

С.В. Гречаный

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПОДРОСТКОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Каф. психиатрии и наркологии ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»

Резюме. Статья посвящена сравнительному изучению механизмов психологических защит у подростков с различными типами аддикций. Выявлены дезадаптивные типы МПЗ для каждой из разновидностей аддиктивной патологии: «отрицание» при зависимости от летучих органических веществ и юношеском алкоголизме, «замещение» – при юношеском алкоголизме, «регрессия» – при сочетанной зависимости от стимуляторов и каннабиноидов и токсикоманиях. Показано, что аддиктивные заболевания подросткового и юношеского возраста нарушают нормальный процесс формирования адаптационной системы личности.

Ключевые слова: психологическая защита, подростки, алкоголизм, наркомании

Актуальность. В настоящее время механизмы психогенеза наркологических заболеваний тесно связываются с нарушением адаптационной системы личности наркозависимых. Злоупотребление наркотиков рассматривается как своеобразная «рискованная» форма поведения личности, а само заболевание понимается как «поведение риска», являющееся неконструктивным (дезадаптивным) способом преодоления психотравмирующих переживаний. Поведение риска является проявлением неосознанного «отчаяния» в условиях витальной угрозы базисным характеристикам личности. Феномен патологического влечения к психоактивным веществам является отражением дисфункционального состояния личности, вызванного срывом механизмов личностной адаптации. Последнему отводится роль пускового фактора в возникновении и рецидиве наркологической болезни.

К числу личностно-адаптивных характеристик, влияющих на формирование и течение болезни, в настоящее время принято относить, прежде всего, механизмы психологической защиты (МПЗ). МПЗ представляют собой процессы интрапсихической адаптации за счет подсознательной переработки поступающей информации. Создается барьер для психотравмирующей информации, которая игнорируется или искажается. В результате личность бессознательно трансформируется в направлении поддержания позитивного чувства «Я», что рассматривается как способ адаптации к повторным психотравмирующим влияниям. Посредством МПЗ происходит последовательное искажение реальности с целью ослабления эмоционального напряжения: информация игнорируется, забывается или интерпретируется удобным для индивида способом.

Будучи тесно связанными с характерологическим радикалом личности (диагностическая система Келлермана-Плутчика), механизмы психологической

защиты определяют тип отношения к болезни, а, следовательно, такие ее параметры, как течение, прогрессивность, длительность ремиссий, исход.

В исследованиях, посвященных защитному поведению при наркологических заболеваниях, указывается на достоверное преобладание у пациентов с алкоголизмом механизма психологической защиты «отрицание» (Клубова Е. Б., 1995). Подчеркивается также меньшая выраженность и функциональная неразвитость механизма «компенсация» в условиях, когда весь спектр компенсирующих действий заменяется употреблением алкоголя.

Актуальность настоящего исследования связана с недостаточной изученностью конкретных механизмов защитно-приспособительного поведения, влияющих на личностно-адаптационные ресурсы при аддиктивной патологии. Данное обстоятельство обусловило цель исследования – изучение механизмов психологических защит пациентов с различными типами наркологических заболеваний для выработки эффективных методик терапии личностной дезадаптации.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 94 больных с различными наркологическими заболеваниями. В 1-ю подгруппу вошли 22 пациентов с опиатной наркоманией – F 11.21 (средний возраст – $16,23 \pm 0,25$). 2-ю подгруппу составил 41 пациент с зависимостью от летучих органических веществ – F 18.21 (средний возраст – $15,93 \pm 0,42$). В 3-ю подгруппу вошли 16 пациентов с юношеским алкоголизмом – F 10.1 и F 10.21 (средний возраст – $16,00 \pm 0,35$). И, наконец, 4-ю подгруппу составили 15 пациентов с сочетанной зависимостью от стимуляторов и каннабиноидов – F 15.21 и F 12.21 (средний возраст – $15,33 \pm 0,29$).

Таким образом, изучаемые подгруппы объединял средний возраст больных, который достоверно не различался и составлял во всех случаях 15-16 лет. Обследование проводилось в стационаре, в условиях, исключающих употребление психоактивных веществ, в постабстинентном периоде. Контрольную группу составили 33 здоровых студента (средний возраст $17,82 \pm 0,13$).

С целью изучения влияния возрастного фактора на функцию защитно-приспособительных механизмов результаты, полученные в 1-й подгруппе, были сопоставлены с результатами исследования 24 пациентов с опиатной наркоманией старше 18 лет (средний возраст – $24,50 \pm 0,61$ года). Для изучения возрастной динамики формирования механизмов психологической защиты результаты контрольной группы сопоставлены с результатами изучения 61 здорового студента старше 18 лет (средний возраст – $22,53 \pm 0,18$ года).

Для исследования механизмов психологической защиты применялась методика R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte (1979) «Индекс жизненного стиля». Согласно методике, в ходе исследования изучается 8 основных механизмов психологических защит, соответствующих 8-ми шкалам опросника: отрицание, вытеснение, регрессия,

компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивные образования. Анализ результатов проводится по двум направлениям: расчет общей степени напряженности психологических защит и расчет профиля психологических защит.

Полученные результаты и их обсуждение. Результаты исследования выявили достоверно более высокие показатели общей напряженности психологических защит во всех подгруппах по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Наиболее высокий общий показатель напряженности защитных механизмов отмечался в подгруппе пациентов с зависимостью от летучих органических веществ ($77,69 \pm 2,13$). Он оказался сопоставим с подгруппой опиатной наркомании ($74,02 \pm 3,97$) и достоверно превышал таковой показатель в подгруппе юношеского алкоголизма ($69,20 \pm 3,33$) и подгруппе пациентов с сочетанной зависимостью от стимуляторов и каннабиноидов ($68,57 \pm 3,44$).

Большинство шкал контрольной группы имели достоверно меньшие цифры по сравнению с основными подгруппами. Это касается таких шкал, как «вытеснение», «проекция», «замещение», «интеллектуализация», «реактивные образования» ($p < 0,05$). Три других шкалы – «отрицание», «регрессия» и «компенсация» не показали существенных различий с основными подгруппами. Этот факт можно объяснить возрастной закономерностью формирования адаптационной системы личности. Характерная для юношеского возраста низкая фрустрационная толерантность приводит к неспособности защитных механизмов справляться с внутренним дискомфортом и, как следствие, к их «заостренности». В то же время сравнение показателей основных подгрупп со старшей контрольной группой выявило достоверное различие показателей всех шкал.

Оценивая МПЗ 2-й подгруппы (пациенты с зависимостью от летучих растворителей), следует отметить, что средние показатели трех из восьми шкал превышали критический «порог» напряженности (80%). Это «отрицание», «регрессия» и «компенсация». Можно предположить, что именно эти психологические защитные механизмы ответственны за дезадаптацию токсикоманических больных, что существенно отличает их от пациентов с другими типами зависимости. Средние показатели «отрицания» во 2-й подгруппе достоверно превышали аналогичный показатель 1-й и 4-й подгрупп и были сопоставимы лишь с подгруппой юношеского алкоголизма (3-я подгруппа). В то же время средние показатели шкал «регрессия» и «компенсация» описываемой подгруппы достоверно превышали подгруппу юношеского алкоголизма.

Обсуждая преобладание в вышеуказанной подгруппе МПЗ «отрицание», следует в целом остановиться на роли этого механизма в развитии наркологических заболеваний. В клиническом аспекте МПЗ «отрицание» выражается в феномене анозогнозии. При болезнях аддикции анозогнозия представляет собой сложный симптомокомплекс, включающий в себя идеаторный, аффективный и поведенческий компоненты. Наркоманическая анозогнозия проявляется, в отличие от других

нозологий, не только легковесным отношением к факту заболевания или вовсе его отрицанием, но и неспособностью распознать у себя конкретные проявления болезни и предвидеть рецидив. В подгруппах, где выявлялись достоверно высокие цифры «отрицания» (токсикозависимость и юношеский алкоголизм) феномен анозогнозии в словах и поступках пациентов проявлялся достаточно полно.

Характеризуя пациентов с юношеским алкоголизмом (3 подгруппа), необходимо отметить достоверное преобладание средних показателей шкалы «замещение» над аналогичным показателем как контроля, так и других клинических подгрупп. Указанная особенность характеризует личность больных с юношеским алкоголизмом, а также выявляется специфику адаптационной системы при данном заболевании по сравнению с другой аддиктивной патологией. «Замещение» представляет собой перенос переживаний с недоступного на доступный объект, что реализуется в феномене «смещенной агрессии». Разрядка подавленных эмоций происходит на объект, не представляющий опасность. Преобладание механизма «замещения» в структуре адаптационной системы характерно для дисфорической (эксплозивной) личности. Указанное соотносится с клиническими описаниями типа личности при юношеском алкоголизме, который определяется как «дисфорический», «эпилептоидный», «антисоциальный» и т. д. В основе данного типа лежат «замещающие» формы эмоционального реагирования.

Средние показатели шкал 3 подгруппы незначительно отличались от показателей 2 подгруппы. Это свидетельствует о том, что при опиатной наркомании также имеет место отчетливое перенапряжение защитно-приспособительных механизмов, снижающее уровень психической адаптации пациентов. Исключение составил механизм «отрицание», средний показатель которого был достоверно меньше, чем во 2-й и 4-й подгруппах. Данное обстоятельство соответствует факту частичного осознания болезни у опиатных пациентов, проявляющееся, в некоторых случаях, в своеобразной «озабоченности» собственным здоровьем.

Сравнивая показатели МПЗ у пациентов с опиатной наркоманией в разных возрастных группах, обнаружено, что в старшем возрасте отмечается достоверное преобладание общей напряженности психологических защит ($p < 0,05$). Средние показатели 7 из 8 шкал с возрастом также преобладали. Исключение составила лишь шкала «вытеснение», средний показатель которой в младшей возрастной подгруппе был выше. Таким образом, можно сделать вывод, что старшая возрастная подгруппа опиатных наркозависимых отличается более низким уровнем психологической адаптации как в целом, так и по отдельным ее составляющим. Указанные особенности отражают закономерность течения заболевания. Прогрессирующая динамика болезни сопровождается срывом механизмов адаптации личности и, как следствие, их напряженностью.

Противоположные результаты обнаружены в контрольной группе. Студенты старшего возраста отличались достоверно более низким общим показателем шкал теста ($p < 0,05$). При этом цифры ни одной из шкал не достигали критического порога напряженности. Таким образом, у здоровых респондентов общая напряженность МПЗ с возрастом снижается, что свидетельствует об устойчивости и эффективности основных механизмов адаптации. Отмеченное выше в целом характеризует возрастную динамику формирования защитно-адаптивного поведения в норме.

Результаты исследования МПЗ в 4-й подгруппе свидетельствуют о схожести показателей основных шкал с таковыми в 3-й подгруппе. Отличия касаются меньших цифр «замещения» и достаточно высоких показателей «регрессии», превышающих критический «порог» напряженности и приближающихся к таковым во 2 подгруппе. Сравнивая полученные результаты с данными литературы (Вассерман Л. И. с соавт., 2005), следует отметить, что МПЗ «регрессия» превалирует у личностей с выраженными аффективными нарушениями – тревогой, внутренним напряжением, дистимией, которые отмечаются у пациентов с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и каннабиноидов. «Регрессивная» личность отличается импульсивной напряженностью и потребностью в незрелых формах ее разрядки.

Выводы.

1. Необходимо говорить о потенциально дезадаптивных типах МПЗ для каждой из разновидностей аддиктивной патологии. К таковым относятся: «отрицание» при зависимости от летучих органических веществ и юношеском алкоголизме; «замещение» – при юношеском алкоголизме; «регрессия» – при сочетанной зависимости от стимуляторов и каннабиноидов и токсикоманиях. Система МПЗ при опиатной наркомании характеризуется относительно равномерным профилем, но в целом высокой напряженностью, сходной с таковой при токсикоманиях. Наиболее выраженный срыв адаптационных механизмов защиты отмечается при токсикоманиях. Преодоление конкретных проявлений дезадаптации личности на уровне неэффективных МПЗ должно лежать в основе когнитивно-поведенческой психотерапии химических аддикций.

2. Аддиктивные заболевания подросткового и юношеского возраста нарушают нормальный процесс формирования адаптационной системы личности. Срыв механизмов личностной адаптации, характерный для этих пациентов, является результатом как нозогенного влияния (связанного с закономерностями течения наркологического заболевания), так и возрастного дизонтогенеза компонентов защиты личности.