

© М.В. БОГДАНОВА, Е.В. БЕСЕДИНА

bogdanova-mv@yandex.ru, bev0201@mail.ru

УДК 159.9

ДЕФОРМАЦИЯ СИСТЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

АННОТАЦИЯ. В статье рассматриваются особенности психологических защит наркозависимых, их влияние на формирование аддиктивного поведения. Анализируется связь иммунных нарушений (иммунного статуса) наркозависимых и дисфункции системы психологических защит.

SUMMARY. The given article describes the specifics of drug addicts' psychological defense, their influence on formation of addictive behavior. The connection of immune infringements (the immune status) of drug addicts and dysfunctions of psychological defense system is analyzed.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Психологическая защита, наркозависимые, иммунные нарушения, дисфункция системы психологических защит.

KEY WORDS. Psychological defense, drug addicts, immune infringements, dysfunctions of psychological defense system.

Важнейшим компонентом реабилитационного процесса наркозависимых является работа с психологом, психотерапевтом. После того как дезинтоксикация завершена, усилия специалистов реабилитации направлены на то, чтобы больной изменил свои взгляды на мир, осознал необходимость полноценной жизни в обществе. Большинство работающих в этой области признают, что это очень сложный процесс: «война врача и семьи с патологической мотивацией». Но в первую очередь — война с желанием пациента убежать, спрятаться от страха реальной жизни посредством наркотиков, обусловленного отсутствием эффективной системы защитно-адаптационных механизмов [1].

Предполагается, что наркозависимые еще до начала болезни имеют такие особенности личности (прежде всего ее защитной системы), которые способствуют формированию патологической зависимости. Признается значимость фармакологических теорий патогенеза наркоманий (клеточный и нейрогуморальный механизмы). Однако только комплексный подход, учет всего разнообразия факторов: социального, биологического (медицинского), психологического обеспечивает эффективность реабилитации и психопрофилактики [1].

Недостаточная личностная проработка (отсутствие психокоррекционных мероприятий в реабилитационном процессе) оказываются фактором рецидива заболевания. Одной из психотерапевтических мишеней является система психологических защитных механизмов. *Психологическая защита* — это система адаптивно ориентированных психических процессов, направленных на ми-

нимизацию вредоносных воздействий, сохранение целостности «Я» для более адекватного взаимодействия с реальностью [2]. Эволюционный смысл защиты — поддержание продуктивного баланса между поддержанием самоидентичности системы и необходимостью взаимодействия с внешней средой. Незрелость психологических защит, преобладание регрессивных стратегий не позволяют выполнять системе ее основную функцию — снижение тревоги. В этом случае происходит дальнейшее сужение и стереотипизация защитных реакций, и аддиктивное поведение — проявление этого механизма.

Цель исследования: обнаружить особенности системы психологических защитных механизмов наркозависимых, способствующие формированию и поддержанию аддиктивного поведения.

Методики. Личностные опросники: Методика многостороннего исследования личности (клинический вариант ММРІ), Ленинградский опросник Бехтеревского института, диагностирующий тип отношения к болезни, метод семантического дифференциала, также проводилось клиническое интервью. Для исследования иммунологического статуса применялась специальная методика экспресс-диагностики самооценки здоровья Сибирского отделения Института клинической иммунологии РАМН (г. Тюмень) [3].

Статистическая обработка: достоверность различий проверялась критериями Стьюдента, Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни, проводился факторный и частотный анализ данных семантического дифференциала.

Результаты. Социальные характеристики: средний возраст испытуемых 24,2 (24,5) года. Пол — 100% мужчины. Уровень образования: 8 классов — 9,09% (16,7%), среднее — 86% (83,3%), высшее — 4,5% (0%). (В скобках указаны данные для часто и длительно болеющих наркозависимых).

Наркологический анамнез: все испытуемые имеют диагноз: опиатная наркотическая зависимость. Средняя суточная доза перед началом реабилитации составила 1,7 грамма, количество суточных приемов 2,4 раза. 77% наркозависимых проходят реабилитацию повторно.

Особенности иммунологического статуса: 31,8% реабилитантов обеспокоены своей повышенной утомляемостью.

Таблица 1

Распространенность симптомов дисфункции иммунной системы (в %)

Повышение сахара в крови	4,45%
Повышенное выделение мочи:	
- постоянно	9%
- только днем	13,2%
Частота ОРЗ:	
- не болею	9,1%
- 1 раз в несколько лет	40,2
- 1-2 раза в год	27,4%
- 3-4 раза в год	18,1%
- более 4 раз в год	4,2%
Заболевание протекает тяжело	31,8%
Характерны затяжные течения заболевания	31,8%

Окончание табл. 1

Герпес:	
- не болею	50%
- 1 раз в несколько лет	27,3%
- 1-2 раза в год	9,1%
- 3-4 раза в год	8,1%
- более 4 раз в год	1%
Локализация герпеса	
- на губах	54,5%
- в области носа	13,5%
- на туловище	18,2%
- в области половых органов	13,8%
Размер очага:	
- точечный	81%
- около 1 см в диаметре	9%
- более	10%
Хронические воспалительные заболевания	63,6%
Их обострения	
- 1 раз в несколько лет	85,7%
- 1-2 раза в год	14,3%
- более 3-х раз в год	14,3%
Обострение протекает остро с температурой	77,8%
Фурункулы и т.п. в году	13,6%
Осложнения после операций, травм и порезов	9,1%
Грибковые поражения	4,6%
Аллергии	10,1%
Длительный прием препаратов (аспирин, антибиотики и т.п.)	18,2%
Частота приема пищи в день:	
3 раза	63,6%
4 раза	31,8%
более 4 раз	4,55%
Патология ЖКТ	18,2%
Обострение ее на данный момент	13,2%
Стул:	
- чаще 1 раза в день	9,1%
- 1 раз в день	63,2%
- 1 раз в 2 дня	22,1%
- реже	4,6%

Таким образом, из таблицы видно, что 22,3% наркозависимых можно отнести к категории часто и длительно болеющих, чья иммунная система работает неэффективно. Столь высокий процент нарушений в работе иммунной системы может быть интерпретирован как гипервключение защит психосоматического уровня, вызванное тем, что психологические защиты более высоких уровней (копинги, высшие

личностные ресурсы) не могли быть сформированы у наркозависимого. Подобная инфантильность личностного развития соотносится с отечественной концепцией о преморбидных чертах личности наркозависимых А.В. Сухарева и Е.А. Брюн [4].

Отношение наркозависимых к болезням. 90,9% испытуемых отмечают, что в детстве им нравилось болеть, так как они могли рассчитывать в этом состоянии на особую заботу и внимание близких. Поведение больного, стратегия «ухода в болезнь» позитивно подкреплялась со стороны ближайшего окружения. Все это привело к формированию жесткой поведенческой установки на соматическое неблагополучие как способ получения внимания и заботы со стороны близких, а также как способ снятия ответственности.

Свое излечение от наркозависимости испытуемые затрудняются представить ясно, не стремятся брать на себя за это ответственность, полагаются или на врачей или совсем отказываются от мысли выздороветь — 4,55%. 36,4% не берут на себя ответственность за возникновение своего заболевания, считая его внешне обусловленным, случайным. Такое отношение к своей болезни не способствует быстрой и эффективной реабилитации, напротив замедляет и усложняет ее и может приводить к новым срывам (что и наблюдается на практике: большинство реабилитантов проходят курс лечения неоднократно).

Половина испытуемых, находясь на реабилитации, «вспоминают» о своем теле, осознают, что оно нуждается в уходе, восстановлении и любви. 31,8% не могут выразить свое отношение к телу, а 13,6% испытывают частичное или полное неприятие собственного тела. Алекситимические симптомы (отсутствие дифференцированности чувств и телесных ощущений) свидетельствуют об определенном инфантилизме испытуемых, их реактивной готовности к формированию психосоматических симптомов, в том числе и по типу ЧДБ*.

Данные Ленинградского опросника Бехтеревского института (ЛОБИ).



Рис. 1

* Часто и длительно болеющие (ЧДБ) — взрослые люди (или дети), часто (чаще принятой в регионе норме) и продолжительно болеющие острыми респираторными заболеваниями и имеющие дисфункцию иммунной системы.

Показатели практически по всем шкалам выше в группе здоровых, что может объясняться более высокой степенью рефлексии к своему состоянию, в том числе и стремлением заботиться о своем здоровье.

Наибольшая разница оказалась по первой шкале — *Гармоничный тип (Г)*. Наркозависимые не склонны трезво оценивать свое состояние, напротив, они преувеличивают его тяжесть, видят все в мрачном свете, не стремятся активно содействовать успеху лечения.

Почти в 2 раза ниже у группы наркозависимых показатели по *Эргопатическому типу (Р)*, то есть они не стремятся заниматься работой, имеют очень низкую мотивацию к работе: только около трети реабилитантов имели в последнее время постоянную работу.

У наркозависимых очень низкий показатель по *Анозогнозическому типу (З)* в сравнении со здоровыми. Если здоровым свойственно отбрасывать всякие мысли о болезни, надеяться, что все обойдется, то наркозависимые, находящиеся на реабилитации, понимают, что сами они уже не могут справиться со своей болезнью, что это очень серьезно, и пагубная привычка существенно повлияла на их здоровье. Они склонны фиксироваться на своих ощущениях и переживаниях, погружаться в них. Это же можно наблюдать и по другим показателям: типы *Меланхолический (М)* и *Ипохондрический (И)*.

Для здоровых более характерен такой стиль поведения, как *активная борьба с болезнью, игнорирование или недооценка болезни, а также установка «на здоровье»*. Для наркозависимых же более характерен *уход в болезнь, тревожное отношение к своему здоровью и принятие роли больного*.

Особенности личности наркозависимых. Методика ММИЛ.

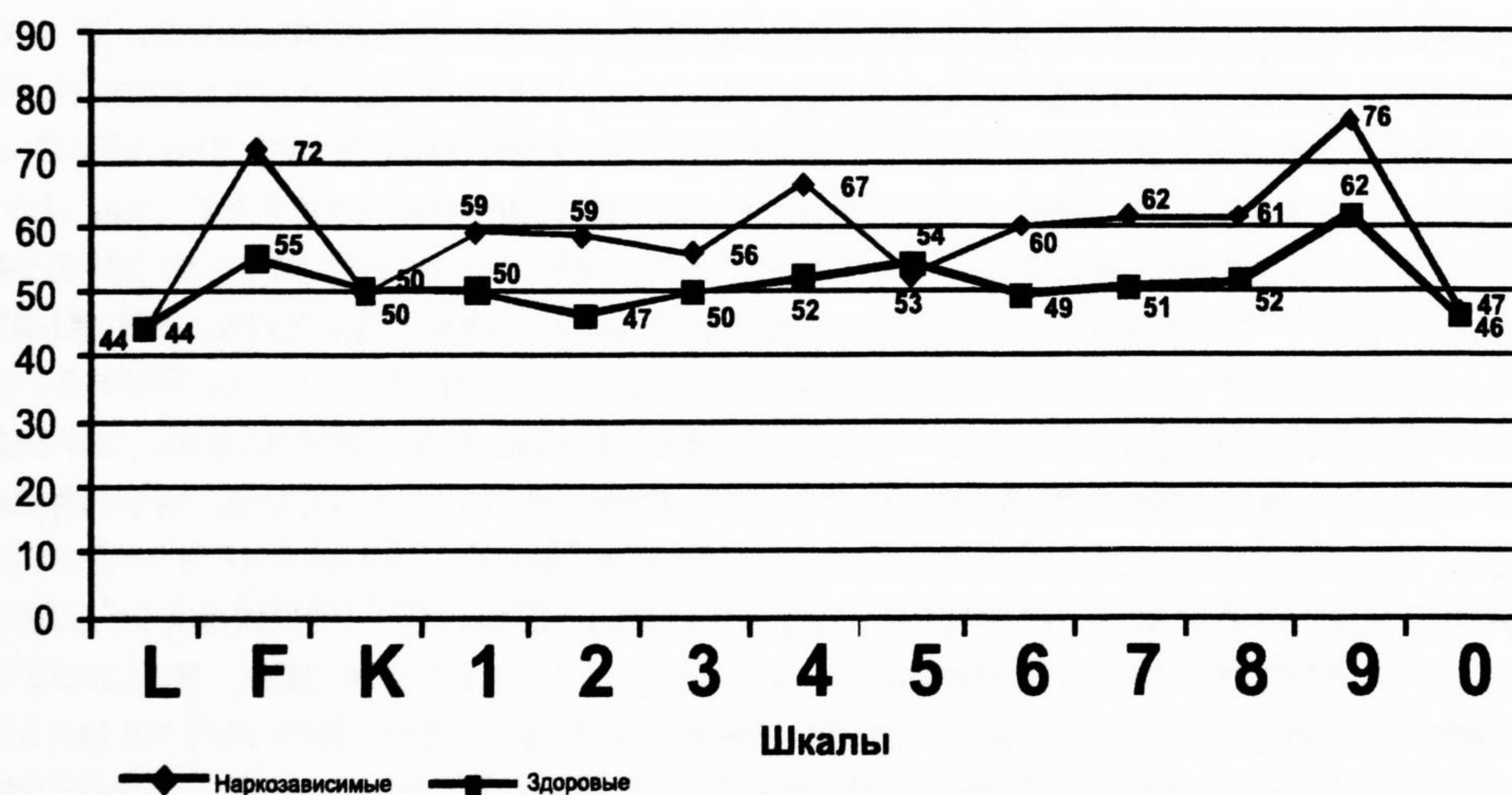


Рис. 2.

Личностные особенности наркозависимых, способствующие развитию аддиктивного поведения: недостаточная способность к интериоризации (принятию, овладению) социальной нормы, склонность к хаотичной, плохо структурированной деятельности, постоянное влечение к переживаниям, к внешней возбуждающей ситуации. Большинство наркозависимых имеют дисгармоничное строение личности, заключающееся в сочетании противоположно направленных тенденций — депрессивности и гипоманиакальности. Это наблюдается при сочетании ощущения собственной значимости и высоких возмож-

ностей с беспокойством по поводу непризнания этих качеств окружающими и указывает на черты инфантильности. Наркозависимые более склонны к настороженности по отношению к другим, часто имеют коммуникативные затруднения.

Модифицированный семантический дифференциал. Семантический дифференциал был сконструирован специально для изучения системы психологических защитных механизмов и был апробирован в диссертации М.В. Богдановой на категории ЧДБ людей [2]. В качестве дескрипторов использовались защиты, в качестве объектов — несколько ситуаций из фрустрационного теста Розенцвейга.

В результате процедуры факторного анализа было выделено 7 значимых факторов у группы наркозависимых.

Фактор 1 (21,3%). Направленность действий: Агрессия, активное наступление — пассивное замирание.

Фактор имеет два резко выраженных полюса. Семантическая нагрузка фактора отражает основную адаптационную стратегию испытуемых. Испытуемые склонны реагировать следующим образом: *запугивает, давит; захочет избить/убить кого-нибудь; не владеет собой; оскорбляет и дерзит в ответ; выпустит пар; скандалит, считая себя правым; настаивает на своем* — это активная наступательная позиция. *Молчит; переводит в шутку, ощущение пустоты* — пассивная позиция, «подстройка снизу». Эти стратегии поведенческого уровня, филогенетически достаточно древние. Для животных характерны такие формы защитного поведения: активное наступление — пассивное замирание. Преобладание данной стратегии позволяет характеризовать испытуемых как плохо владеющих социальными способами адаптации, имеющими фиксацию на более ранней возрастной стадии развития личности («досоциальной»).

Фактор 2 (18,8%). Вина: Уступчивость, подчинение, самообвинение — перекладывание вины на других (оральная/вербальная агрессия).

Фактор отражает социальные стратегии поведения, так как чувство вины, стыд — это социальное чувство, которое появляется при осознании расхождения своего поступка с общественно принятыми нормами. На положительном полюсе: *покраснеет; попросит прощения/извиняется; соглашается со всем; винит во всем себя; заплачет* — стратегия самообвинения и самоуничижения. За счет этого механизма происходит самоустранение от борьбы и исправления ситуации, потому что признание вины — это не взятие на себя ответственности, а напротив, отказ от нее («самооправдательный отказ»). Логика человека, прибегающего к данной стратегии: да, я плохой, смотрите, у меня не получилось, я виноват, но не поручайте мне это больше, видите, какой я неумеха. Отрицательный полюс концентрирует реакции обвинения других (прямой отказ от ответственности): *выпустит пар; считает, что во всем виноваты другие.* Здесь наблюдается работа психологической защиты — вытеснения и проекции: испытуемый подменяет истинных виновников неудачи и свои неприятные к осознанию ошибки проецирует на других людей.

Фактор 3 (13,8%). Стратегии сброса напряжения: Стремление к быстрому расслаблению — Терпеть, сдерживаться дальше (стратегия дельнейшего напряжения).

Выраженный положительный полюс фактора свидетельствует о низкой способности испытуемых к длительному напряжению и сознательному контро-

лю над своими действиями: *ситуация кажется безвыходной (отказ от поиска); захочет принять душ, чтоб снять напряжение; желание расслабиться; пойдет и напьется; заплачет*. Испытуемые стремятся как можно быстрее выйти из стрессогенной ситуации, расслабиться, давление кажется им непереносимым. Слабо представленный отрицательный полюс преодоления ситуации через сознательное поддержание себя в напряженном состоянии подтверждает это: *дрожь во всем теле, молчит, настаивает на своем*. Стремление к быстрому расслаблению как основная защитная стратегия способствует развитию аддиктивного поведения: в случае затруднения наркозависимые не могут сконцентрироваться на решении проблемы, поддерживать в себе тонус для активной деятельности, а стремятся деструктивно уйти от проблемы, употребив психоактивное вещество и достигнув тем самым нужного расслабления. В данном случае мы наблюдаем работу психологического механизма замещения. Психологическая защита является достаточно инфантильной, да и само отсутствие произвольности свидетельствует об эмоционально-волевой незрелости.

Фактор 4 (10%). Энергетика: Анализ, активность (расчет, прогнозирование ситуации, подтягивание энергетике эмоций) — Дистония, истощение (отказ от преодоления трудностей с фиксацией на телесных переживаниях).

Только в четвертом факторе мы обнаруживаем защитные техники по типу рационализации — интеллектуализации: *выясняет причину произошедшей неудачи, попытается разобраться в ситуации; просчитывает дальнейший ход событий*. Положительный полюс очень слабо представлен (всего три стратегии), в то время как отрицательный полюс является в этом факторе более сильным: *дрожь во всем теле; отсутствие сил, энергии; почувствует резкий голод; головокружение и темнеет в глазах; тянущие ощущения в желудке; махнет на это рукой; считает до 10*. Отрицательный полюс может быть истолкован как истощение, выраженная дистония, резкое падение энергии, когда ее еле хватает на поддержание каких-то физиологических процессов. Однако уже непосильной оказывается умственная (психическая) деятельность, все, что человек может в таком состоянии — это сосчитать до 10-ти, ни о каком планировании ситуации и конструктивных действиях не может быть и речи. Т.е. наркозависимые не привыкли к интеллектуальным, точным, конструктивным стратегиям, которые требуют от них огромного расхода энергии, их применение приводит к очень быстрому истощению.

Фактор 5 (7,6%). Отрицание: Активное поведенческое отрицание (агрессивное бегство) — Смысловое отрицание (игнорирование, снижение значимости).

Фактор составляют стратегии, имеющие общий психологический механизм отрицания. Положительный полюс составляет только одна поведенческая стратегия: *уйдет, хлопнув дверью*. Отрицательный полюс составили стратегии, объединенные смысловым отрицанием: *холодеют и слабеют руки и ноги; почувствует резкий голод; привычная обыденная ситуация*. Цель отрицания — снижение значимости события, игнорирование отрицательных стимулов. Отрицание может быть двух типов: «зеленый виноград» (снижение значимости) — *уйдет, хлопнув дверью*, и «сладкий лимон» (игнорирование отрицательных стимулов) — *привычная обыденная ситуация*. Использование механизма отрицания соотносится с показателями по шкале *Гипомания* в ММИЛ, которая у наркозависимых является ведущей.

Фактор 6 (6,7%). Асфиксия: Самосовладание со страхом (выравнивание сбоев/задержек дыхания) — Обращение за посторонней помощью (обращение за социальной поддержкой).

На положительном полюсе фактора мы наблюдаем использование примитивных дыхательных техник совладания с тревогой (потребность в усилении притока кислорода, вентиляция легких): *захочется курить, чувство страха, пересыхает во рту*. По З. Фрейду такая асфиксия свидетельствует о неудовлетворенном призыве о помощи (детском крике, плаче, которым ребенок подзывает мать): ребенок заходится в крике, а мать все не идет на его зов, занятая другими делами или считающая, что не стоит баловать ребенка. Такой крик может приводить к нарушениям дыхания (асфиксии) и даже лежать в основе психосоматического заболевания (бронхиальной астмы). Отрицательный полюс представлен реальными, незакумуфлированными просьбами о поддержке: *соглашается, идет на компромисс; испытывает желание пожаловаться*. Механизм психологической защиты, лежащий в основе данных копинг-стратегий: регрессия.

Фактор 7 (6,2%). Хитрость: Обмануть другого — обмануть (ублажить) себя. Регрессия как способ получения поддержки — регрессия с отказом от сотрудничества (замещение).

Положительный полюс фактора отражает стратегию-подстройки снизу (я — ребенок, ты — взрослый) в сочетании с рационализацией. Человек, использующий эту стратегию, стремится обмануть другого, создавая у него иллюзию себя как более слабого и нуждающегося в помощи: *хитрит; притворяется непонимающим; хочется умереть; льстит и лебезит; оправдывается*. Данный тип стратегии может быть прототипом «больного» поведения: «Смотрите, как мне плохо, неужели вы не поможете мне. Я могу умереть». Стратегия жестко манипулятивная, инфантильная. Противоположный полюс: в основе этих стратегий также проявляется стремление обмануть, только уже не других, а себя: *обидится; пойдет угостит себя вкусненьким*.

Особенности системы психологических защитных механизмов. В целом системы психологических защитных механизмов в данной группе имеют уровень общей напряженности работы системы: 12,09% (у часто и длительно болеющих — 11,6%), в то время как у здоровых этот показатель 16,14%. Более низкий показатель напряженности защитной системы в группе наркозависимых свидетельствует, что во фрустрирующих ситуациях они склонны использовать непсихологические формы защиты. Уровень психологического реагирования сформирован у них слабо, функционирует инфантильно. Аддикция в данном случае выступает как частичное замещение функций психологической защиты.

Показатель разнообразия репертуара защитных стратегий в экспериментальной группе — 50,37% (а у часто и длительно болеющих 47,2%), в контрольной — 62,6%, т.е. наркозависимые из описанных вариантов психологической защиты способны использовать только половину вариантов, для разных типов фрустрирующих ситуаций они используют типичные защиты, даже если они недостаточно эффективны. Здоровые же имеют более широкий репертуар, они могут использовать наиболее адекватную защиту в угрожающей ситуации, следовательно, имеют более высокую способность к адаптации.

Выводы

1. Формирование и поддержание аддиктивного поведения испытуемых обусловлено сопряженным действием нескольких факторов: психологических (личностные особенности, тип отношения к болезни, ведущая защитная стратегия) и медицинского (особенности иммунной системы).

2. Психологические факторы:

Наркозависимые склонны к уходу в болезнь, они ипохондричны, неадекватно оценивают свое состояние, имеют пессимистические перспективы на выздоровление, что препятствует процессу реабилитации.

Личностные особенности наркозависимых способствуют развитию аддиктивного поведения — личность дигармонична, сочетает в себе противоположные черты депрессивности и гипоманиакальности.

Особенности системы психологической защиты наркозависимых таковы, что показатель напряженности системы ПЗМ более низкий, чем у здоровых. Это свидетельствует о том, что во фрустрирующих ситуациях они склонны использовать иные формы защиты (непсихологические). Уровень психологического реагирования сформирован у них слабо, функционирует инфантильно. Аддикция выступает как средство замещения работы психологических защит. Показатель разнообразия репертуара защитных стратегий также более низкий, чем у здоровых. Ведущие защитные стратегии примитивные и инфантильные. Защитные комплексы, выявленные в факторном анализе, отличаются выраженной регрессивностью и соматизацией.

3. Часто и длительно болеющих наркозависимых в выборке 22,3%. Для них характерны все те особенности системы психологических защит, которые присущи группе в целом, но более усиленные и гипертрофированные.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беседина Е.В. Факторы формирования и толерантности аддиктивного поведения в системе деформации психологических защит / Психология XXI столетия. Т. 1. Под ред. В.В. Козлова. Ярославль: МАПН, 2007.

2. Богданова М.В. Особенности психологических защит при психосоматических расстройствах (на примере часто и длительно болеющих). Дисс. ... канд. псих. наук, Тюмень, 2005.

3. Суховой Ю.Г. Функциональное состояние иммунной системы при воспалительных заболеваниях часто и длительно болящих лиц. Дисс. ... д-ра мед. наук, Новосибирск, 1998.

4. Сухарев А.В., Брюн Е.А. Сравнительное исследование этнофункциональных расстройств у страдающих героиновой наркоманией, алкоголизмом и аффективными расстройствами // Психологический журнал. 1998. Т. 19. № 3.