проявлением компенсаторных защитных механизмов может быть ситуация преодоления фрустрирующих обстоятельств сверхудовлетворением в других сферах жизни. Такая компенсация, порой гиперкомпенсация, может быть продуктивной и полезной как для личности, так и для общества.

«Проекция». В основе проекции лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности собственные чувства и мысли приписываются другим людям. Это могут быть социально мало одобряемые чувства и свойства, например агрессия, недоброжелательность, аморальные стремления, которые, приписываясь другим, как бы оправдывают эти черты в самой личности.

«Замещение». Это распространенная форма защиты, действие которой проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции. В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению поставленной цели.

«Интеллектуализация». Этот механизм защиты проявляется в пресечении негативных переживаний, вызванных неприятной ситуацией, при помощи логических аргументов и манипуляций, даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного. При этом способе защиты нередко наблюдаются очевидные попытки снизить ценность недоступного для личности опыта. Так, оказавшись в ситуации конфликта, человек защищает себя от его негативного

действия путем снижения значимости для себя и других причин, вызвавших этот конфликт.

«Реактивные образования». При этом МПЗ личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую противоположность. Например, жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестоко-

сти или эмоциональному безразличию.

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерной программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA v.6.0. Сравнение данных в трех подгруппах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительная усредненная выраженность механизмов индивидуальной переработки стресс-

сов и психологической защиты по тесту [8] у пациентов трех подгрупп представлена табл. 1

Таблица 1

Сравнительная выраженность механизмов психологической защиты в I, II и III подгруппах

Механизмы психологической защиты	Подгруппы пациентов		
	I, n=28	II, n=25	III, n=23
	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$
Отрицание	84,20±13,68	75,93±21,85	68,43±29,25
Подавление	60,90±8,14	54,82±31,30	61,71±21,25
Регрессия	67,51±30,64	54,82±33,10**	73,29 ±18,36
Компенсация	53,40±31,37*	69,50±23,83	71,00±25,92***
Проекция	78,19±18,75	66,07±30,82	60,14±32,39
Замещение	57,40±25,24	53,93±29,77**	75,00±14,14
Интеллектуализация	77,20±20,08	73,22±19,08	66,00±28,52
Реактивные образования	81,79±16,68*	61,14±26,14	63,71±28,18

Примечание. Статистически значимые отличия ($p<0,05$): * I и II подгрупп; ** — II и III подгрупп; *** — III и I подгрупп.

Как следует из таблицы, в начале формирования терапевтической ремиссии (I подгруппа) характерными являлись такие МПЗ как «отрицание», «реактивные образования», «проекция» и «интеллектуализация», а статистически значимо реже них ($p<0,001$) встречался МПЗ «компенсация».

По сравнению с I подгруппой во II-й семь МПЗ уменьшались в выраженности ($p<0,01$) и только «компенсация» вырастала из 53,40±31,37 баллов до 69,50±23,83 баллов ($p<0,05$) и становилась стабильной психологической чертой пациентов с компенсированной ремиссией, сохраняющейся даже в рецидивоопасных ситуациях (71,0±25,92 баллов) (табл.).

При возникновении на фоне ремиссии РОКС (III подгруппа) у лиц с алкогольной зависимостью структура МПЗ была следующей (в порядке убывания частоты использования): «замеще-

ние», «регрессия», «компенсация», «отрицание», «интеллектуализация» «реактивные образования», «подавление» и «проекция». При сравнении МПЗ в РОКС и в ремиссии (табл.) видно, что большинство МПЗ меняются мало ($p>0,05$). В РОКС увеличиваются, в сравнении с пациентами в компенсированной ремиссии, «замещение» с 53,93±29,77 баллов до 75,0±14,14 баллов ($p=0,007$) и «регрессия» с 54,82±33,10 до 73,29±18,36 баллов ($p<0,05$). Рост использования такого МПЗ как «замещение» в РОКС клинически проявлялся в разрядке подавленных эмоций (в частности, связанных с актуализацией у пациентов влечения к алкоголю) на доступных объектах, чаще всего, своих близких (раздражительность, вплоть до дисфории, агрессия). А рост выраженности в РОКС МПЗ «регрессия» проявлялся возвратом к онтогенетически более древним и менее зрелым способам поведения,

что в обоих случаях повышало риск срыва и рецидива алкогольной зависимости.

Таким образом, впервые исследованы особенности механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью в процессе формирования терапевтической ремиссии и при возникновении на ее фоне рецидивоопасных клинических состояний. Установлено, что вначале терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью характерными являлись такие механизмы психологической защиты как «отрицание», «реактивные образования», «проекция», «интеллектуализация» и реже всех встречался «компенсация». По мере формирования компенсированной ремиссии большинство механизмов психологической защиты использовались пациентами с алкогольной зависимостью все реже, и только использование такого механизма как «компенсация», становившейся стабильной чертой пациентов с установившейся компенсированной ремиссией, учащалось ($p < 0,05$). При возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью

происходил значимый рост использования механизмов психологической защиты «замещение» ($p < 0,01$) и «регрессия» ($p < 0,05$).

Заключение

По мере формирования компенсированной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью наблюдается уменьшение ($p < 0,01$) использования непродуктивных и рост ($p < 0,05$) использования относительно продуктивных (компенсация) механизмов психологической защиты. При возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций, несмотря на стабильность выработанной в ремиссии компенсации, наблюдается статистически значимый ($p < 0,05$) возврат к использованию онтогенетически более древних бессознательных способов поведения, непродуктивных механизмов психологической защиты. Поэтому, в процессе реабилитации лиц с алкогольной зависимостью следует развивать их компенсаторные возможности, но не полагаться на бессознательные механизмы психологической защиты, а готовить пациентов к сознательному преодолению рецидивоопасных клинических ситуаций.

І.М. Сквіра

ИНДЕКС ЖИТТЄВОГО СТИЛЮ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ В КОМПЕНСОВАНИЙ РЕМІСІЇ ТА В РЕЦИДИВОНЕБЕЗПЕЧНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЯХ

Гомельский державний медичний університет, Гомель, Білорусь

Встановлено, що в процесі формування компенсованої ремісії зростає використання механізму психологічного захисту (МПЗ) «компенсація» і зменшується використання всіх інших МПЗ ($p < 0,01$), а в рецидивонебезпечних клінічних ситуаціях частіше використання МПЗ «заміщення» ($p < 0,01$) і «регресія» ($p < 0,05$). У процесі реабілітації осіб з алкогольною залежністю слід розвивати їх компенсаторні можливості і формувати готовність до свідомого подолання рецидивонебезпечних ситуацій. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 58-62).

Ivan M. Skvira

LIFE STYLE INDEX IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL DEPENDENCE IN COMPENSATED REMISSION AND IN RELAPSE-DANGEROUS CLINICAL SITUATIONS

Gomel State Medical University

Found that in the process of increasing the use of compensated remission psychological defense mechanism (PDM) "compensation" and reduced the use of all other PDM ($p < 0,01$), and in situations relapse-dangerous quickens the use of PDM "substitution" ($p < 0,01$) and "regression" ($p < 0,05$). Conclusions. In the process of rehabilitation of persons with alcohol dependence should develop their compensatory abilities and willingness to form a conscious overcoming relapse-dangerous clinical situations. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 58-62).

Литература

1. Алкоголизм: руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. 856 с.
2. Артемчук А.Ф. Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний / А.Ф. Артемчук, И.К. Сосин, Т.В. Чернобровкина. — Под ред. Т.В. Чернобровкиной. — Харьков: Коллегиум, 2013. — 1148 с.
3. Дубинина, Л.А. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в состоянии ремиссии / Л.А. Дубинина, Е.М.

Крупницкий, О.Ф. Ерышев, И.О. Борко // Ученые записки СПб.-го государственного университета им. Акад. И.П. Павлова. І СПб., 2008. І Том 15, № 1 (приложение). І С. 131.

4. Сквіра І.М. Психогенні в генезі срывів і рецидивів при алкогольної залежності / І.М. Сквіра // Матер. наук.-практ. конф. з міжн. участю, присв. 150-ю курорту «Березовські мінеральні води» та 50-ю кафедри психотерапії ХМАПО: «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження» (15 Платонівські

читання). За ред. проф. Б.В. Михайлова. — Харків, 2012. — Т.2. — С. 235–236.

5. Бехтель, Э.С. Психологические защитные механизмы в клинике алкоголизма / Э.С. Бехтель // Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. 1 Вып. 2, Т. 84. 1 С. 244"248.

6. Lazarus, R.S. Coping and adaptation / R.S. Lazarus, S. Folkman // The handbook of behavioral medicine. 1 N.Y.: Guilford, 1984. 1 P. 282"325.

7. Plutchik, R. A structural theory of ego defenses and emotions / R. Plutchik, H. Kellerman, H. Coute // In: E. Isard "Emotions in personality and psychopathology". 1 N-Y., 1979. 1 P. 229"257.

8. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова,

Н.Н. Петрова [и др.]. Пособие для врачей и психологов. 1 СПб., 1999. 1 49 с.

9. Чернявская И.Ю. Механизмы психологической защиты у лиц с алкогольной аддикцией / И.Ю. Чернявская // «Психалогия». 1 Минск, 2010. 1 № 4. 1 С. 24"28.

10. Мінко О.І. Діагностика і терапія психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин: Посібник для лікарів / О.І. Мінко, І.В. Лінський, О.С. Самойлова, О.О. Мінко, І.О. Шараневич // Харків: Плеяда, 2009. — 108 с.

11. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами / Приказ МЗ РБ 31 декабря 2010 № 1387: Учреждение-разработчик: ГУ «РНПЦ психического здоровья». — Минск: ИЧУП «Профессиональные издания», 2011. — 374 с.

Поступила в редакцию 21.02.2013