

5. Аторвастатин вносит достоверные отличия в формирование гормон-позитивных групп по переносу трийодтиронина в ЛПВП через 24 часа, а также ЛПВП и ЛПНП — через 60 часов после его однократного приема мужчинами и женщинами.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ялымов, А. А. Влияние аторвастатина на показатели липидного обмена, микроциркуляции и суточного мониторирования ЭКГ у больных острым коронарным синдромом / А. А. Ялымов, Г. Г. Шехян, В. С. Задонченко // От диспансеризации к высоким технологиям: материалы конгресса кардиологов. — 2006. — С. 449.
2. Fonarow, G. Effective strategies for long-term statin use / G. Fonarow, K. Watson // Am J. Cardiol. — 2002. — Vol. 92. — № 1A. — P. 27–34.
3. Plasma Coenzyme Q10 predicts lipid-lowering response to high-dose atorvastatin / M. A. Pacanowski [et al.] // J Clin Lipidol. — 2008. — Vol. 2, № 4. — P. 289–297.

4. Бунак, В. В. Выделение этапов онтогенеза и хронологические границы возрастных периодов / В. В. Бунак // Советская педагогика. — 1965. — № 11. — С. 105–119.

5. Analysis of low-density lipoproteins by preparative ultracentrifugation and refractometry / F. T. Lindgren [et al.] // Journal of lipid research. — 1964. — Vol. 5. — P. 68–74.

6. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.

7. Recognition of oxidized low density lipoprotein by the scavenger receptor of macrophages results from derivatization of apoprotein B by products fatty acid peroxidation / U. P. Steinbrecher [et al.] // J Biol Chem. — 1989. — Vol. 264. — P. 15216–15223.

8. Glucocorticoids exert opposing effects on macrophage function dependent on their concentration / H. Y. Lim [et al.] // Immunology. — 2007. — Vol. 122, № 1. — P. 47–53.

9. Inhibition of in vitro macrophage-induced low density lipoprotein oxidation by thyroid compounds / L. Ozol[et al.] // J Endocrinol. — 2003. — Vol. 177, № 1. — P. 137–146.

Поступила 15.04.2011

УДК 616.89 – 008.441.13 – 036.66 + 613.86

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ И В РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

И. М. Сквиря

Гомельский государственный медицинский университет

У лиц с алкогольной зависимостью исследованы механизмы психологической защиты по методике «Life style index» (R. Plutchik, H. Kellerman, адаптация Л. И. Вассермана). Установлено, что в процессе формирования компенсированной ремиссии наблюдается рост использования продуктивных механизмов психологической защиты ($p < 0,05$), а при возникновении рецидивоопасных клинических состояний ремиссионного периода происходит возврат к использованию онтогенетически более древних механизмов психологической защиты. Установленные закономерности можно использовать при психотерапии и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью.

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

MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE IN REMISSION AND RELAPSE-DANGEROUS CLINICAL CONDITIONS

I. M. Skvira

Gomel State Medical University

The mechanisms of psychological defense have been studied in individuals with alcohol dependence by the method «Life style index» (R. Plutchik, H. Kellerman, Wasserman's adaptation). It has been established that during the formation of the compensated remission there is an increase in productive use of psychological defense mechanisms ($p < 0,05$). But when the relapse-dangerous clinical conditions of the remission period appear, there is a return to the use of ontogenetically older defense mechanisms. The established regularities can be used in psychotherapy and rehabilitation of persons with alcohol dependence.

Key words: alcohol dependence, remission, relapse-dangerous clinical condition, psychological defense mechanisms.

Введение

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 соци-

альной 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 к расстройствам адаптации [3], другим рецидивоопасным клиническим состояниям (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, называемый уровнем «перцептивной» защиты, проявляется 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-историческим опытом развития личности в определенной социально-культурной среде, становясь довольно устойчивым свойством личности [5–8].

В последние десятилетия авторы научных работ обращают все большее внимание на то, что МПЗ представляют собой бессознательный процесс, они не совершенны и большинство из них не конструктивны [9]. Недостаточное осознание событий, переживаний и ощущений, которые причинили бы человеку боль при их осознании, позволяет больным алкогольной зависимостью долгое время сохранять спокойствие и не тревожиться по поводу связанных с алкоголизацией проблем. При этом, ограждая личность больного алкогольной зависимостью от внутреннего конфликта, МПЗ лишают человека возможности осознания происходящих с ним перемен, что способствует хронизации болезни и позднему обращению за помощью [5, 10]. 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, принимая на себя основную часть работы по преодолению негативных переживаний [9].

И тут данные о структуре МПЗ у пациентов с алкогольной зависимостью неоднозначны и малоизучены. Есть наблюдения о преобладании у больных алкоголизмом МПЗ проекции [11]. В других исследованиях указывается на преобладание у пациентов с алкоголизмом механизма психологической защиты «отрицание» и подчеркивается также меньшая выраженность и функциональная неразвитость механизма «компенсация» в условиях, когда весь спектр компенсирующих действий заменяется употреблением алкоголя [9].

Остается не изученной структура механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью в процессе формирования терапевтической ремиссии и при возникновении рецидивоопасных клинических состояний ремиссионного периода.

Цель исследования

Изучить механизмы психологической защиты у пациентов с алкогольной зависимостью в процессе формирования терапевтической ремиссии и в рецидивоопасных клинических состояниях ремиссионного периода.

Материал и методы

Исследование проведено на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». В исследование были включены 95 мужчин в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов $39,2 \pm 7,2$) с алкогольной зависимостью (шифр F 10.2 по МКБ-10 [12]), прошедших четырехэтапное лечение, согласно принятым в наркологии стандартам [13]. Критериями исключения были: пациенты с алкогольными психозами и эндогенными психическими заболеваниями. Все пациенты были разделены на три группы сравнения. Первая группа состояла из 39 пациентов, находившихся на этапе становления ремиссии, с воздержанием от употребления алкоголя до шести месяцев («начальная ремиссия» в терминологии МКБ-10, шифр F 10.200 [11]). Вторая группа из 30 человек с воздержанием от употребления алкоголя один год и более находилась на этапе «полной ремиссии» (по определению МКБ-10, шифр F 10.202 [11]). Пациенты первых двух групп находились в состоянии компенсированной ремиссии (без клинически выраженных рецидивоопасных состояний) [1]. В третью группу (26 человек) были включены пациенты с рецидивоопасными клиническими состояниями (РОКС [4]), возникшими на фоне полной ремиссии (пациенты, обратившиеся для противорецидивного лечения).

В ходе выполнения работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. Механизмы индивидуальной переработки стрессов и механизмы психологической защиты мы изучали по тесту «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» [9].

Авторы методики выделяют восемь основных механизмов психологической защиты [9].

«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 рассматривается как МПЗ, посредством 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 проявляется тем, что личность ищет замену реального 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 ее основе лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности собственные чувства и мысли приписываются другим людям. Это могут быть социально малоодобряемые 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 слу-

чаев 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, жестокости или эмоциональному безразличию.

Статистическая обработка данных (дисперсионный анализ, среднее значение, стандартное отклонение) и оценка достоверности результатов проводилась с помощью компьютерной программы «Microsoft Office Excel», 2003 [14]. Статистическая значимость различий — $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения

Сравнительная усредненная выраженность МПЗ по тесту «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» у пациентов с алкогольной зависимостью в начале формирования компенсированной ремиссии и полной, установившейся ремиссии представлена таблицей 1.

Таблица 1 — Сравнительная выраженность механизмов психологической защиты у пациентов с алкогольной зависимостью в начальной и полной ремиссии

Механизмы психологической защиты	Начальная ремиссия	Полная ремиссия	P
	M ± m	M ± m	
Отрицание	84,2 ± 4,3	76 ± 4,1	> 0,05
Подавление	60,9 ± 8,1	54,8 ± 5,9	> 0,05
Регрессия	67,5 ± 9,7	54,8 ± 6,3	> 0,05
Компенсация	53,4 ± 9,9	69,5 ± 4,5	< 0,05
Проекция	78,2 ± 5,9	66,1 ± 5,8	> 0,05
Замещение	57,4 ± 7,9	53,9 ± 6,6	> 0,05
Интеллектуализация	77,2 ± 6,3	73,2 ± 3,6	> 0,05
Реактивные образования	81,8 ± 5,3	61,1 ± 4,9	< 0,01
Всего пациентов	28	25	—

Как следует из таблицы 1, в начале формирования терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью характерны

ми являлись такие МПЗ, как «отрицание», «реактивные образования», «проекция» и «интеллектуализация», а значимо реже них ($p < 0,001$)

встречался МПЗ «компенсация». В полной ремиссии для пациентов с алкогольной зависимостью наиболее часто проявляемыми становились такие МПЗ как «отрицание», «интеллектуализация» и «компенсация», а значительно меньше ($p < 0,01$) были выражены «регрессия», «подавление» и «замещение».

По мере формирования полной ремиссии семь МПЗ уменьшаются ($p < 0,01$) в выражен-

ности и только такой МПЗ, как «компенсация» вырастает из $53,4 \pm 9,9$ баллов в начале ремиссии до $69,5 \pm 4,5$ баллов в полной ремиссии (таблица 1, $p < 0,05$) и становится стабильной психологической чертой пациентов с установившейся компенсированной ремиссией.

Сравнительная выраженность МПЗ в полной компенсированной ремиссии и РОКС представлена таблицей 2.

Таблица 2 — Сравнительная выраженность механизмов психологической защиты у пациентов с алкогольной зависимостью при полной компенсированной ремиссии и в рецидивоопасных клинических состояниях

Механизмы психологической защиты	Полная ремиссия	РОКС	P
	M ± m	M ± m	
Отрицание	76 ± 4,1	68,4 ± 11,1	> 0,05
Подавление	54,8 ± 5,9	61,7 ± 8,1	> 0,05
Регрессия	54,8 ± 6,3	73,3 ± 6,9	< 0,05
Компенсация	69,5 ± 4,5	71 ± 9,8	> 0,05
Проекция	66,1 ± 5,8	60,1 ± 12,2	> 0,05
Замещение	53,9 ± 6,6	75 ± 5,3	< 0,01
Интеллектуализация	73,2 ± 3,6	66 ± 10,8	> 0,05
Реактивные образования	61,1 ± 4,9	63,7 ± 10,7	> 0,05
Всего пациентов	28	27	—

При возникновении на фоне ремиссии РОКС у лиц с алкогольной зависимостью структура МПЗ была следующей (в порядке убывания частоты использования): «замещение», «регрессия», «компенсация», «отрицание», «интеллектуализация» «реактивные образования», «подавление» и «проекция» (таблица 2).

Сравнительная структура МПЗ в процессе формирования ремиссии и в РОКС представлена рисунком.

При сравнении МПЗ в РОКС и в ремиссии видно, что большинство МПЗ меняются мало (таблица 2, рисунок, $p > 0,05$). В РОКС увеличиваются в сравнении с пациентами в компен-

сированной ремиссии «замещение» — с $53,9 \pm 6,6$ баллов до $75 \pm 5,3$ баллов ($p = 0,007$) и «регрессия» — с $54,8 \pm 6,3$ до $73,3 \pm 6,9$ 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. 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.

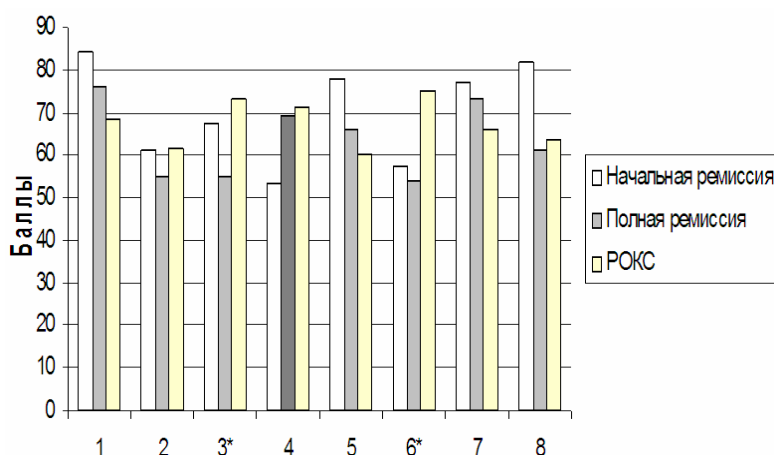


Рисунок 1 — Усредненная структура механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью в процессе формирования ремиссии и в рецидивоопасных клинических состояниях

Примечание. Механизмы психологической защиты: 1 — отрицание; 2 — подавление; 3 — регрессия; 4 — компенсация; 5 — проекция; 6 — замещение; 7 — интеллектуализация; 8 — реактивные образования. Статистическая значимость отличий в полной ремиссии и РОКС: * $p < 0,05$.

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 в начале терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью характерными являются такие механизмы психологической защиты, как «отрицание», «реактивные образования», «проекция», «интеллектуализация» и реже всех встречается «компенсация» ($p < 0,05$). По мере формирования полной 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, учащается ($p < 0,05$). А при возникновении рецидивоопасных клинических состояний ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью происходит значимый рост использования механизмов психологической защиты «замещение» и «регрессия» ($p < 0,05$).

Заключение

По мере формирования компенсированной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью наблюдается тенденция уменьшения использования непродуктивных и рост использования относительно продуктивных механизмов психологической защиты. При возникновении рецидивоопасных клинических состояний наблюдается возврат к использованию онтогенетически более древних способов поведения, непродуктивных механизмов психологической защиты.

Установленные закономерности можно использовать как тактические цели и критерии эф-

фективности долгосрочной психотерапии и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
2. Сосин, И. К. Наркология / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувев. — Харьков: Кол-ум, 2005. — 800 с.
3. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в состоянии ремиссии / Л. А. Дубинина [и др.] // Ученые записки СПб.-го госуниверситета им. акад. И. П. Павлова. — СПб., 2008. — Т. 15, № 1 (приложение). — С. 131.
4. Сквиря, И. М. Рецидивоопасные клинические состояния в наркологии: идентификация проблемы / И. М. Сквиря // «Оптіодна залежність: клінічні, патогенетичні, епідеміологічні, патофизиологічні аспекти, методи лікування і профілактики»: Матеріали науч.-практ. конф. с междунар. участ. на базі Луганського госмедуніверситету, Луганск, 23–24 окт. 2009 г. — Луганск, 2009. — С. 34.
5. Бехтель, Э. С. Психологические защитные механизмы в клинике алкоголизма / Э. С. Бехтель // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1984. — Т. 84, Вып. 2. — С. 244–248.
6. Lazarus, R. S. Coping and adaptation / R. S. Lazarus, S. Folkman // The handbook of behavioral medicine. — N.Y.: Guilford, 1984. — 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». — N.Y., 1979. — P. 229–257.
8. Габоев, В. Н. Алкогольная анозогнозия при хроническом алкоголизме / В. Н. Габоев // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1989. — № 2. — С. 98–101.
9. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов / Л. И. Вассерман [и др.]. — СПб., 1999. — 49 с.
10. Баранова, О. В. Психологические механизмы формирования алкогольной анозогнозии / О. В. Баранова // Наркология. — 2005. — № 6. — С. 59–60.
11. Чернявская, И. Ю. Механизмы психологической защиты у лиц с алкогольной аддикцией / И. Ю. Чернявская // «Психология». — 2010. — № 4. — С. 24–28.
12. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и диагностическими критериями) / Ред. Дж. Э. Купер / Пер. с англ. Д. Полтавца — К.: «Сфера», 2000. — 464 с.
13. ПРИКАЗ от 19 августа 2005 г. № 466 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь» / гл. ред. Р. А. Евсегнеев. — Минск, 2005. — 196 с.
14. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.

Поступила 01.03.2011

УДК 616. 248-058. 86: 612. 017. 1

КОНЦЕНТРАЦИИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ И ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИХ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОСЕРОТЕРАПИИ

О. В. Матющенко

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

В статье приведены результаты клинико-иммунологического обследования 41 ребенка с аллергической бронхиальной астмой (БА) до и после лечения, включающего аутосеротерапию. Методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке крови данных пациентов были определены концентрации IgA, IgM, IgG, IgE, а также ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α и выявлены корреляционные взаимоотношения между ними.

Было обнаружено, что IgA, IgM, IgG, IgE и ИЛ-4 коррелируют в пределах собственной группы до и после лечения, включающего аутосеротерапию. Высокая степень корреляционной зависимости до и после проводимого лечения отмечается в группах IgE ($n = 30$; $r = 0,8430$; $p < 0,001$), ИЛ-4 ($n = 41$; $r = 0,7626$; $p < 0,001$) и IgM ($n = 40$; $r = 0,7366$; $p < 0,001$). Наибольшее число корреляционных взаимодействий наблюдается у IgA. Определенные корреляционные взаимоотношения как до, так и после проводимого лечения, вклю-