

ИЗ ФОНДОВ РОССИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ БИБЛИОТЕКИ

Клубова, Елена Борисовна

1. Отношение к болезни и механизмы
психологической защиты у больных алкоголизмом

1.1. Российская государственная библиотека

Клубова, Елена Борисовна

Отношение к болезни и механизмы
психологической защиты у больных
алкоголизмом [Электронный ресурс]: Дис. ...
канд. психол. наук : 19.00.04, 14.00.25
.-М.: РГБ, 2003 (Из фондов Российской
Государственной библиотеки)

Медицинская психология

Полный текст:

<http://diss.rsl.ru/diss/03/0360/030360011.pdf>

Текст воспроизводится по экземпляру,
находящемуся в фонде РГБ:

Клубова, Елена Борисовна

Отношение к болезни и механизмы
психологической защиты у больных алкоголизмом

СПб. 1995

Российская государственная библиотека, 2003
год (электронный текст) .

67:02-19/168-1

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ.В.М.БЕХТЕРЕВА

На правах рукописи

КЛУБОВА
Елена Борисовна

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

19.00.04 – Медицинская психология

14.00.25 – Наркология

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Л.И.Вассерман

кандидат медицинских наук,

старший научный сотрудник О.Ф.Ерышев

Санкт-Петербург

1995

О Г Л А В Л Е Н И Е

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. Литратурный обзор	
1.1. Отношение к болезни у больных алкоголизмом...	9
1.2. Основны представления о механизмах психоло- гической защиты.....	19
1.3. Механизмы психологической защиты при алко- голизме.....	29
ГЛАВА 2. Материал и методы исследования	
2.1. Материал исследования.....	37
2.2. Клинико-психологические методы исследования .	41
2.3. Экспериментально-психологические методы исследования.....	43
ГЛАВА 3. Результаты исследований	
3.1. Результаты экспериментально-психологических исследований	
3.1.1. Исследование особенностей интеллектуаль- но-мнестической деятельности	53
3.1.2. Исследование мотивации потребления алкоголя	56
3.1.3. Исследование типа отношения к болезни	62
3.1.4. Исследование механизмов психологической защиты	82
3.2. Анализ общих взаимосвязй между результатами психологических методик	98

3.3. Результаты клинико-психологического исследования	117
3.4. Анализ общих взаимосвязей между результатами экспериментально-психологического и клинико-психологического исследований	123
ГЛАВА 4. Обсуждение результатов клинико-психологических и экспериментально-психологических исследований.....	130
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	144
ВЫВОДЫ	148
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	150
ПРИЛОЖЕНИЕ	170

В В Е Д Е Н И Е

Актуальность проблемы. Реабилитационное направление в современной медицине, одним из самых важных принципов которого является личностный подход к больному, в отечественной медицинской психологии связанный с работами В.Н.Мясищева, подчеркивает важность изучения особенностей личности больного, его позиций по отношению к своей болезни и лечению (Кабанов М.М., 1985). В клинике алкоголизма этому уделяется особенное внимание, т.к. отношение к болезни у больных алкоголизмом является проблемой, с которой связаны значительные трудности в лечении этого заболевания. Объясняется это особым клинико-психологическим феноменом, выражающимся в отрицании существования болезни – анозогнозии. Влияние, которое алкогольная анозогнозия оказывает на течение болезни, и те трудности, с которыми приходится сталкиваться во время ее преодоления в процессе противоялкогольного лечения привели к тому, что большинство авторов рассматривают анозогнозию в качестве основной и определяющей составляющей отношения к болезни у больных алкоголизмом. Можно сказать, что эта проблема существенным образом влияет и на решение профилактических задач (Спивак Л.И., Поляков В.П., 1982).

В связи с значимостью этой проблемы рядом исследователей проводились попытки изучения отношения к болезни у больных алкоголизмом и, в частности, алкогольной анозогнозии, представления о которой претерпели определенную динамику на протяжении последних десятилетий. Описания этого феномена носили преимущественно теоретико-описательный характер и оказались недостаточно доказа-

тельными. Это касается в первую очередь отсутствия у исследователей единства взглядов на содержательную характеристику анозогнозии, которая изначально рассматривалась как следствие психоорганического синдрома (Лукомский И.И., 1960; Энтин Г.М., 1973) и алкогольных изменений личности (Познанский А.С., 1974), а впоследствии как проявление системы психологической защиты (Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1985; Классен И.А., Шмакова М.А., 1986).

В целом, анализ литературы показал, что до сих пор не проводилось комплексного экспериментально-психологического и клинко-психологического исследования отношения к болезни и специфики психологических защитных механизмов у больных алкоголизмом, включающего в себя как содержательный анализ этих феноменов, так и их связь с другими подсистемами личности (познавательными, характерологическими, эмоциональными) и выявления роли этих подсистем в формировании всей структуры отношения к болезни у больных алкоголизмом.

В связи с этим и была поставлена цель настоящей работы: комплексное клинко-психологическое и экспериментально-психологическое исследование структуры и типологии отношения к болезни и механизмов психологической защиты у больных алкоголизмом, в связи с задачами усовершенствования психологической диагностики и психологической коррекции.

Основные задачи исследования:

1. Изучить клинко-психологические представления о реакциях личности на болезнь у больных алкоголизмом.
2. Изучить влияние некоторых характеристик личности и интеллектуально-мнестических нарушений, возникающих в процессе

болезни, на отношение к болезни и защитную структуру больных алкоголизмом.

3. Провести экспериментально-психологическое исследование особенностей отношения к болезни у больных алкоголизмом.

4. Исследовать структуру и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом и их роль в формировании алкогольной анозогнозии.

5. Провести сравнительный анализ результатов клинико-психологического и экспериментально-психологического исследований, с целью выделения основных факторов, влияющих на формирование отношения к болезни.

6. На основании учета своеобразия структуры механизмов психологической защиты и отношения к болезни выделить критерии повышения эффективности психологической коррекции в системе комплексной терапии больных алкоголизмом.

Научная новизна. Впервые предпринята попытка экспериментально-психологического изучения взаимосвязей типов отношения к болезни и механизмов психологической защиты у больных алкоголизмом. При этом, впервые использован на больных алкоголизмом опросник для диагностики механизмов психологической защиты Life Style Index (LSI) (индекс жизненного стиля) (Plutchik R., Kellerman H., Conte H., 1979) и выявлена специфичность стиля защитного реагирования больных алкоголизмом по сравнению со здоровыми испытуемыми. Также впервые проведена экспериментально-психологическая оценка влияния интеллектуально-мнестических нарушений, выявленных с помощью патопсихологических методик, на выраженность алкогольной анозогнозии у больных алкоголизмом.

Практическая значимость и реализация результатов исследо-
вания. Проведенное исследование позволило с одной стороны
оценить влияние интеллектуально-мнестических нарушений, возни-
кающих в процессе болезни на формирование отношения к болезни у
больных алкоголизмом, а с другой стороны выделить характеристики
участвующие в формировании этого отношения. В связи с этим ока-
залось возможным оценить значение ряда исследованных признаков
для нужд психодиагностики и психотерапии. Так, использование
при психологическом исследовании методики "Тип отношения к бо-
лезни" (ТОБОЛ) дает возможность не только оценить особенности
сформированного типа отношения к болезни, который может быть как
относительно благоприятным так и неблагоприятным, но и характер
трудностей, которые в связи с этим могут возникать при психоте-
рапевтическом воздействии. Данные методики LSI дополняют картину
личностных особенностей пациента характеристиками стиля его
защитного реагирования, которые также рекомендуется использовать
в процессе психотерапии больных алкоголизмом. Кроме того, мето-
дику LSI можно использовать с той же целью в психодиагностичес-
кой работе со здоровыми испытуемыми и больными других нозологи-
ческих категорий.

На основе данного диссертационного исследования написаны
4 статьи, а также сделан доклад на заседании секции наркологии
Санкт-Петербургского Российского медицинского общества психиатров.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Наличие интеллектуально-мнестических нарушений, выявляемых с
помощью экспериментально-психологических методик, в рамках
психоорганического синдрома у больных алкоголизмом 2 стадии не

является фактором оказывающим влияние на выраженность алкогольной анозогнозии.

2. Отрицание болезни у больных алкоголизмом несет в себе функцию защиты "Я" и является частью общей структуры отношения к болезни. Выраженность отрицания уменьшается по мере течения болезни.

3. Отношение к болезни в целом формируется в соответствии с наличием или отсутствием аффективно-волевых нарушений и преморбидных черт личности.

ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1.1. Отношение к болезни у больных алкоголизмом

Для обозначения внутренней картины болезни широко используются такие понятия как "аутопластическая картина болезни", "переживание болезни", "сознание болезни", "концепция болезни", "реакция личности на болезнь", "отношение к болезни" и др. Все эти понятия могут рассматриваться, в известной мере, как синонимы, т.к. они по-существу отражают комплекс переживаний и ощущений больного, его интеллектуальных и эмоциональных реакций на болезнь, лечение и взаимодействие с окружающими. При этом, следует подчеркнуть, что понятие "отношение к болезни", представляется наиболее обоснованным с позиций теории личности как системы отношений (Мясищев В.М., 1960; Личко А.Е., 1977; Вассерман Л.И., 1990).

Понятие отношения к болезни у больных алкоголизмом в отечественной литературе чаще всего связывается в той или иной степени с феноменом алкогольной анозогнозии (отрицанием болезни), которая является одним из основных клинических проявлений алкоголизма, серьезно препятствующих эффективности противоалкогольного лечения .

В литературе анозогнозия рассматривается по-разному и как проявление психоорганического синдрома (Лукомский И.И., 1960; Энтин Г.М., 1979), и как следствие алкогольных изменений личности (Познанский А.С., 1974), и как отражение самосознания личности (Бобров А.Е., 1988); ряд авторов трактует ее как систему психологической защиты (Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1985; Классен И.А.,

Шмакова М.А., 1986). При этом, предполагается, что защитная функция анозогнозии связана, с одной стороны, с физической зависимостью от алкоголя, а с другой – с необходимостью социально-психологической адаптации и вытекающей отсюда попытки избежать "клейма" больного алкоголизмом (Гузилов Б.М. и др., 1980; Гузилов Б.М., Мейроян А.А., 1988). По мнению И.С.Павлова (1978) помимо механизмов психологической защиты на формирование анозогнозии оказывают свое влияние и отставание соматических расстройств от выраженности остальных симптомов алкоголизма, а также неоднозначная оценка состояния больного, даваемая в разных группах окружающих его лиц.

Несмотря на разницу в попытках объяснения феномена анозогнозии большинство авторов сходны в определении содержания этого понятия, которое рассматривается как некритическая оценка своего состояния, заключающаяся в отрицании как заболевания в целом, так и его симптомов. Влияние же на формирование анозогнозии разных факторов – биологических, личностных и социальных предполагает использование комплексного подхода при рассмотрении этого феномена.

Системный подход позволяет разносторонне исследовать личность больного и оценить ее эмоциональные, характерологические, интеллектуально-мнестические и другие свойства. При этом выявляется важная роль особенностей интеллектуально-мнестической сферы и ее нарушений, возникающих в процессе развития болезни у больных алкоголизмом, в формировании отношения к болезни.

Отмечено, что у больных алкоголизмом наблюдаются изменения

в функционировании познавательных процессов. Это главным образом относится к ослаблению памяти. Так в исследовании J.Ryan, C.Lewis (1988) больные продемонстрировали худшую память по всем 5 индексам модифицированной шкалы Векслера и по 5 из 12 субтестов. У них достоверно худшими по сравнению с контрольной группой были показатели концентрации внимания, вербальной, зрительной, общей и долговременной видов памяти. При этом вначале более явным оказывается снижение удержания в памяти, а затем самого запоминания. По данным Т.А.Маховой (1988) у больных алкоголизмом наряду с сохранной структурой воспроизведения страдает содержание в памяти репрезентируемых образов, понятий, т.е. нарушается когнитивный компонент памяти.

Нарушения памяти во многом зависят от недостаточности внимания, его сосредоточения и особенно устойчивости, что может быть связано с нарастанием сдвига в балансе основных нервных процессов в сторону торможения, которое по мнению В.Н.Кузнецова, А.В.Олейника и др.(1989) является одним из нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе психоорганического синдрома, наблюдающегося при алкоголизме.

И.П.Лысенко и А.Д.Ревенок (1988) в постабстинентном периоде наблюдали нарушение уровня работоспособности, снижение уровня обобщения и отвлечения.

Несмотря на вышеизложенное, по данным ряда исследователей, некоторые показатели интеллектуально-мнестической деятельности у больных 1,2 стадии могут быть улучшены по мере воздержания и в процессе лечения. Это касается разных аспектов интеллекта: показателей памяти (Худик В.А.,1983); функций устной речи, которая

улучшается уже спустя 2-3 недели после отказа от алкоголя; способности удержания новой информации и анализа сложных понятий, которые улучшаются через 2 мес, а после 4 мес воздержания констатируется значительное улучшение познавательной способности, в частности визуально-пространственной, сферы внимания и психомоторных операций (Centofanti M., Carusi G., Antonioni R., Spaziani D., Casacchia M., 1988).

Ряд авторов считает, что хотя некоторые интеллектуально-мнестические нарушения у больных алкоголизмом исчезают спонтанно после прекращения употребления алкоголя, другие, более устойчивые их формы требуют коррекции. К последним относится когнитивный дефицит, затрудняющий решение зрительно-пространственных задач, но, как выяснилось он может быть в значительной мере устранен с помощью специального тренинга (Goldman Robert S., Goldman Mark S., 1988; Forsberg Linda K., Goldman Mark S., 1987). Наблюдения показали, что этот тренинг, как и неструктурированная практика стимуляции когнитивных функций приводит к лучшему их восстановлению по сравнению с группой больных алкоголизмом, с которыми подобных занятий не проводилось. При этом имевшееся улучшение у больных сравнимо с уровнем функционирования у здоровых (Stringer A., Goldman M., 1988; Godde T., Tent L., 1989).

Все вышесказанное относится к пациентам, находящимся на начальных стадиях заболевания, а при сформировавшемся и достаточно длительно текущем алкоголизме показатели мозгового функционирования в процессе лечения улучшаются мало и как правило не достигают нормальных величин. Так, исследования M. Hesselbrock (1988) показали, что и через год воздержания отчетливые признаки

снижения психической работоспособности сохраняются у больных алкоголизмом с длительностью злоупотребления более 15 лет. Это связано с повреждениями самой мозговой структуры в результате длительного злоупотребления алкоголем. Так, исследования A.Tomson, O.Pratt, M.Jeyasingham и G.Shaw (1988) свидетельствуют, что повреждения мозга вызванные алкоголем, встречаются гораздо чаще, чем предполагалось, в частности у 50% "тяжелых пьяниц" компьютерная томография обнаруживает атрофию коры больших полушарий.

С учетом вышесказанного исследования личности больного алкоголизмом, отношения его к своей болезни невозможны без оценки состояния его интеллектуально-мнестических функций, нарушения деятельности которых могут оказывать значительное влияние как на течение болезни, так и на отношение к ней и на выраженность алкогольной анозогнозии. Тем более, что последняя, по мнению ряда авторов является следствием психоорганического синдрома (Лукомский И.И., 1960; Энтин Г.М., 1979).

При рассмотрении вопросов, связанных с анозогнозией часто обсуждаются такие как степень ее выраженности, динамика в процессе течения болезни и ее преодоление в ходе психотерапии (Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф., 1989; и др.).

Ряд авторов различают анозогнозию полную и частичную. При полной анозогнозии больной не признает у себя наличия алкогольной болезни, отрицает какие-либо признаки алкогольной зависимости и явные негативные последствия хронической алкоголизации. При частичной анозогнозии отдельные симптомы и осложнения заболевания формально признаются, но отрицается их связь с алкоголь-

ной интоксикацией. Некоторые исследователи наличие полной анозо-гнозии связывают с недостатком информированности по проблеме алкоголизма (Клочкова Л.В., 1989; Рыбакова Т.Г., 1991)

В ряде работ указывается на то, что представления о заболевании складываются из трех факторов: понимания причин злоупотребления, осознания развития зависимости и способности ее контролировать (Sjoberg L., Samsonovitz V., Jansson B., 1987).

Искаженные или неполные представления о болезни являются одним из мощных факторов формирования анозогнозии, т.к. включаются в проводимую больным оценку своей личности и негативных фактов, связанных со злоупотреблением алкоголем. При этом индивидуальное представление о болезни складывается из обыденных (мнения, традиции) и научных (современные знания об алкоголизме) представлений, а также личного опыта. Подавляющая часть обыденных, а также недостаток научных знаний у больного приводит к тому, что содержание представлений об алкоголизме усиливается, утрируется, принимает гротескный характер, а факты и последствия собственного употребления алкоголя при этом преуменьшаются или игнорируются (Морозов Л.Т., 1988). С учетом именно этих особенностей некоторые исследователи предлагают свои классификации типов анозогнозии.

В.В.Политов (1981) выделяет три формы отношения к болезни в целом соответствующие частичной и полной анозогнозии: парциальная, тотальная и сознание болезни. Парциальная анозогнозия разделяется им на пять типов, которые характеризуются различными сочетаниями представлений больного о своей собственной болезни и о природе заболевания в целом. Наиболее прогностически

благоприятными в плане лечения он считает тип, при котором больной воспринимает свою болезнь в целом соответственно объективным данным, а содержание представлений об алкоголизме усиленным, противоположным истинной картине заболевания.

Т.Г.Рыбакова (1991) предлагает классификацию из трех типов анозогнозии, которая в целом соответствует трем стадиям заболевания: *анозогнозия вследствие недостаточной информированности* по проблеме алкоголизма как болезни чаще всего наблюдается на 1 стадии заболевания; *анозогнозия как средство психологической защиты* в случае наличия алкогольного конфликта в основном соответствует 2 стадии; *анозогнозия вследствие алкогольно-органического снижения личности*.

Классификация А.Е.Боброва (1988) основана на том, что анозогнозия им связывается с изменением самосознания личности, при этом выделяются два варианта: "простой" и "конфликтный". "Простой" вариант характеризуется равномерным снижением уровня смысловой организации личности. При этом типе изменения смысловой сферы критическое отношение к своему состоянию отсутствует, отражение в самосознании получают только "алкогольные проблемы" связанные с семьей и отчасти юридическими затруднениями. Поведение определяется непротиворечивой и безусловно доминирующей в сознании установкой на виды деятельности, связанные с потреблением алкоголя. "Конфликтный" тип обусловлен "неравномерным" снижением уровня смысловой организации личности, что обуславливает формирование конфликта в смысловой сфере. У таких больных обычно имеется достаточно полная критика к своему состоянию, причем нередко с элементами гиперболизации, когда на

счет алкоголизма относятся психологические затруднения иного происхождения. Изменения смысловой сферы отношения к болезни находят свое отражение прежде всего в представлении о собственной "несвободе" от алкоголя, анозогностические тенденции неустойчивы, наблюдается борьба мотивов.

В целом, независимо от точек зрения на природу алкогольной анозогностии, большинство исследователей этой проблемы подчеркивают неоднозначность и многомерность понятия "анозогностия", которое не исчерпывает всех возможных содержания отношения больного к своей болезни, а связано с другими подсистемами отношений личности и занимает в структуре личности определенную роль. Это объясняется тем, что отношение к болезни является категорией личностной, индивидуальной, т.к. психический процесс ее отражения в восприятии пациента, включаясь в деятельность личности, не только влияет на нее, но и испытывает влияние с ее стороны (Лурия Р.А., 1944).

К личностным структурам, непосредственно влияющим на отношение к болезни и по-разному "оформляющих" отношение к ней, в первую очередь относятся преморбидные личностные особенности с учетом которых и можно рассматривать проявление анозогностии у больных алкоголизмом.

Так М.М.Меерзон (1988) выявил 6 вариантов отношения к болезни у больных алкоголизмом в зависимости от выраженности у этих больных разных типов акцентуации личности (акцентуации выявлялись им с помощью опросника Шмишека). У лиц с акцентуациями по тревожному, дистимическому и эмотивному типам был выявлен тревожно-сенситивный тип отношения к болезни; у лиц с

гипертимной акцентуацией-апатический ("безразличный") тип отношения; ипохондрический - у лиц с тревожной, педантической и "застревающей" акцентуациями; у лиц с демонстративной, экзальтированной и циклотимной акцентуациями - эгоцентрический тип отношения и анозогнозический у лиц гипертимных и возбудимых. Лица без выраженной акцентуации продемонстрировали эргопатический тип отношения к болезни. На основании полученных результатов автор выделил четыре типа личностных реакций на противоалкогольную терапию: конвенциональная у пациентов с тревожно-сензитивным типом отношения, конструктивная у пациентов с эргопатическим вариантом, интровертированно-неприятная у пациентов с апатическим и ипохондрическим типами и экстравертированно-неприятная у пациентов с эгоцентрическим и анозогнозическими вариантами отношения к болезни.

Классификация А.Е.Боброва (1988) также связывается с преморбидными чертами личности. По его наблюдениям у личностей возбудимого круга чаще всего наблюдается "простой" вариант изменения самосознания и устойчивая анозогнозия, у преморбидно сенситивных личностей чаще всего наблюдается "конфликтный" вариант изменения самосознания, непостоянство анозогнозических тенденций и борьба мотивов. Стеничные личности застревающего и демонстративного типа характеризуются наличием выраженных анозогнозических тенденций, а при переходе ко 2 стадии-начинает складываться осознанное внутренне противоречивое отношение к злоупотреблению алкоголем.

И.А.Классен (1983) при описании преодоления анозогнозии продемонстрировал различие ее структуры в зависимости от

преморбидных черт характера :наиболее легко преодоление анозогнозии и формирование трезвеннических установок достигались у больных алкоголизмом с астеническими и синтонными чертами характера, у лиц с шизоидными чертами этот процесс был более трудным, они при обсуждении вопросов связанных с болезнью вступали в конфронтацию с врачом, однако эффект осуществленной переориентации был более стойким и длительным; у истериков и неустойчивых преобладали низкие способности к реорганизации функции самосознания и формальные установки на трезвость.

Наличие трудностей, связанных с преодолением алкогольной анозогнозии, с которыми сталкиваются врачи в процессе лечения привели к тому, что наиболее часто анозогнозия рассматривается в работах, посвященных психотерапевтическим методам лечения, при этом в процессе психотерапии алкогольная анозогнозия считается преодоленной, если у больного сформировано представление о том, что у него есть клинические признаки алкоголизма как болезни и понимание необходимости полного воздержания от употребления спиртного.

Был разработан ряд рекомендаций по преодолению алкогольной анозогнозии в процессе психотерапии (Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф., 1989; Иванец Н.Н., Игонин А.Л., 1989; Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., Рыбакова Т.Г., 1980 и др.). При этом однако, вопросы связанные с механизмами психологической защиты оказались недостаточно освещены, что в свою очередь вызвано их слабой теоретической разработанностью, несмотря на то, что значение влияния защитных механизмов на течение болезни и отношение к ней признают и другие авторы (Ташлыков В.А., 1990; Elias G., Marshall

Р., 1987; Hamburg D., Elliott G., Parron D., 1982).

Таким образом, оценивая в целом литературу, посвященную отношению к болезни у больных алкоголизмом, видно, что основная ее часть носит описательный характер и рассматривает в качестве основного проявления этого отношения алкогольную анозогнозию. Анозогнозия при этом, рассматривается либо как следствие психоорганического синдрома, либо в зависимости от представленности тех или иных акцентуаций характера. Ряд исследователей рассматривает ее как проявление системы психологической защиты.

1.2. Основные представления о механизмах психологической защиты

Подавляющую часть современной литературы, посвященной проблеме защитных механизмов составляют работы в которых защитные механизмы рассматриваются с теоретических позиций. Значительная часть из них посвящена попыткам систематизации и классификации. Меньшую часть составляют работы изучающие взаимосвязь между защитными механизмами и особенностями личности, а также психотерапевтическим на них воздействием. Исследования посвященные возможности психодиагностической оценки выраженности тех или иных механизмов защиты незначительны. В этой главе будет рассмотрена литература по всем этим направлениям.

Исследование механизмов психологической защиты осуществлялось с двух достаточно различных позиций – в психотерапии (в рамках психоанализа и с близких к психоанализу позиций), и в психологии (в основном в когнитивистской и психологии мотивации

и деятельности).

Впервые термин "защита" (defense) появился в 1884 году в работе S.Freud "Neuro-Psychoses of Defence" и разрабатывался в этой и нескольких последующих работах. В них он описывался как способ борьбы "Я" против болезненных и невыносимых идей и аффектов. Позже Freud от этого термина отказался и он был заменен термином "вытеснение" (repression). В приложении к "Торможению, симптомам и тревоге" (1926) Freud вернулся к старой концепции защиты, при этом определил ее как "главное определение для всех способов, которые "Я" использует в конфликте, который может привести к неврозу". Термин вытеснение был сохранен для обозначения специального метода защиты, который обслуживает те же самые цели, что и другие защитные механизмы, а именно "охрана "Я" против инстинктивных требований".

Дальнейшее рассмотрение механизмов защиты связано с ревизией психоанализа и работами A.Freud и K.Horney. A.Freud изучению механизмов защиты отводит одну из главных ролей в своих исследованиях и в своей работе "Ego and the mechanisms of defense" (1937) описывает действие механизмов защиты, функциями которых является предохранение "Я" от: а) тревоги, обусловленной ростом инстинктивного напряжения; б) тревоги, обусловленной угрозами сверх-Я или в) реальной опасностью. Защита может выступать как против инстинктивных влечений так и против аффектов.

Влияние теорий психоанализа на западную психотерапию привело к тому, что термины защита и механизмы защиты в настоящее время используют почти все психотерапевтические школы, они

включены во многие психиатрические словари и энциклопедии по патопсихологии. Однако ввиду того, что первоначальное определение защиты, которое было предложено S.Freud, и которое подразумевало защиту "Я" от угрозы "Оно" в настоящее время в своем полном значении не используется, большинство исследователей предлагают свои концепции защиты и ее механизмов в соответствии с теориями, последователями которых они являются. Отсутствие ясности в этом вопросе привело к существованию огромного числа описаний различных видов механизмов, попыткам различных классификаций, при этом часто под один заголовок включаются разнородные феномены.¹

До сих пор среди клиницистов не существует единства в определении общего количества защитных механизмов. Например, A.Freud (1937) в своей монографии описывала около 15. В психиатрическом справочнике, опубликованном Американской ассоциацией психиатров (Frazier S., 1975), перечислено 23 типа защиты, а в аналогичном справочнике H.Kaplan, J.Sadok (1988) — 11. В перечне защитных механизмов (Vaillant G., 1986) их определено 21. Вместе с тем, при разнице в наименованиях тех или иных защитных механизмов, многие авторы подчеркивают широкое совпадение их значений и отсутствие отчетливых границ, отделяющих одну форму от другой (Freedman A., Kaplan H., Sadock B., 1975; Arletti S., 1974; Bellak L., Hurvich M., Gediman N., 1973; Battista J.R., 1982; Bond M. et al., 1983; Vaillant G., 1988)

В сущности, большинство классификаций защитных механизмов

¹В приложении 1 см. "Список определений различных механизмов защиты, описанных в цитируемой литературе"

строится исследователями на основании определенных теоретических концепций, которые в иерархии защитных механизмов тому или иному механизму отводят главенствующую роль. Таким наиболее значимым механизмом по А.Фрейд (1937) является вытеснение. А J.Grotstein (1981) и G.Sherwood (1981) отдают предпочтение расщеплению и проективной идентификации. Представители гипноанализа основное значение придают исследованиям регрессии (Шерток Л., 1982).

Следует отметить, что исследования механизмов психологической защиты проводились также в психологии с позиций теорий когнитивного диссонанса (Festinger L., 1967; Трусев В.П., 1980), каузальной атрибуции (Хекхаузен Х., 1986) и теорий самосознания (Савенко Ю.С., 1974). И несмотря на разницу этих подходов, существуют попытки объединения психологического и психодинамического изучения природы защитных механизмов (Gillett E., 1994).

Ряд отечественных исследователей также предлагают свои концепции защитных механизмов, к ним относятся классификации Ф.Е.Васильюка (1984), Ф.Б.Березина (1983, 1988), концепция В.В.Столина (1983) о конфликтных смыслах "Я". Свои теории, связывающие действие механизмов психологической защиты с функциональной асимметрией мозга и межполушарной интеграцией предлагают физиологи (Костандов Э.А., 1983; Ротенберг В.С., 1989; Tomarken A.J., Davidson R.J., 1994; Waldinger M., Van Strein J., 1995).

Резюмируя вышеизложенное следует отметить, что несмотря на разницу мнений относительно классификаций и взаимосвязей защит, объясняющуюся в первую очередь разницей теоретических точек зре-

ния, следует отметить положения, общие для большинства авторов: самосознание человека вырабатывает особые приемы и способы переработки чувств, мыслей связанных с конфликтом в движущих силах поведения, а защитные процессы обеспечивают регуляцию, направленность этого поведения.

При этом, в процессе переработки конфликта работает вся группа психических процессов, но каждый раз один из них может брать на себя главную роль. Это могут быть психические функции такие как эмоции (отвращение), восприятие (перцептивная защита) (Borgeat F. et al., 1994), мышление (интеллектуализация), внимание (переключение). Это могут быть самые разнообразные виды поведения – от художественного творчества и трудовой деятельности до воровства (Allen A., 1965). Работу по переживанию ситуации могут брать на себя юмор, сарказм, ирония, кривдство (Розов А.И., 1979; Mishkin M., 1977). Характерно, что у больных алкоголизмом защитная функция юмора приобретает патологический характер, что проявляется за счет элемента агрессивности, направленной против окружающих. По мнению Б.С.Братуся (1974) именно компонент агрессивности придает алкогольному юмору мрачный характер.

В литературе, посвященной влиянию механизмов защиты на личность существует две противоположные точки зрения: согласно одной из них редукция напряжения и тревоги при работе защитных механизмов достигается ценой дезинтеграции различных уровней психологического функционирования, что в результате находит проявление в болезненных симптомах, представители же другой считают, что обеспечивая регуляцию поведения в ситуации разре-

шения конфликта защитные механизмы наоборот способствуют интеграции "Я".

Представители первого направления, рассматривающие механизмы защиты негативно как механизм пассивно-оборонительного типа и свидетельство слабости, неспособности человека противостоять неблагоприятным условиям действительности, т.к. они искажают восприятие реальности и основываются на самообмане, в качестве основных недостатков механизмов защиты считают их неэффективность, при большой затрате энергии и их разрушающее влияние на личность (Horney K., 1939; Lowen A., 1975). Психоанализ, доводя проблему до осознания, может способствовать ослаблению невротического конфликта, уменьшению защит и тем самым высвобождению энергии, которая до того расходовалась на укрепление защиты, для выполнения творческих задач.

Представители другого направления считают, что рассматривать психологическую защиту нужно позитивно и включать в нее все специальные приемы используемые "Я" для того, чтобы подчинить себе, контролировать, направлять через определенные каналы и использовать силы, "которые могут привести к неврозу". Так, Ф.В.Бассин (1982) определяет психологическую защиту как нормальный механизм, направленный на предупреждение расстройств поведения, не только в рамках конфликтов между сознанием и бессознательным, но и между разными эмоционально окрашенными установками. При этом понятие защиты подразумевает, что неврозы обусловлены нарушениями в работе и срывом механизмов защиты. В этом подходе сила "Я" связывается с наличием зрелых механизмов защиты.

Путаницу в состоянии вопроса вносит и разделение механизмов,

участвующих в процессе переживания конфликта на механизмы совладания и механизмы защиты. При этом исследователи для которых центральными категориями являются "совладание" или "компенсаторика" для обозначения "неудачных" процессов обычно привлекают понятия "защиты", оставляя за вторым видом - "удачных" процессов - родовой термин (Савенко Ю.С., 1974; Василюк Ф.Е., 1984; Naan N., 1977; Moos R., Tsu V., 1977; Kofta M., 1978).

Другие авторы, которые включают все эти понятия в категорию защиты, говорят о "зрелых" и "незрелых" механизмах, и настаивают на необходимом расширении традиционного понятия защиты так, чтобы оно включало в себя и процессы более эффективные, положительные и здоровые (Бассин Ф.В., 1969; Blank G., Blank R., 1974, 1979; Loevinger J., 1976; Nemlach J., 1988; Ursano R., Sonnenberg S., Lasar S., 1991).

Наиболее универсальной, по-видимому, является точка зрения тех авторов, которые предоставляют право на существование и тех и других видов механизмов, признавая за ними их особенности. Функции, которые приписывается с этой точки зрения защитным процессам, состоит в предоставлении времени для подготовки других, более продуктивных процессов совладания (Holt R., 1978; Kaplan H., Sadok J., 1988).

При этом, следует признать справедливыми опасения ряда исследователей относительно возможностей негативного влияния механизмов защиты на личность. Этот момент особенно подчеркивался в теориях психоанализа, где концепция защитных механизмов тесно связана с проблемой характерообразования, межличностной типологией.

Так, W.Reich (1949) отмечал, что такие черты как негибкость и ригидность, поведенческие характеристики такие как застывшая улыбка, презрительное, ироничное или высокомерное поведение – все это остатки сильных защитных процессов в прошлом, которые отделились от своих оригинальных ситуаций (конфликтов с инстинктами или аффектом) и развились в постоянные характерологические черты "броню характера"(charakterpanzerung).

Этим объясняется и то, что несмотря на то что личность в принципе обладает довольно широким ассортиментом защитных механизмов, существуют индивидуально-типологические различия в защитном реагировании. Так, можно говорить о "репрессорах" (Соколова Е.Т.,1980; Myers L.B., Brewin C.R., 1994), людях истероидного склада с вытеснением в качестве преимущественного типа защиты. Иной тип поведения отличает людей, склонных к изоляции или рационализации (Bond M. et al.,1994). В конфликтных ситуациях они не уклоняются от встречи с угрозой, а нейтрализуют ее, интерпретируя безболезненным для себя образом.

Таким образом, возникает необходимость объединения различных взглядов на механизмы защиты, с одной стороны как необходимых для функционирования личности, а с другой патогенно на нее влияющих. С этой точки зрения наиболее удачным нам представляется подход А.Т.Филатова, А.С.Кочаряна и Т.С.Кочаряна (1986), которые предлагают разделить механизмы защиты на ситуационные, возникающие в психотравмирующей ситуации, являющиеся преходящими, и, как правило, в коррекции не нуждающимися и стилевые, которые начинают функционировать у невротиков и характеризуются временной устойчивостью, генерализованностью. Ситуационные меха-

низмы защиты, которые искажают или прерывают наш контакт с окружающей ситуацией, достаточно адекватны в ситуациях стресса, т.к. помогают снимать эмоциональное напряжение. Однако, если опасность действует на протяжении длительного времени или индивидуум подвергается множеству опасностей одновременно, то он может начать опасаться даже "чихнуть" без использования защиты (Рудестам К., 1990), что приводит к формированию у пациентов определенных черт характера и деформирует личность.

Исходя из этого является чрезвычайно актуальным адекватный психотерапевтический подход в отношении механизмов защиты. Так, с одной стороны преодоление механизмов защиты, выражающееся в разблокировании сознания и освобождении скрытого энергетического потенциала (Enright J., 1975) приводит к более высокому уровню функционирования личности, с другой стороны срыв механизмов защиты, оставляет личность незащищенной перед угрозой, а отсюда приводит к значительному росту тревоги и напряжения. Поэтому следует признать необходимыми в комплексе психотерапевтических мер наравне с осознанием существующего конфликта и выработке механизмов совладания с ним, средства, могущие укрепить защитные механизмы, обеспечить их большую эффективность в защите "Я" от угрожающей ему внешней среды, и способствовать развитию более эффективного комплекса защитных механизмов, необходимых для приспособления индивида к окружению (Holt, 1978; Sandler J., Sandler A., 1994; Vaillant G.E., 1994; Gillett E., 1994).

В заключение рассмотрим литературу, посвященную различным методам измеряющим защитные механизмы. Таких методов в настоящее время описано не много. Большая часть исследовательской работы в

этом направлении проводилась в целях изучения возможностей проективных методик (Holt R., 1978). Помимо этого в литературе описаны и другие методики, одни построены по принципу самоотчета, другие требуют мнения интервьюера (Ablon S.L., Carson G.A., Goodwin F.K., 1974; Froese A., Vasquez E., Cassem N.H., Hackett T.P., 1974; Semrad, Grinspoon, Feinberg, 1973; Sullivan P.F. et al., 1994; Bond M., et al., 1994). При этом, из 10 или около того существующих тестов, измеряющих механизмы защиты, все кроме нескольких, ограничены измерением только некоторых из них (обычно одним или двумя). Чаще всего это отрицание, рационализация и проекция (Sweney A.B., May S.M., 1970; Kreidler H., 1972; Sarason I.J., Ganzer N.J., Singer M., 1972; Sherwood G., 1981; Ihilevich D., Gleser G.C., 1986). Некоторые опросники просто перестроены из утверждений MMPI (Millimet C.R., 1970). К этому следует добавить, что почти в половине опубликованных статей, ссылки на внутреннюю надежность отсутствуют, а в некоторых нет ссылок на исследования валидности и все эти тесты лишены теоретической основы.

Среди этих методик особняком стоит методика LSI (Life style index), которая была описана R.Plutchik, H.Kellerman, H.Conte в 1979 году. В ее основу была положена теоретическая модель, основанная на предположении о взаимосвязи защитных механизмов, эмоций и диагностических концепций (Kellerman H., Burry A., 1981, 1988). Авторы полагали, что характеристика отдельного защитного механизма будет зависеть от некоторых личностных черт и будет связана с определенной диагностической концепцией. Помимо теоретического обоснования теста авторы провели большую работу по исследованию его психометрических характеристик, а затем был

совершен ряд исследований по получению нормативных данных и различий на разных клинических группах испытуемых (Conte H.R., Plutchik R., Schwartz B., Wild K., 1983; Buckley P., Conte H.R., Plutchik R., Wild K., Karasu T.B., 1984).

Таким образом, оценивая литературу по проблеме защитных механизмов можно выделить два направления исследований: первое посвящено попыткам классификации этих механизмов, которые к настоящему моменту оказались безуспешными (до сих пор отсутствует единая классификация); второе направление – исследованию влияния защитных механизмов на личность и разработке методов психотерапевтического воздействия с учетом этого влияния. Экспериментальные исследования защитных механизмов с использованием психологических методик весьма ограничены.

1.3. Механизмы психологической защиты при алкоголизме

Литература, освещающая вопросы участия механизмов психологической защиты в процессе развития алкоголизма ограничена. Однако существующие работы позволяют проследить действие механизмов защиты на разных этапах течения болезни.

Изначально, в момент возникновения конфликта между потребностью и невозможностью ее удовлетворения некоторые лица в качестве средства защиты выбирают сам алкоголь. По мнению R. De Vito, L. Flanerty, G. Mozdzierz (1970) алкоголь выступает как: а) средство защиты от сильных и несущих угрозу субъекту аффективных состояний: гнева, страха, беспомощности; б) средство защиты против чувства отчаяния у некоторых лиц с признаками депрессии;

в) средство защиты от первичной тревоги у лиц, имеющих признаки дезинтегрированного "Я"; г) средство ослабления симптомов невротических, психотических и сексуальных нарушений.

О том, что алкоголь выступает как фактор, заменяющий действие целого ряда защитных механизмов свидетельствуют и работы V. Dello Russo с соавторами (1988), которые в своих исследованиях показали, что трезвенники отличаются преобладанием выраженной защитной структуры с более ригидным "сверх-Я", по сравнению с больными алкоголизмом, у которых этого феномена не наблюдается.

По мере роста алкогольной зависимости возникает новый конфликт между возросшей потребностью в алкоголе и давлением окружающей среды и представлениями о моральных и этических нормах. На этом этапе возникает иная система защиты, позволяющая справляться с этим конфликтом.

Защитные механизмы функционирующие на этом этапе подробно рассматривает Э.Е. Бехтель (1986). К ним он относит: *расширение диапазона приемлемости, частичное удовлетворение потребности, вытеснение, перцептивную защиту, формирование противоположной реакции и др.*

На основе разработанной Э.Е. Бехтелем схемы П.И. Сидоров (1991) описывает защитные механизмы у злоупотребляющих алкоголем подростков. При этом, он считает, что если у взрослых больных алкоголизмом стойкость анозогнозии прямо предопределена выраженностью психологической защиты, то у подростков отсутствие осознания болезни отражает также преморбидную деформацию и незрелость личности, нравственную ущербность и дефицит социально-значимых форм поведения, неспособность как к продуктивной

деятельности, так и к компенсаторной психологической защите своей личности.

Аналогичную систему защиты описывает J. Wallace (Zimberg S., Wallace J., Blume S., 1985). Он называет ее предпочтительной защитной структурой, состоящей из различных защитных механизмов, и считает, что она используется каждым больным алкоголизмом в различных комбинациях. В предпочтительную защитную структуру входят следующие защитные механизмы: *отрицание, проекция, мышление типа "все или ничего", минимизация и избегание конфликта, рационализация* и пр.

На следующем этапе развития алкогольного конфликта, когда возникает противоречие между возникающими симптомами заболевания и невозможностью для личности признать себя больным алкоголизмом возникает иная защита, выражающаяся в собственно алкогольной анозогнозии. При этом переживания, связанные с болезнью, блокируются или искажаются с целью ликвидации конфликта между "Я"-концепцией и непосредственным опытом. Оценка собственного заболевания, как правило, ограничивается когнитивным уровнем; лишенная аффективной окраски, она легко разрушается (Калмыкова М. А., Петракова Т. И., 1988). В этот момент само существование защиты, ее роль в формировании отношения к болезни связаны с тем, что болезнь несет человеку не столько болезненные соматические ощущения, сколько затрагивает основы его существования как личности (Тхостов А. Ш., Арина Г. А., 1990).

Следует отметить, что в западной литературе, посвященной проблеме алкоголизма, понятие анозогнозия практически не употребляется, наиболее распространен термин "alcohol denial" (ал-

когальное отрицание) (Elder I.R., 1990). При этом несмотря на разницу терминов и отечественные и зарубежные авторы сходны в определении содержания этого понятия, которое рассматривается как некритическая оценка своего состояния, заключающаяся в отрицании как заболевания в целом, так и его отдельных симптомов. Семантическое же сходство терминов "alcohol denial" и "denial" (название механизма защиты) свидетельствует о том, что в западной литературе алкогольное отрицание изначально рассматривалось как защитное личностное образование.

Для объяснения существования этого феномена исследователи в основном делают акцент на разнице представлений об алкогольной болезни и признании у себя ее симптомов (Клочкова Л.В., 1989).

А.Л.Нелидов (1977) изучавший формирование внутренней картины болезни у больных алкоголизмом, констатирует, что симптоматика болезни представляется больным более мягкой, стертой, чем стороннему наблюдателю. Больные относят свое состояние как бы к более ранней стадии болезни; чем "моложе" болезнь, тем аморфнее и бледнее представление о ней больного. Максимального соответствия клинической оценке внутренняя картина болезни достигает лишь на рубеже 2 и 3 стадии. Такая "заблокированность" сознания некоторое время защищает личность от угрожающих ей представлений, и создает условия для длительного "спокойного" течения болезни без обращения к врачу.

В дальнейшем, по мере ухудшения благосостояния больного и снижения степени удовлетворенности жизнью, связанной с ростом негативных последствий злоупотребления алкоголем, действие защиты начинает снижаться (John U., 1988), что вызывает неконт-

ролируемый рост тревоги. Часто именно на этом этапе, больной попадает в поле зрения врача и возникает необходимость в психотерапевтическом воздействии, при котором возникает ряд трудностей, связанных как с необходимостью учета избранного больным алкоголизмом механизма психологической защиты (Troncon R. и др., 1988; Blane H.T., Leonard K.E., 1987), так и с преодолением возникающего сопротивления (resistance). Последнее возникает в результате того, что конфликт между противоречивыми представлениями о себе под влиянием врачебного воздействия резко обостряется и врач начинает восприниматься как новый носитель угрозы.

При рассмотрении вопросов, связанных с анозогнозией в отечественной литературе сопротивлению уделялось недостаточное внимание, хотя большинство врачей сталкиваются с сопротивлением в процессе работы. Оно проявляется по-разному и часто выражается в том, что простое информирование с целью "переучивания" оказывается неэффективным. При этом оказывается, что реально изменить систему установок больного директивными указаниями практически невозможно (Elias J., Marshall P., 1987), часть советов врача понимается просто превратно (Hamburg D., Elliott G., Parron D., 1982), а чрезмерное запугивание возможными последствиями алкоголизма не вызывает у больного желания лечиться (Loneck B., Kola L., 1988). J. Wallace (Zimberg S., Wallace J., Blume S., 1985) считает конфронтацию с защитной системой не только безрезультатной, но и терапевтически губительной.

Выражается сопротивление по-разному, часто в откровенной пассивности с уходом и отказом. В гештальттерапии действие сопротивления рассматривается тогда, когда член группы не выполняет

те упражнения, которые рекомендуются ему руководителем (Latner J., 1973). Оно включает нежелание или ощущение неспособности делать или переживать что-то, что проявляется в прерывании самих себя, избегании осознания, игнорирования ролей. В психотерапевтических группах, в которых не оговаривается строгость посещения оно выражается в значительном отсеке на начальных стадиях (по данным В.Н.Николаенко (1983), от 30 до 50%).

Сопротивление является общим понятием для многих школ психотерапии и консультирования. Первоначально вопросы, связанные с сопротивлением, как непосредственно выражающие действие механизмов защиты, разрабатывались в рамках психоаналитических и близких к ним теорий (Greenson R.R., 1986; Sandler J., Dare C., Holder A., 1974; и др.). Однако несмотря на то, что психоаналитическая теория многократно подвергалась критике, содержание основных положений, касающиеся самого действия сопротивления почти не изменилось (Vannicelly M., 1992).

Очень важно не рассматривать сопротивление в качестве преграды, которую надо "повалить и разрушить" (Havens L., 1986), что часто встречается в практике преодоления алкогольной анозогнозии. Так, целью гештальттерапии является преобразование сопротивления в осознание самого себя, которое достигается за счет осознания самого сопротивления. По мере его осознания формируется способность принимать ответственность за свое нежелание видеть, слышать и переживать особенно болезненные чувства (Latner J., 1973).

Следует отметить, что в практике лечения алкоголизма наибольшего успеха в преодолении сопротивления добились группы

"анонимных алкоголиков" АА (Двенадцать шагов и двенадцать традиций, 1989; Анонимные алкоголики, 1989; Carnes P., 1989). Необходимым условием анонимности они обезличивают больного алкоголизмом, обходя тем самым конфликт, связанный с его самооценкой. В этих условиях основное требование признания "Я алкоголик" не является столь травматичным для личности. Однако метод предлагаемый группами АА, несмотря на свою эффективность нельзя признать безоговорочно успешным, т.к. он предлагает все ту же защиту, без ее перестройки. Только в этом случае отрицается не сам факт болезни, а соотнесенность ее с данной личностью.

На следующем этапе - этапе ремиссии, действие защиты в сочетании с механизмами совладания способствует адаптации пациента к трезвой жизни, т.к. те же самые механизмы, которые служили для оправдания пьянства, могут эффективно применяться для достижения трезвости. Однако, если действующая в этот момент защитная система не подвергается необходимой коррекции, она может негативно влиять на личность и приводить к нарушениям ее функционирования, в ряде случаев приводящим даже к невротическому развитию (Мелик-Парсаданов М.Ю., 1987). С другой стороны, выздоравливающий пациент на начальных стадиях трезвости сталкивается с таким количеством серьезных жизненных проблем, что система защиты ему просто необходима. Исходя из этого центральная проблема в психотерапии алкоголизма состоит не в разоблачении, и преодолении алкогольной защиты, а в определении путей обращения ее на службу достижения и сохранения трезвости (Zimberg S., Wallace J., Blume S., 1985). При этом по данным Е. Kaufman (1989) ее адекватная перестройка осуществляется лишь через 2-5

лет воздержания.

Таким образом, анализ литературы показал, что несмотря на то, что проблема отношения к болезни у больных алкоголизмом, и в частности, анозогнозии, часто рассматривается в исследованиях, посвященных алкоголизму, до сих пор не существует единой теоретической базы рассматривающей анозогнозию как комплекс защитных механизмов. Также не проводилось экспериментального исследования взаимосвязи между анозогнозией и теми или иными защитными механизмами, и их зависимости от преморбидных личностных особенностей. Настоящая работа представляет собой попытку экспериментально-психологического и клинико-психологического изучения этих вопросов в связи с необходимостью усовершенствования психотерапевтической работы с больными алкоголизмом.

Г Л А В А 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материал исследования

Объектом исследования были мужчины, больные алкоголизмом 2 стадии (по классификации А.А.Портнова и И.Н.Пятницкой), находившиеся на лечении в отделении лечения алкоголизма института им.В.М.Бехтерева. Всего обследовалось 110 больных. В качестве контрольной группы были взяты здоровые мужчины, не имеющие алкогольной зависимости, в количестве 140 человек. По образовательному уровню и социальной принадлежности группы приблизительно совпадали между собой. При этом неполное среднее образование отмечалось у 16% больных, среднее (включая среднеспециальное) у 42,6%, незаконченное высшее у 7,4% больных и высшее у 31,9% больных. Один больной имел начальное образование.

Средние значения возрастной величины равнялись у больных 38,8 лет, а у здоровых 34,7 при одинаковом возрастном диапазоне от 22 до 58 лет. Разницу в четыре года мы полагаем допустимой для сравнения по психологическим параметрам, так как испытуемые попадают приблизительно в одну возрастную категорию.

Тип течения болезни оценивался в соответствии со схемой предложенной И.Г.Ураковым, Куликовым В.В. (1977) и И.В.Бокий, Удальцовой М.С. (1981) по типам: малопрогредиентный, умереннопрогредиентный, выраженнопрогредиентный и злокачественный. В группе больных он распределялся следующим образом: у 61,7% пациентов отмечался умереннопрогредиентный тип течения, у 36,2% выраженнопрогредиентный и у 2,1% злокачественный. Малопрогре-

диентный тип течения болезни не был отмечен ни у одного обследованного пациента. Непостоянная¹ форма пьянства отмечалась у 11,7%, постоянная у 13,8%, псевдозапойная у 41,5% и запойная у 31,9% исследованных больных. Госпитализировались первично 52,1% больных, повторно 23,4% больных и многократно 24,5% больных.

Помимо этого у исследованной группы больных фиксировался возраст начала систематической алкоголизации, который в среднем по группе составлял 23,5 года и возраст завершения формирования ААС (29,6 лет).

Из перенесенных и сопутствующих заболеваний у больных отмечалось наличие черепно-мозговых травм, судорожных припадков, сосудистых заболеваний, воспалительных заболеваний головного мозга и алкогольных психозов. Их наличие у исследованной группы больных представлено в табл.1.

По врачебной оценке отмечались личностные девиации в преморбиде, которые классифицировались по следующим параметрам: отсутствуют (66,7% исследованных больных), акцентуации (29%), психопатия (4,3%); а также фиксировалась направленность этих личностных девиаций. При этом астенический тип был отмечен у 16,1%, гипертимный – у 11,8%, шизоидный – у 4,3%, эпилептоидный – у 5,4%, истерический – у 14%, неустойчивый – у 15,1%, паранойяльный – у 2,2% и смешанный у 30,1% больных. Изменения личности в процессе болезни отмечались по астеническому типу

¹ Имеется в виду "непостоянное пьянство с опохмелением"
(Энтин Г.М., 1990)

Табл.1.Наличие перенесенных и сопутствующих заболеваний

Вид	Нет	Да
Черепно-мозговые травмы	60,6%	28,7%
Судорожный синдром в рамках алкоголизма	97,9%	2,1%
Сосудистые заболевания	79,8%	20,2%
Воспалительные заболевания г/м или оболочек	98,9%	1,1%
Алкогольные психозы	96,8%	3,2%

(28,7%), по психопатоподобному (33%) и психоорганическому (20,2%). У 18,1 пациентов они отсутствовали.

У пациентов оценивалось также наличие и продолжительность в прошлом ремиссий. При этом у 30,9% их не было, у 29,8% длительность ремиссий составляла менее 6 месяцев, у 7,4% отмечалась длительность до 1 года, у 6,4% более 1 года, 8,5% пациентов имели в прошлом ремиссии более двух лет, ремиссию более трех лет имели 4,3% пациентов и 12,8% имели ремиссию 5 лет и выше.

Критика к болезни и установка на трезвость оценивались в соответствии со схемой предложенной О.Ф.Ерышевым для разработанной в отделении лечения алкоголизма института им.В.М.Бехтерева формализованной истории болезни "Прогностическая карта ремис-

сии при алкоголизме" (Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н., Дубинина Л.А., 1990). По этой схеме критика к болезни считалась: *полной*, если у больного отмечались безоговорочное принятие факта заболевания алкоголизмом и адекватная оценка связи соответствующих медицинских, психологических и социальных проблем с алкоголизмом; *частичной*, при признании себя больным в порядке уступки врачу, окружающим, с тенденцией отнести часть создаваемых алкоголизмом проблем на счет других обстоятельств и попытками оправдать пьянство различными провоцирующими моментами. При этом, отмечаются готовность отнести к разряду болезненных лишь часть патологических проявлений (соматических, психопатологических) и недооценка конкретных социальных последствий алкоголизма; *отсутствующей* в случае отрицания болезни и нежелании или неспособности анализировать характер имеющихся болезненных симптомов и их связь со злоупотреблением алкоголем. Установка на трезвость считалась *убедительной* при осознанном желании вести трезвую жизнь с пониманием сложности проблемы и готовностью решать эти проблемы; *формальной*, при декларировании желания вести трезвую жизнь без попыток обдумывания связанных с этим проблем и понимания своей роли в их решении; *отсутствующей*, когда выявлено намерение "пить как все"; а при выписке за нарушение режима - отсутствие критики к употреблению алкогольного напитка, допущенного в период пребывания в отделении.

У обследованных больных полная критика к болезни наблюдалась у 18,7% пациентов, частичная у 79,1% и отсутствующая у 2,2% исследованных больных. Установка на трезвость, при этом у 56% больных была твердой, у 42,9% формальной и у 1,1% ее не было

вовсе.

Математико-статистический анализ данных клинико-психологического и экспериментально-психологического исследований осуществлялся с помощью "Медицинской исследовательской автоматизированной системы" ("Мидас") созданной сотрудниками лаборатории медико-психологических исследований ВНИИ Пульмонологии А.А.Лаврушиным, Б.В.Горевым и М.И.Лихтаревым.

2.2. Клинико-психологические методы исследования

Клинико-психологический метод был использован для изучения как преморбидных так и морбидных личностных и клинических характеристик больных алкоголизмом. Он применялся в форме подробной беседы, направленной на сбор клинического и психологического анамнеза болезни (Анастаси А., 1982б; Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983 и др.) и метода судей (Ядов В.А., 1972), с помощью которого оценивались некоторые клинические параметры, отражающие течение болезни. Клинико-психологическому анализу подверглись следующие характеристики:

а) отражающие особенности течения болезни- тип течения (мало-прогредиентный - формирование ААС более 15 лет, умеренно-прогредиентный-формирование ААС от 6 до 15 лет, выраженно-прогредиентный-формирование ААС в течение 6 лет, злокачественный-формирование ААС от 1 года до 3 лет) (по данным Ураков И.Г., Куликов В.В., 1977; Энтин Г.М., 1979), форма пьянства в настоящее время (постоянная, перемежающаяся, псевдозапойная, запойная);

б) динамические и статические характеристики – возраст, возраст начала систематической алкоголизации, возраст завершения формирования ААС, число предшествующих госпитализаций, длительность ремиссий в прошлом, длительность ремиссии после настоящего обследования;

в) заболевания, влияющие на формирование психоорганического синдрома – наличие в прошлом черепно-мозговых травм, нейроинфекций, судорожных проявлений в рамках алкоголизма, алкогольных психозов, церебральных сосудистых кризов и др.;

г) характеристики личности и особенности аффективной сферы – личностные девиации в преморбиде (отсутствуют, акцентуация, психопатия), конституционально-личностный тип (астенический, гипертимный, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, паранойяльный, смешанный), тип изменений личности (астенический, психопатоподобный, психоорганический), аффективные нарушения (тревога, внутреннее напряжение, снижение настроения, дисфория, апатия, эйфория, дистимия). (Эти параметры также оценивались и фиксировались лечащими врачами).

д) оценка отношения больных к болезни – осуществлялась по двум критериям – критика к болезни и установка на трезвость. Оценка критики к болезни и установки на трезвость проводилось по 3-х балльной шкале (критика к болезни: полная – 1 балл, частичная – 2 балла, отсутствует – 3 балла; установка на трезвость: твердая – 1 балл, формальная – 2 балла, отсутствует – 3 балла). При этом под полной критикой к болезни понималось, что у больного сформировано представление о том, что у него есть клинические признаки алкоголизма как болезни и понимание необходимости полного воз-

держания от употребления спиртного.

Данные клинико-психологического исследования фиксировались в разработанной в отделении лечения алкоголизма института им. В.М.Бехтерева формализованной истории болезни ("Прогностическая карта ремиссии при алкоголизме") (Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н., Дубинина Л.А., 1990). В качестве экспертов выступали лечащие врачи. Их оценка основывалась на беседах с больными, наблюдении за их поведением в отделении, сведениях полученных от родственников, предшествующей медицинской документации.

2.3. Экспериментально-психологические методы исследования

Используемые в работе экспериментально-психологические методы были направлены на исследование интеллектуально-мнестических расстройств с целью выделения психоорганического синдрома, мотивации потребления алкоголя, типа отношения к болезни и защитной структуры личности.

2.3.1. Методы исследования интеллектуально-мнестических расстройств

Для диагностики интеллектуально-мнестических расстройств нами использовались следующие методики: проба на запоминание 10 слов (Лурия А.В., 1962; Рубинштейн С.Я., 1970), тест визуальной ретенции Бентона и визуально-моторный "Бендер гештальт-тест". Эти методики традиционно используются в патопсихологической практике для оценки психоорганических нарушений и направлены на оценку

действия различных мозговых функций: Бендер-тест на характеристику зрительно-моторной функции, Бентон-тест и методика запоминания 10 слов на оценку сохранности мнестических функций – зрительной и слуховой. Последняя методика обладает возможностями быстрой количественной оценки нарушений слухо-речевой памяти, нарушения которой считаются одними из основных симптомов психоорганического синдрома при алкоголизме. Методики на запоминание 10 слов и Бентон-тест, как подробно описанные в литературе (Рубинштейн С.Я., 1970; Блейхер В.М., Крук И.В., 1986; Benton A., 1952) здесь описываться не будут.

Визуально-моторный Бендер гештальт-тест

В нашем исследовании использовалась модификация Bender Gestalt Test (Bender L., 1938), созданная A.Canter (1976). Тест предназначен для оценки выраженности органических нарушений с помощью исследования визуально-моторных способностей испытуемого. В основе его лежит процедура, в процессе которой испытуемому предъявляются образцы геометрических фигур, которые он должен скопировать. Модификация A.Canter заключается в том, что помимо выполнения этого задания на обычном листе бумаги, по прошествии 10 минут, во время которых испытуемому даются другие отвлекающие задания, он опять должен скопировать те же самые образцы, но на другой бумаге, по всему полю которой идут волнистые линии. Таким образом, во время второго эксперимента испытуемый встречается с дополнительной нагрузкой на зрительный анализатор. Лист с нанесенными линиями носит название ВІР бланка по названию процедуры (Background Interference Procedure – процедура влияния заднего

плана), а чистый лист называется стандартным бланком (St-бланк). Каждый рисунок оценивается с помощью модифицированной системы подсчета (Pascal G., Suttell G., 1951). Результаты выполнения на бланках VIP и St впоследствии сравниваются и с помощью специальных критериев оценки, основанных на убеждении, что в случае наличия органических нарушений, результаты выполнения на VIP бланке будут хуже, чем на St бланке, делается вывод о наличии или отсутствии у пациента органических расстройств. Окончательный вывод относит больного к одной из трех групп: группе А-отсутствие органических расстройств; группе В - пограничные результаты; группе С - органическое мозговое расстройство (organic brain disorder).

Данными об использовании этого теста в настоящем варианте в нашей стране мы не располагаем. Однако авторы приводят убедительные свидетельства его валидности (Pardue A., 1975; Yulis S., 1968; Крор Н., Cohen E., 1972), что позволило нам присоединить его к другим патопсихологическим методам, используемым в настоящем исследовании.

2.3.2. Методика для диагностики мотивации потребления алкоголя

Выбор данной методики объясняется необходимостью оценки механизмов формирования патологической мотивации к потреблению спиртных напитков в связи с тем, что мотивы злоупотребления алкоголем у каждого индивида могут быть как общими, так и строго индивидуальными и в то же время непосредственно связанными как с

индивидуально-личностными чертами так и с защитными структурами личности (Завьялов В.Ю., 1988).

Методика "Мотивация потребления алкоголя" (МПА) (Завьялов В.Ю., 1988), состоит из 45 утверждений, составляющих 9 шкал. В первую триаду шкал входит группа социально-психологических мотивов приема алкоголя: традиционные, субмиссивные, отражающие подчинение давлению других людей и псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении человека приспособить свой личный опыт к "алкогольным ценностям" социальной микросреды, в которой он функционирует. Вторая триада состоит из группы личностных, персонально значимых мотивов: гедонистических, атарактических и мотивов гиперактивации поведения. В третью триаду входят собственно патологические мотивы, которые проявляются на клиническом уровне в форме болезненного влечения к алкоголю: "похмельные", аддиктивные и мотивы самоповреждения.

Результат тестирования представляет цифровое выражение (от 0 до 15 баллов) по каждой шкале. Максимальные оценки выявляют доминирование того или иного вида мотивов потребления алкоголя, а все шкалы вместе дают представление о структуре (профиль) МПА у испытуемого. Суммарная оценка по всем шкалам отражает общее "мотивационное напряжение" в поисках алкоголя и свидетельствует о генерализации в сознании потребности в спиртном.

2.3.3. Тип отношения к болезни

Выбор методики по определению типа отношения к болезни определялся задачами исследования, в которые входила оценка влияния на формирование того или иного отношения к болезни личностных особенностей, степени осознания личностью своей болезни, понимания роли и влияния болезни на социальное функционирование. Решение поставленных задач оказалось возможным с помощью оригинальной тестовой методики "Тип отношения к болезни" (ТОВОЛ), которая была разработана в лаборатории клинической психологии Института им.В.М.Бехтерева (Вассерман Л.И., Иовлев Б.И., Карпова Э.Б., Вукс А.Я., 1987; Вассерман Л.И. с соавт., 1991). Она получила довольно широкое распространение как диагностическое средство для оценки отношения к болезни в клинике нервнопсихической и соматической патологии. Использовалась и в наркологии (Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Клочкова Л.В., 1990).

Методика представляет собой опросник, который включает в себя 12 таблиц-наборов ("самочувствие", "настроение" и т.д.). Каждый набор, в свою очередь, содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений. Эти наборы утверждений отражают отношение при разных типах реагирования на болезнь к ряду жизненных проблем и ситуаций, наиболее значимых для больного и, на которые в большей степени может оказать воздействие заболевание. При работе с опросником больному предлагается свобода выбора одного или двух ответов на каждую тему или возможность отказаться от выбора на несколько тем. Протокол ответов испытуемого анализируется с помощью специальной таблицы - так называемого кода и производится суммарный подсчет по каждому типу. С целью обобща-

ющего анализа профиля шкальных оценок шкалы объединены в три блока. В 1 блок включены шкалы гармоничного (Г), эргопатического (Р) и анозогнозического (З) типов реагирования. Эти типы характеризуются меньшей выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием. Во 2 и 3 блоки включены шкалы таких типов реагирования на болезнь, которые характеризуются наличием личностной дезадаптации в связи с заболеванием. Второй блок включает типы реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный (Т), ипохондрический (И), неврастенический (Н), меланхолический (М) и апатический (А). Эмоционально-аффективный аспект отношений у больных с этими типами реагирования клинически выражается в реакция по типу раздражительной слабости, подавленном, угнетенном состоянии, "уходе" в болезнь, отказе от борьбы - "капитуляции" перед заболеванием и др. Третий блок шкал содержит типы реагирования личности на болезнь с интерпсихической направленностью. Эти типы отражают такое сенсibilизированное отношение к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени связано с преморбидными особенностями личности больных: сенситивный (С), эгоцентрический (Я), паранойяльный (П), дисфорический (Д). Больные с указанными типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях также характеризуются дезадаптивным поведением, ведущим к нарушению их социального функционирования: они или стесняются своего заболевания, или "используют" его в своих целях, строят концепции паранойяльного характера относительно своего здоровья, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге и др.

2.3.4. Методика для диагностики

механизмов психологической защиты

Методика LSI (Life style index) была описана R.Plutchik , Н.Kellerman, Н.Conte в 1979 году. Опросник был разработан для оценки выраженности 8 основных механизмов Эго-защиты: *отрицания, проекции, регрессии, компенсации, интеллектумизации, замещения, реактивных образований и вытеснения*. В основу была положена теоретическая модель, связывающая отдельные виды защитных механизмов с различными аффективными состояниями и диагностическими концепциями.

Авторы полагают, что характеристика отдельного защитного механизма зависит от некоторых личностных черт и связана с определенной диагностической концепцией. Диагностические концепции, используемые авторами были ими заимствованы из классификации DSM-II (1968) из раздела "Расстройства личности". В табл.2 показаны предполагаемые авторами взаимосвязи между личностными чертами, расстройствами личности и механизмами защиты.

Вопросник состоит из 97 вопросов и составлен таким образом, чтобы оценивать у индивидуума частоту использования в повседневной жизни того или иного защитного механизма и выявления таким образом определенной свойственной ему структуры защитного реагирования. Каждому из этих 8 видов защитных механизмов соответствует от 10 до 14 утверждений описывающих личностные реакции индивида, которые обычно возникают в различных ситуациях. При этом некоторые из шкал опросника авторы методики сделали однородными, другие представляют собой совокупность нескольких защитных механизмов.

Табл.2. Предполагаемые взаимосвязи личностных черт, расстройств личности и механизмов защиты

Личностные черты	Расстройства личности	Механизм защиты
Робкий	Пассивно-агрессивный пассивный тип	Вытеснение
Агрессивный	агрессивный тип	Замещение
Общительный	Маниакальный тип	Реактивные образования
Унылый	Депрессивный тип	Компенсация
Доверяющий	Истероидный тип	Отрицание
Подозрительный	Параноидный тип	Проекция
Контролирующий	Обсессивно-компульсивный тип	Интеллектуализация
Бесконтрольный	Психопатический тип	Регрессия

Однородные шкалы это:

отрицание – отрицание некоторых аспектов внешней реальности, очевидных для других, но болезненных для признания самой личности.

Наиболее значимое утверждение опросника – "Я ни к кому не испытываю предубеждения";

замещение – разрядка подавленных эмоций (обычно гнева) на объекты, представляющие меньшую опасность для индивида, чем те, которые вызвали эти эмоции. Наиболее значимое утверждение: "Если кто-нибудь надоедает мне, я не говорю это ему, а стремлюсь выразить свое недовольство кому-либо другому";

проекция – приписывание своих неосознаваемых и неприемливых чувств, импульсов и мыслей другим лицам. Наиболее значимое

утверждение: "Если я не буду осторожен, люди будут использовать меня";

регрессия – уход к образцам поведения, связанным с более ранними и примитивными стадиями психосексуального развития. Наиболее значимое утверждение: "Я нервничаю, когда на меня не обращают внимания";

реактивные образования – предотвращение выражения неприемлемых для личности чувств, мыслей или поведенческих реакций с помощью преувеличенного развития противоположных им чувств, мыслей и поведенческих реакций. Наиболее значимое утверждение: "Порнография это ужасно".

К составным шкалам опросника относятся:

интеллектуализация, которую авторы объединили с сублимацией и рационализацией, поэтому в данном случае она представляет из себя – как уход в интеллектуальный мир с целью избегания беспокоящих эмоций, так и создание неверных, но приемлимых для самой личности объяснений своего или чужого поведения с использованием вероятных причин для его оправдания. Наиболее значимое утверждение: "Я не боюсь старости, потому что это случается с каждым";

вытеснение, объединенное с изоляцией и интроекцией – исключение из сознания желаний, мыслей, чувств, вызывающих тревогу или воспоминание эмоционального травматического опыта на когнитивном уровне, изолированно от аффекта, т.е. без связанной с ним тревоги. Наиболее значимое утверждение: "Я никогда не помню своих снов";

компенсация, объединенная с идентификацией и фантазированием –

попытка найти подходящую замену для реального или воображаемого физического или психического недостатка с помощью фантазирования или присоединением себе ценностей, поведения или черт другой личности. Наиболее значимое утверждение: "Я много мечтаю".

Ответы на эти утверждения фиксируются на бланке по типу "верно-неверно" и затем подсчитывается количество баллов по каждому виду защитных механизмов. Сырые оценки затем можно переводить в проценты и на специальном профильном бланке строить профиль индивидуальной защитной структуры. В настоящем исследовании при математико-статистической обработке использовались только сырые оценки.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИИ

3.1. Результаты экспериментально-психологических исследований

3.1.1. Исследование особенностей интеллектуально-мнестической деятельности

Для выявления возможного влияния на формирование отношения к болезни интеллектуально-мнестических расстройств в рамках психоорганического синдрома больные обследовались описанными в предыдущей главе экспериментально-психологическими методиками. Обследование проводилось однократно, перед выпиской пациентов из стационара. Оценка выраженности интеллектуально-мнестических расстройств у больных на момент обследования давала возможность сравнить полученные данные с результатами методик, оценивающих отношение к болезни и структуру защитного реагирования.

Полученные результаты исследования зрительно-моторной координации у обследованных больных представлены в таблице 3.

Табл.3. Результаты исследования зрительно-моторной координации у больных алкоголизмом (по данным методики "Бендер-тест")

Класс	% соотношение к общему числу больных (n=110чел)	VIP-баллы + M-m	St-баллы + M-m
Всего	100,0%	19,3-1,06	17,0-1,01
органических нарушений нет	62,8%	16,7-1,24	18,7-1,3
пограничные результаты	10,6%	19,1-1,95	12,9-1,74
органические нарушения есть	26,6%	25,4-2,22	14,6-2,01

В таблице 3 указаны основные параметры выполнения заданий, используемые при обработке результатов (суммарное количество балльных оценок по стандартному (St) и заштрихованному (BIP) бланкам) и заключительные выводы, относительно этих результатов (о наличии или отсутствии органических нарушений), полученные в соответствии с критериями, описанными в основном руководстве (Canter A., 1976).

Как видно из таблицы, почти у трети больных были обнаружены нарушения зрительно-моторной координации, квалифицированные как органические. При этом, указанные нарушения были, по-видимому, связаны не только с нарушениями праксиса, что проявлялось в дополнительных штрихах и точках, сопровождающих рисование фигур и объясняющихся наличием тремора, но и в нарушениях восприятия, что приводило к искажению изображения заданных фигур.

Исследование характеристик мнестической деятельности различной модальности у больных алкоголизмом показало следующее. При сравнении данных экспериментального изучения кратковременной памяти зрительной модальности с помощью теста визуальной ретенции (Бентон-тест) было выявлено значительное сокращение объема памяти у исследованных больных, по-сравнению со здоровыми испытуемыми. Как видно из таблицы 4, здоровые испытуемые из 10 последовательно предъявляемых карточек с геометрическими фигурами правильно воспроизводят в среднем 8, а больные алкоголизмом - в среднем около 6. При этом, необходимо отметить, что увеличение числа ошибок у больных сопровождается изменением их качественного состава. Так, если "у здоровых испытуемых типичными являются ошибки опущения и деформации при воспроизведении более

Табл.4. Результаты исследования зрительной памяти у больных алкоголизмом и здоровых испытуемых (методика Бентон-тест")

	больные (n=110) M-m	здоровые ¹ (n=37) M-m	достов. различий
Оценка	5,8-0,2	7,75-0,2	p<0,01
Сумма ошибок	6,1-0,3	2,9 -0,26	p<0,01
В том числе:			
опущения	2,3-0,25	0,25-0,09	p<0,01
деформации	1,3-0,14	1,27-0,17	
персеверации	0,8-0,11	0,40-0,10	p<0,05
смещения	0,7-0,14	-	
ротации	1,1-0,14	0,72-0,13	

сложных изображений" (Якунина О.Н., 1987), то у исследованных больных преобладающими являются ошибки персеверации и опущения при воспроизведении как простых, так и сложных изображений.

При сравнении данных экспериментального изучения кратковременной памяти слуховой модальности с помощью методики "Запоминание 10 слов" также было выявлено значительно сокращение объема памяти у исследованных больных. Так, в среднем по группе больные запоминали 8,43 слов с 5 предъявлений, тогда как нормальным считается запоминание 10 слов с 4-5 предъявлений (p<0,01) (Блейхер В.М., Крук И.В., 1986), а вообще 10 слов (с 10 предъявлений) смогли запомнить только 61,2% больных.

Т.о. результаты исследования, направленного на оценку сос-

¹По данным Якуниной О.Н., 1987.

тояния интеллектуально-мнестических функций у больных алкоголизмом на момент обследования выявило значительные отклонения показателей как зрительной, так и слухо-речевой памяти от нормативных. Помимо этого, у значительной части больных были выявлены нарушения зрительно-моторной координации. Несмотря на различие модальностей исследованных психических процессов, выявленные корреляционные связи между результатами этих трех методик свидетельствуют о том, что указанные нарушения в основе своей едины. Так, была выявлена прямая зависимость между суммой ошибок при запоминании геометрических фигур по Бентон-тесту и величиной ошибок выполнения заданий по Бендер-тесту ($r=0,25$, $p<0,05$), а также с количеством предъявлений, необходимым для запоминания 10 слов ($r=0,23$, $p<0,05$). При этом следует отметить, что большинство обследуемых в процессе лечения получали препараты стимулирующие интеллектуально-мнестические функции (ноотропные препараты). В связи с этим, результаты этого исследования свидетельствуют о том, что нарушения ряда интеллектуальных функций у больных во 2 стадии алкоголизма уже значительно выходят за рамки нормы и только частично поддаются терапевтической коррекции.

3.1.2. Исследование мотивации потребления алкоголя

Результаты исследования мотивации потребления алкоголя с помощью методики МПА по всей группе исследованных больных представлены в таблице 5 и рисунке 1. В диаграмме представлено процентное распределение суммарных балльных оценок мотивов потребления алкоголя по группам: социально-психологические, личностно-

Мотивы потребления алкоголя

у больных алкоголизмом

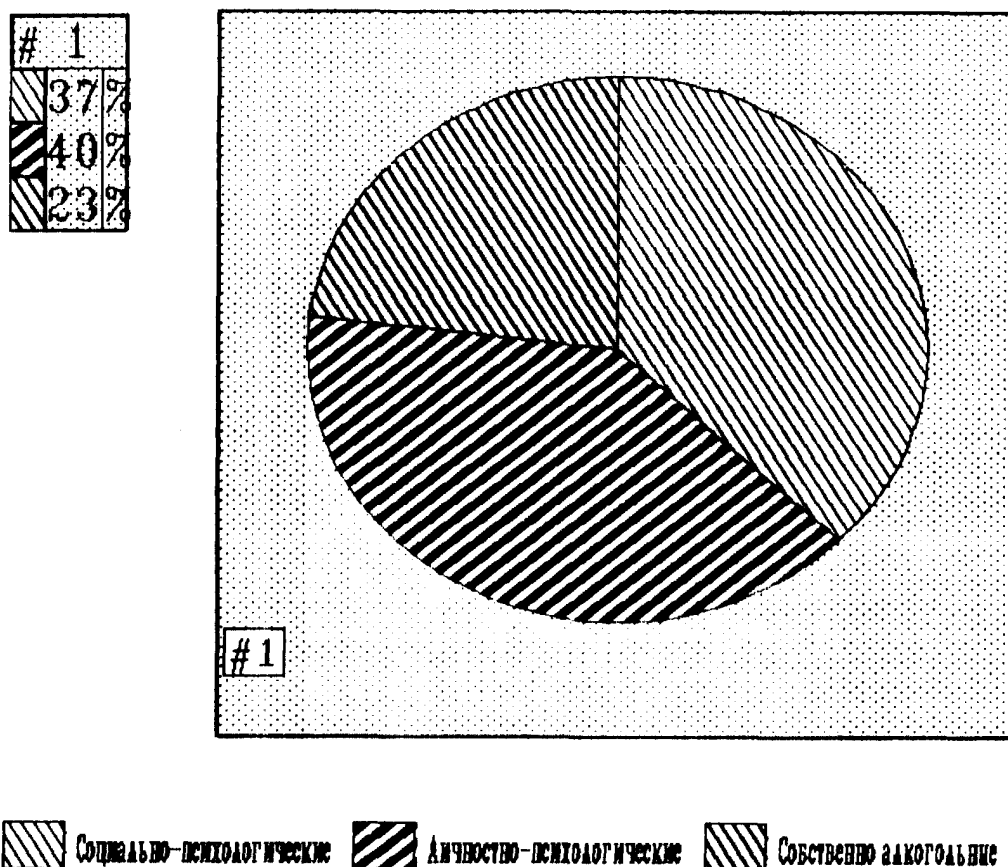


Рис.1. Диаграмма процентного распределения суммарных балльных оценок мотивов потребления алкоголя у больных алкоголизмом

психологические и собственно алкогольные мотивы.

Из рисунка 1 видно, что в целом по группе у больных преобладают мотивы социально-психологические и личностно-психологические, собственно алкогольные мотивы представлены значительно меньше.

Распределение типов мотивов внутри этих подгрупп (табл.5), показывает, что наиболее высокие средние значения имеются по шкалам традиционных, гедонистических и атарактических мотивов; собственно алкогольные мотивы представлены в основном "похмельной" мотивацией. Такое распределение мотивов в общей структуре мотивации потребления алкоголя по данным автора методики (Завьялов В.Ю., 1988) является типичным для больных алкоголизмом и отражает общую мотивационную структуру этого потребления. Табл.5. Средние значения балльных оценок мотивов потребления алкоголя по всей группе исследованных больных (n=110 чел)

Типы мотивов	M-m
Социально-психологические	
традиционные	9,0-0,49
субмиссивные	6,2-0,47
псевдокультурные	7,2-0,45
Личностно-психологические	
гедонистические	8,1-0,49
атарактические	8,6-0,55
гиперактивации поведения	7,1-0,48
Собственно алкогольные	
"похмельные"	6,8-0,48
аддиктивные	4,4-0,45
самоповреждения	2,7-0,37

ления на данном этапе заболевания. В целом данные отражают высокий уровень мотивации приема алкоголя за счет личностных потребностей, реализующихся при "посредничестве" алкоголя, которые маскируются традициями и "питейными обычаями".

Сравнение этих результатов с некоторыми клиническими признаками показало следующее. Не было выявлено никаких различий между средними значениями балльных оценок, сравниваемых по типам течения болезни. Сравнение же подгрупп с различной скоростью формирования ААС продемонстрировало большую выраженность аддитивных мотивов в подгруппе с наибольшей скоростью формирования ААС (5,8 баллов, при скорости формирования ААС менее чем за 4 года и 3,8 баллов, при скорости формирования ААС более чем за 8 лет), что закономерно отражает влияние выраженного влечения к алкоголю на скорость формирования ААС.

При сравнении подгрупп с различной формой пьянства мотивами потребления алкоголя значимо различающимися эти подгруппы оказались субмиссивные (отражают подверженность влиянию давления оказываемого в референтной группе), которые наибольших величин достигли в подгруппе с непостоянным пьянством (9,0) по сравнению с остальными подгруппами (постоянная форма 6,8, псевдозапойная 5,5, запойная 5,3) ($p < 0,01$). Последнее свидетельствует по-видимому о том, что непостоянная форма пьянства, является более доброкачественным вариантом течения болезни и поэтому в ней в большей степени, чем в остальных представлена группа социально-психологических мотивов, тогда как более тяжелые формы – постоянная и запойная – больше связаны с личностно-психологическими и собственно алкогольными мотивами.

В процессе исследования была выявлена также зависимость мотивации потребления алкоголя от длительности заболевания и числа госпитализаций. Результаты сравнений по этим признакам отражены в таблицах 6 и 7.

Табл.6. Зависимость представленности различных мотивов потребления алкоголя от длительности заболевания

Виды мотивов	Длительность заболевания			Достоверность разл
	<7лет	7..10 лет	>10лет	
	А	В	С	
традиционные	10,8	7,8	6,9	АС**
субмиссивные	7,5	4,9	5,1	АВ**, ВС**
гедонистические	9,3	7,3	6,5	АС*
аатарактические	9,8	7,5	7,5	
гиперактивации поведения	8,3	6,3	5,7	АС*

Примечание: *— $p < 0,05$, **— $p < 0,01$

Как видно из таблицы 6, начало заболевания характеризуется большей представленностью почти всех социально-психологических и всех личностно-психологических мотивов по-сравнению с другими подгруппами. Это подтверждает мнение ряда авторов (Братусь Б.С., 1988; Немчин Т.А., Цыцарев С.В., 1989 и др.) о разнообразии мотивов потребления алкоголя на начальной стадии заболевания и о сужении их спектра и все большим преобладанием собственно алкогольных мотивов по мере его развития.

Как видно из таблицы 7, число госпитализаций, которое оказалось связано с длительностью заболевания, в целом отражает то же уменьшение представленности социально-психологических и

лично-психологических мотивов по мере увеличения числа госпитализаций: при первичной госпитализации в общей мотивацион-

Табл.7. Зависимость представленности различных мотивов

потребления алкоголя от числа госпитализаций

Виды мотивов	Госпитализации			Достоверность различий
	первичная	повторная	многократная	
	А	В	С	
традиционные	10,3	9,1	4,7	АС**, ВС**
субмиссивные	6,7	6,3	4,3	АС*
псевдокультурные	7,5	8,3	5,0	АС*, ВС*
гедонистические	8,6	9,6	4,7	АС**, ВС**
гиперактивации поведения	7,0	8,6	5,7	ВС*
"похмельные"	6,8	8,7	4,6	ВС*

ной структуре потребления алкоголя в наибольшей степени представлены традиционные мотивы, а также другие мотивы социально-психологической группы. Из лично-психологических мотивов "наибольшим весом" обладают мотивы гедонистические и мотивы гиперактивации поведения. В подгруппе же с многократными госпитализациями общая балльная оценка всех задействованных мотивов значительно меньше, при этом распределение и лично-психологических и социально-психологических мотивов одинаково незначительно. В подгруппе с повторной госпитализацией, в которую, в основном, попали больные со средней длительностью заболевания, наравне с другими значительно представлены и "похмельные" мотивы, величина которых отражает большую "задействованность" этой мотивации в период расцвета заболевания.

При сравнении балльных оценок видов мотивов по длительности ремиссии после обследования, оказалось, что срыв в течение первого полугодия произошел у тех пациентов, в структуре мотивации которых преобладали атарактические мотивы и мотивы самоповреждения. Выраженность этих мотивов у них по сравнению больными, с ремиссией более полугодом после обследования была значительно выше (атарактические мотивы 9,8 и 6,5 соответственно, и мотивы самоповреждения 4,1 и 1,5) ($p < 0,05$).

Резюмируя вышеизложенное следует отметить, что результаты обследования по этой методике в первую очередь продемонстрировали зависимость от динамики течения болезни, ее длительности. Они показали изменчивость мотивационной структуры потребления алкоголя, которая проявляется не столько общим ростом мотивационного напряжения в процессе развития болезни, сколько перераспределением удельного веса мотивов потребления алкоголя в общей структуре мотивации, снижением значимости социально-психологических мотивов и постепенным преобладанием мотивов личностно-психологических и собственно алкогольных.

3.1.3. Исследование типа отношения к болезни

Результаты исследования типа отношения к болезни по всей группе исследованных больных представлены в таблице 8. В таблице указаны средние оценки суммарных значений диагностических коэффициентов по типам отношений к болезни.

При рассмотрении распределения по шкалам типов отношения к болезни выделяется преобладание у больных алкоголизмом гармо-

Табл.8. Средние оценки суммарных значений диагностических коэффициентов опросника ТОБОЛ (n=110) у больных алкоголизмом.

Типы отношения к болезни		Шкальные оценки $M \pm m$
1	гармоничный	$17,9 \pm 1,57$
Б	эргопатический	$18,2 \pm 1,33$
л	анозогнозический	$10,9 \pm 1,25$
о		
к		
2	тревожный	$7,8 \pm 0,80$
Б	ипохондрический	$7,8 \pm 0,62$
л	неврастенический	$6,5 \pm 0,53$
о	меланхолический	$3,0 \pm 0,53$
к	апатический	$2,1 \pm 0,32$
3	сенситивный	$16,0 \pm 1,00$
Б	эгоцентрический	$7,1 \pm 0,44$
л	паранойяльный	$3,5 \pm 0,28$
о	дисфорический	$3,0 \pm 0,40$
к		

ничного, эргопатического и сенситивного типов отношения к болезни, со значительно меньшей выраженностью анозогнозического типа. Средняя величина по нему превышает оценки, полученные по другим типам отношения к болезни, но заметно ниже величин ведущих шкал в этом распределении. Полученные результаты оказались аналогичны данным исследования проведенного Б.М.Гузиковым, В.М.Зобневым и Л.В.Клочковой (1990).

В целом, по усредненному профилю группы у исследованных больных может быть диагностирован смешанный тип отношения к болезни – эргопатически-анозогнозически-сенситивный. (По правилам, если в диагностическую зону наряду с другими шкалами по-

падает шкала гармоничного типа, то она исключается из рассмотрения как составляющая. (См. Вассерман Л.И., Иовлев Б.И., Карпова Э.Б., Вукс А.Я., 1987. В связи с этим, в дальнейшем во всех аналогичных случаях гармоничный тип при обсуждении будет опускаться).

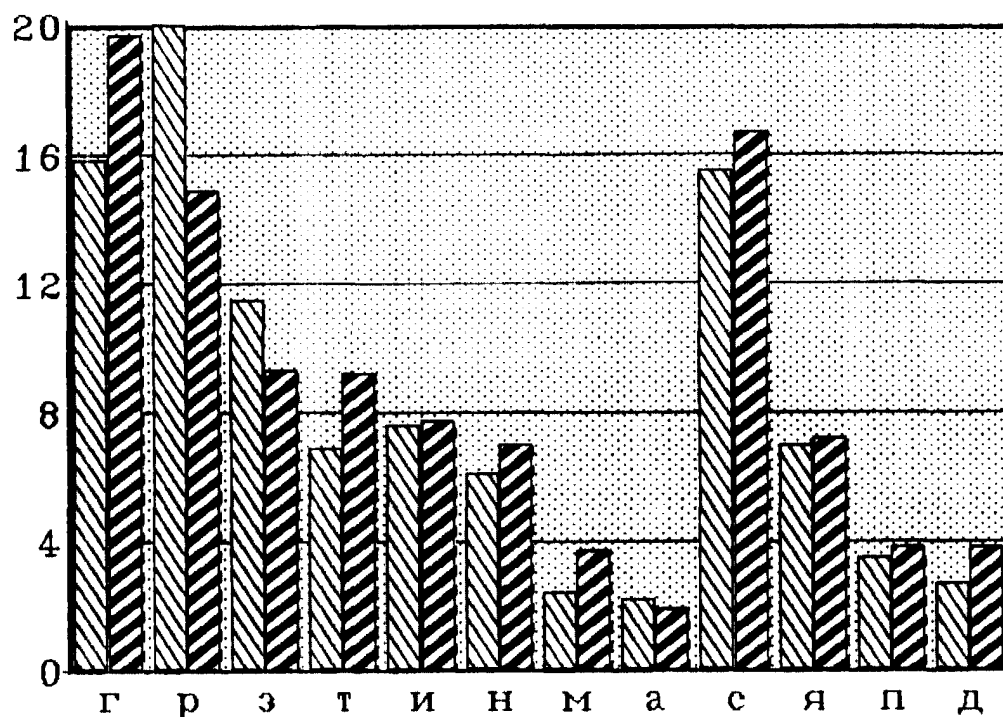
Основными чертами этого смешанного типа являются "уход от болезни в работу", со сверхответственным, одержимым, стеничным отношением к работе, чрезмерной озабоченностью о возможном неблагоприятном впечатлении, которое может произвести на окружающих сведения о болезни и активным отбрасыванием мыслей о болезни. Таким образом, с одной стороны мысли о болезни активно отрицаются, а с другой частично принимаются, что делает такой тип отношения явно противоречивым и внутренне конфликтным.

Далее для решения задач исследования представлялось целесообразным рассмотреть факторы, влияющие на формирование системы отношений личности больных и связанные непосредственно с болезненным процессом.

Попытки найти зависимость между типом течения алкогольной болезни и результатами полученными по методике ТОБОЛ не дали значительных результатов: деление на подгруппы по типам течения сохранило "двугорбый" характер профиля, с пиками по шкалам эргопатического и сенситивного типов отношения к болезни. При этом, ни по одному типу не было выявлено статистически значимых различий. Однако из рис. 2 видно, что по ряду шкал ТОБОЛ подгруппы с умереннопрогредиентным и выраженнопрогредиентным типами течения (злокачественный тип наблюдался только у 2,1% больных, поэтому в исследовании не рассматривался) отличаются друг от

Типы отношения к болезни

в зависимости от типа течения болезни



 умереннопрогрессирующий
  выраженнопрогрессирующий

Рис.2. Усредненные профили опросника ТОВОЛ в зависимости от типа течения болезни. По оси абсцисс – типы отношения к болезни, по оси ординат – суммарные значения диагностических коэффициентов. Г-гармоничный, Р-эргопатический, Э-анозогнозический, Т-тревожный, И-ипохондрический, Н-неврастенический, М-меланхолический, А-апатический, С-сенситивный, Я-эгоцентрический, П-паранойяльный, Д-дисфорический

друга. Это различие заключается в основном, в перераспределении значений балльных оценок сенситивного и эргопатического типов отношения. Так, больные с умереннопрогредиентным типом течения демонстрируют эргопатически-сенситивный тип отношения, а больные с выраженнопрогредиентным типом течения - сенситивно-эргопатический, что объясняется у них более выраженным страхом неблагоприятного впечатления последствий болезни не окружающих и меньшей способностью находить забвение в работе от этого страха. У этих же больных значительно увеличен тревожный компонент отношения к болезни, и менее выражен анозогнозический. Последнее, по-видимому, связано с более очевидными для больного с выраженнопрогредиентным типом течения болезни проявлениями болезни, что затрудняет ее "отрицание".

Подтверждение этому было найдено и в результатах исследования зависимостей между шкальными величинами опросника ТОБОЛ и скоростью формирования ААС: величина анозогнозического типа отношения прямопропорционально уменьшалась с возрастанием скорости формирования ААС (при скорости формирования ААС более чем за 8 лет она равнялась 19,2, при скорости формирования ААС от 4 до 8 лет - 16,6, а при формировании ААС менее чем за 4 года - 14,1).

Результаты сравнения суммарных оценок диагностических коэффициентов по такому клиническому признаку как форма пьянства продемонстрированы в таблице 9.

Результаты показывают, что и в зависимости от формы пьянства в распределениях суммарных оценок ТОБОЛ сохраняются ведущими такие типы отношения к болезни как эргопатический, анозогнозический и сенситивный. Однако бросается в глаза резкое уменьшение

Табл. 9. Сравнение величин суммарных значений диагностических коэффициентов опросника ТОВОЛ в зависимости от формы пьянства

Тип отношения к болезни	Форма пьянства				Достовер- ность раз- личий
	А	В	С	Д	
	Постоян- ная	Непосто- янная	Псевдоза- пойная	Запойная	
	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	
гармоничный	14,5 4,4	14,1 4,3	16,7 2,6	20,0 3,1	
эргопатический	15,8 4,2	17,5 2,7	16,3 2,1	21,4 2,7	
анозогнозичес- кий	16,8 4,4	14,4 4,6	9,4 1,9	7,4 1,8	AD*
Блок 1.Суммар- ная оценка	47,1 8,7	46,0 6,8	42,4 4,9	48,9 5,7	
тревожный	5,1 1,8	8,5 3,2	8,7 1,4	8,7 1,5	
ипохондрический	6,9 2,4	7,5 2,0	8,0 1,1	8,0 1,1	
неврастеничес- кий	6,3 0,9	4,2 1,8	6,6 0,7	7,3 1,1	
меланхолический	2,5 1,2	3,4 2,8	2,8 0,8	3,7 1,1	
апатический	3,0 0,9	0,8 0,5	1,8 0,5	2,2 0,7	AB*
Блок 2.Суммар- ная оценка	23,7 6,0	24,4 9,8	27,9 3,3	29,9 4,4	
сенситивный	14,6 3,3	15,8 3,2	17,3 1,9	15,6 1,8	
эгоцентричес- кий	6,0 1,2	7,0 1,4	7,5 0,9	7,2 0,8	
паранойяльный	3,6 0,8	2,9 0,8	3,4 0,5	4,0 0,5	
дисфорический	3,0 0,8	2,0 1,0	2,5 0,5	4,1 0,9	
Блок 3.Суммар- ная оценка	27,2 4,4	27,7 5,8	30,8 2,7	30,8 3,2	

Примечание: * - $p < 0,05$.

величины анозогнозического типа у больных с запойной и псевдозапойной формами пьянства. Диагностированный тип отношения у них является эргопатически-сенситивным, с явным преобладанием у лиц с запойной формой эргопатического типа. У больных же с постоянной и непостоянной формами пьянства тип отношения к болезни оказался аналогичным полученному в целом по группе - анозогнозически-эргопатически-сенситивным. Таким образом оказалось, что больные с запойной и псевдозапойной формами пьянства обладают более благоприятным типом отношения к болезни по сравнению с больными с постоянной и непостоянными формами, т.к. во-первых, отрицание болезни менее выражено, а во-вторых, сочетание ухода от болезни в работу и боязнь осуждения в связи с болезнью не являются внутренне противоречивыми и конфликтными.

Результаты сравнения суммарных оценок диагностических коэффициентов по величине длительности заболевания продемонстрировано в таблице 10.

Как видно из таблицы, с ростом длительности заболевания увеличивается величина гармоничного и эргопатического типов отношения к болезни ($p < 0,05$), выраженность же анозогнозического типа заметно уменьшается. При этом у больных, имеющих стаж заболевания менее 10 лет, тип отношения к болезни (определяемый по усредненному профилю) определяется как эргопатически-анозогнозически-сенситивный, а у лиц со стажем заболевания более 10 лет, а у пациентов более 10 лет как эргопатически-сенситивный. Тем самым, результаты оказались аналогичны тем, которые были получены при исследовании зависимости типа отношения к болезни от формы пьянства, однако причины оказавшие влияние на значительное умень-

Табл.10. Сравнение величин суммарных значений диагностических коэффициентов опросника ТОВОЛ в зависимости от длительности заболевания у больных алкоголизмом

Тип отношения к болезни	Длительность заболевания			Достовер- ность раз- личий
	А <7 лет	В от 7 до 10 лет	С >10 лет	
гармоничный	15,3	15,3	20,6	
эргопатический	15,5	15,3	23,0	АС*, ВС*
анозогнозический	11,1	11,7	8,6	
Блок 1. Суммар- ная оценка	41,8	42,4	52,3	
тревожный	8,6	7,6	7,9	
ипохондрический	8,1	7,1	7,9	
неврастенический	5,9	5,7	7,9	
меланхолический	3,9	3,3	2,0	
апатический	2,1	2,3	1,9	
Блок 2. Суммар- ная оценка	28,5	26,0	27,6	
сенситивный	16,2	13,7	17,7	
эгоцентрический	7,4	6,0	7,6	
паранойяльный	2,9	3,5	4,3	
дисфорический	2,1	3,4	3,8	
Блок 3. Суммар- ная оценка	28,7	26,7	33,4	

Примечание: * - $p < 0,05$

шение величины анозогнозического типа в том и другом случае разные. Так, уменьшение отрицания болезни при запойном пьянстве связано вероятно с большей очерченностью "темных" и "светлых" промежутков в связи с чем, для больного последствия злоупотребления становятся более очевидными, как и при выраженнопрогредиентном типе течения. Влияние же на выраженность отрицания болезни длительности заболевания скорее всего является следствием "привыкания" к мыслям о болезни.

Подтверждение этому было найдено в исследовании зависимостей типа отношения к болезни от числа предшествующих госпитализаций. Результаты исследования отражены в рисунке 3.

Как видно из рисунка, у больных с многократной госпитализацией величина анозогнозического типа значительно меньше чем у больных с первичной и вторичной госпитализациями. Большая частота госпитализаций нашла отражение и в других "позитивных" значениях профиля: более трезвой оценкой своего состояния (Г), уменьшением страха осуждения (С), снижением беспокойства и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни (Т). Дальнейший анализ профиля показывает, что у впервые госпитализированных пациентов по сравнению с пациентами других групп отмечается наименьшая величина гармоничного типа, ведущими в профиле являются типы эргопатический, анозогнозический и сенситивный. В группе пациентов госпитализированных повторно, анозогнозический из этих типов выпадает и добавляются повышения балльных оценок по типам 2 и 3 блока, таким как тревожный, невротический, апатический, и дисфорический, по которым достигаются максимальные величины, по сравнению с пациентами других подгрупп. Последнее по-

В зависимости от числа госпитализаций

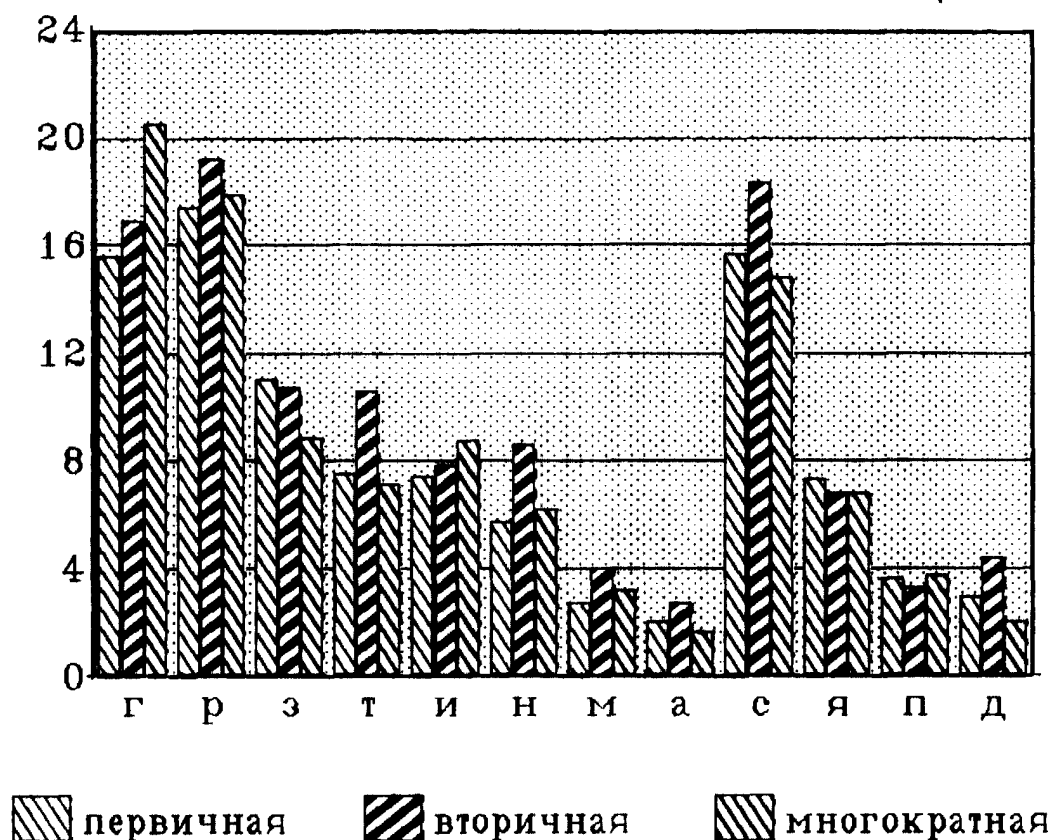


Рис.3. Усредненные профили опросника ТОБОЛ в зависимости от числа госпитализаций. По оси абсцисс – типы отношения к болезни, по оси ординат – суммарные значения диагностических коэффициентов. Г – гармоничный, Р – эргопатический, З – анозогнозический, Т – тревожный, И – ипохондрический, Н – неврастенический, М – меланхолический, А – апатический, С – сенситивный, Я – эгоцентрический, П – паранойальный, Д – дисфорический

казывает, что по-видимому, повторная госпитализация является для пациента наиболее травматичной, т.к., если при первой госпитализации больной может убеждать себя, что он здоров и его помещение в клинику ошибочно, то убедить себя в этом во второй раз оказывается более проблематично.

Изучение зависимости отношения к болезни от длительности ремиссий проводилось по двум параметрам: длительность ремиссий в прошлом, до настоящего обследования и длительность ремиссии после обследования.

Результаты сравнения суммарных оценок диагностических коэффициентов по длительности предшествующих ремиссий отражены в таблице 11.

Как видно из таблицы, длительность ремиссий в прошлом также оказалась динамически связана с отношением к болезни. Это отразилось как в изменении самих профилей, так и при сравнении суммарных значений по 1, 2 и 3 блокам, которые демонстрируют тенденцию к увеличению адаптивных способов реагирования больными с большей длительностью ремиссий в прошлом. Так, удельный вес 1 блока является наибольшим в подгруппе с ремиссиями более 2 лет. Эта разница возникает за счет суммарного возрастания величин гармоничного и эргопатического типов. Одновременно в этой подгруппе отмечается уменьшение суммарных величин 2 и 3 блока. При этом в целом по группе заметно уменьшается величина сенситивного типа отношения к болезни по мере увеличения длительности ремиссии.

Сравнение пациентов по длительности ремиссии после обследования продемонстрировало те же самые тенденции. Как видно из

Табл.11. Сравнение величин суммарных значений диагностических коэффициентов опросника ТОБОЛ в зависимости от длительности предшествующих ремиссий

Тип отношения к болезни	Длительность ремиссий				Достовер- ность раз- личий
	A	B	C	D	
	Не было М	До 6 мес М	От 6 мес до 2 лет М	Более 2 лет М	
гармоничный	14,4	13,5	23,3	21,6	
эргопатический	19,0	15,2	12,6	22,0	
анозогнозический	12,2	7,3	11,6	11,0	
Блок 1.Суммар- ная оценка	45,7	36,0	47,5	54,7	
тревожный	8,0	11,6	5,3	5,5	BC*,BD*
ипохондрический	7,5	8,3	8,3	7,3	
неврастенический	6,3	7,4	7,2	5,3	
меланхолический	3,9	3,9	1,6	1,9	
апатический	2,6	2,1	2,4	1,3	
Блок 2.Суммар- ная оценка	28,3	33,4	24,8	21,3	
сенситивный	17,2	17,8	13,4	13,7	
эгоцентрический	7,3	7,8	6,4	6,4	
паранойяльный	4,0	3,4	3,4	3,2	
дисфорический	3,2	4,0	2,0	2,1	
Блок 3.Суммар- ная оценка	31,8	33,1	25,2	25,4	

Примечание: * - $p < 0,05$

рисунка 4 у пациентов, сохранивших ремиссию более года ведущим в профиле оказался эргопатический тип. У пациентов с ремиссией менее года (сорвавшихся в течение года после обследования) ведущим в профиле был сенситивный тип. У них же отмечено преобладание тревожного и ипохондрического типов. Т.о. больные со стеничным, упорным отношением к работе, находящие для себя в ней лекарство от болезни тем самым способны более длительно сохранять трезвость. И наоборот, пациенты не способные с помощью работы отвлекаться от своих проблем, во главу угла ставящие мнение окружающих о себе и своей болезни, мнительные, тревожные, не верящие в возможность благоприятного исхода имеют меньше шансов на длительную ремиссию. При этом обращает на себя внимание, что величина анозогнозического типа и в том и в другом случае не попала в диагностическую зону, поэтому этот тип не диагностировался. Т.о. можно предположить, что выраженность анозогнозического типа не относится к признакам, обладающим первостепенной важностью при прогнозировании длительности ремиссии.

Как уже было сказано, помимо показателей, отражающих динамику течения болезни, у пациентов клинически оценивались и такие признаки как наличие аффективной патологии и изменений личности, как преморбидных, так и наступивших в результате болезни.

Результаты сравнения суммарных оценок диагностических коэффициентов в зависимости от наличия личностных девиаций в преморбиде не показало каких-либо зависимостей между наличием или отсутствием у пациентов акцентуаций характера и типом отношения к болезни. Распределение оценок у указанных подгрупп было практически одинаковым. Напротив, сравнение данных ТОБОЛ в зависимости

в зависимости от длительности ремиссии

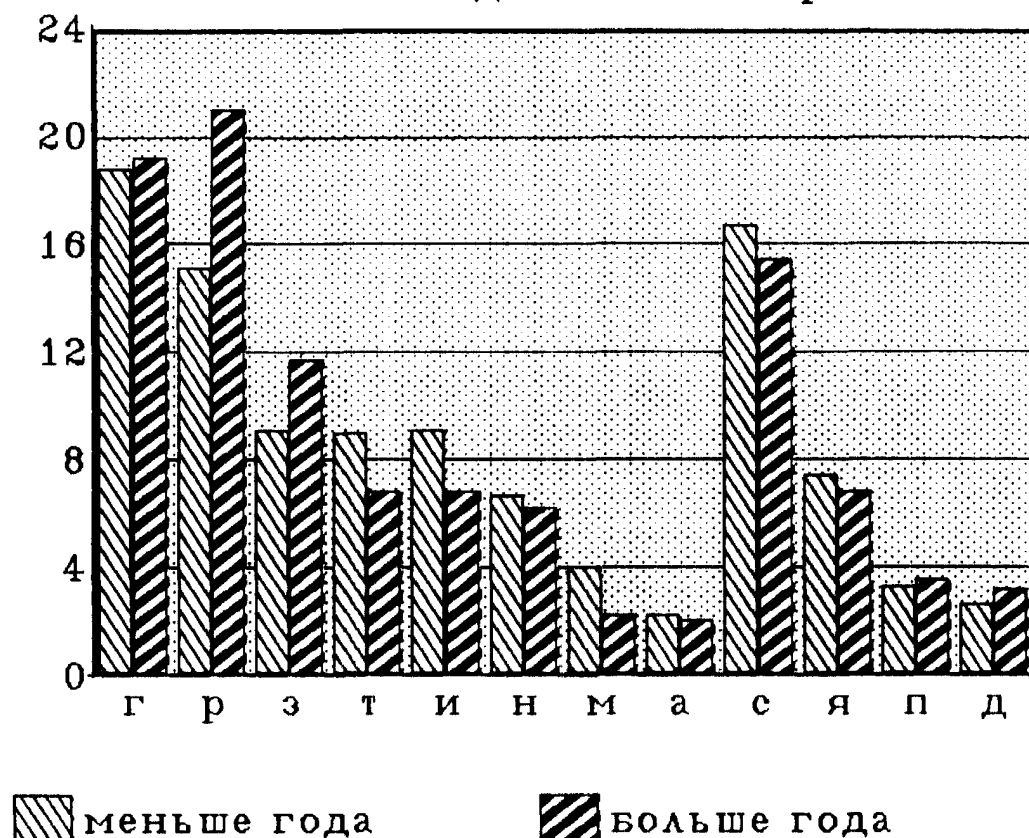


Рис.4. Усредненные профили опросника ТОБОЛ в зависимости от длительности ремиссии после обследования. По оси абсцисс - типы отношения к болезни, по оси ординат - суммарные значения диагностических коэффициентов. Г - гармоничный, Р - эргопатический, Э - анозогнозический, Т - тревожный, И - ипохондрический, Н - неврастенический, М - меланхолический, А - апатический, С - сенситивный, Я - эгоцентрический, П - паранойяльный, Д - дисфорический

от изменений личности приобретенных в результате болезни продемонстрировало большое число статистически значимых различий. Результаты представлены в таблице 12.

Табл.12. Сравнение величин суммарных значений диагностических коэффициентов опросника ТОБ в зависимости от наличия изменений личности, приобретенных в процессе болезни у больных алкоголизмом

Тип от- ношения	Изменения личности				Досто- вер- ность различ:
	Отсутствуют А	Астенические В	Психопато- подобные С	Психоорга- нические D	
гармоничный	18,1	16,5	20,5	11,6	
эргопатический	19,7	21,0	18,0	12,3	BD*
анозогнозический	12,2	10,9	10,2	8,7	AD*
Блок 1. Суммар- ная оценка	50,0	48,3	48,7	32,6	CD*
тревожный	4,4	8,5	8,2	10,4	AD*
ипохондрический	4,9	8,3	7,2	10,4	AD**
неврастенический	6,1	5,8	5,7	8,9	CD*
меланхолический	1,1	2,5	2,6	6,4	AD*, BD*, CD*
апатический	1,3	1,5	1,6	4,2	AD*, BD**, CD*
Блок 2. Суммар- ная оценка	17,7	26,7	25,4	40,3	AD**, CD*
сенситивный	11,6	16,8	15,7	19,3	AD*
эгоцентрический	5,4	7,5	6,9	8,3	
паранойяльный	2,7	4,3	3,3	3,6	
дисфорический	2,6	2,5	2,4	5,1	CD*
Блок 3. Суммар- ная оценка	22,3	31,2	28,3	36,2	AD*

Примечание: *— $p < 0,05$, **— $p < 0,001$.

Как видно из таблицы, наибольшие изменения наблюдаются у пациентов с расстройствами личности, типичными для психоорганического синдрома, которые резко отличаются как от пациентов, с психопатоподобными и астеническими личностными нарушениями, так и от пациентов, у которых личностные изменения отсутствуют вовсе. Так, пациенты с психоорганическими расстройствами имеют наименьшую суммарную оценку по 1 блоку типов отношения (Г,Э,З типы отношения), характеризующемуся отсутствием социальной дезадаптации в связи с болезнью. Напротив типы 2 блока, т.е. типы реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный (Т), ипохондрический (И), неврастенический (Н), меланхолический (М) и апатический (А) оказались представлены в этой подгруппе в наибольшей степени. Результаты пациентов из двух других подгрупп: с астеническими и психопатоподобными расстройствами по этим показателям обнаруживают сходные результаты, отражающие большую эмоционально-аффективную вовлеченность в процесс адаптации к болезни. Так, величина суммарных диагностических коэффициентов по "Т" типу отношения в подгруппе больных с психоорганическими нарушениями превышает эту же величину в подгруппе пациентов без личностных расстройств более чем в два раза. Аналогичная закономерность отмечается и по ипохондрическому, меланхолическому и апатическому типам. Из суммарных оценок 3 блока самые значительные различия отмечаются по типам сенситивному, который достигает наибольших величин у пациентов с психоорганическими расстройствами личности и дисфорическому, величина которого превышает балльные оценки пациентов других подгрупп в два раза.

Таким образом, оказалось, что пациенты с психоорганичес-

кими изменениями личности по данным методики ТОВАЛ наиболее отличаются от пациентов, у которых в клинике не отмечается личностных нарушений или отмечаемые расстройства квалифицируются как психопатоподобные или астенические. Это отличие характеризуется в основном наличием большей личностной дезадаптации в связи с болезнью у больных с психоорганическими изменениями личности по сравнению с пациентами других подгрупп.

Дополнительно в исследовании проводилась оценка наличия связей между выраженностью аффективных нарушений и результатами методики ТОВАЛ. Расстройства аффективной сферы оценивались врачами по следующим градациям: отсутствие расстройств, умеренно-выраженные и значительно-выраженные по таким параметрам как тревога, внутреннее напряжение, снижение настроения, дисфория, апатия, эйфория, дистимия. Т.к. по всей группе больных в процессе обследования было выявлено только 1-3 человека со значительно выраженными аффективными расстройствами, при статистическом анализе результаты пациентов со значительно-выраженными аффективными расстройствами не учитывались. Наиболее статистически значимые ($p < 0,05$; $p < 0,01$) результаты этого анализа показаны в табл.13.

Из таблицы 13 видно, что из тех типов отношения к болезни, которые ранее были наиболее всего связаны с различными клиническими признаками (эргопатический, сенситивный и тревожный) оказались зависимы от аффективных нарушений только анозогностический и тревожный типы. При этом, выраженность этих типов была непосредственно и полярно связана с наличием в психическом статусе больных внутреннего напряжения. Исходя из этого, наличие умеренно-выраженного внутреннего напряжения у больных с одной стороны

Табл.13. Изменения диагностических коэффициентов некоторых типов отношения к болезни в зависимости от наличия в психическом статусе аффективных нарушений.

Типы отношения к болезни	Аффективные нарушения		Достов.
	отсутствуют	умеренновыражены	
ТРЕВОГА			
меланхолический	2,4	4,9	*
ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ			
анозогнозический	12,9	6,5	*
тревожный	6,0	11,5	*
ипохондрический	6,4	9,7	*
меланхолический	1,9	4,4	**
ДИСФОРΙΑ			
эгоцентрический	6,5	9,3	*
ЭИФОРΙΑ			
гармоничный	18,8	5,9	**
апатический	1,9	4,8	*
ДИСТИМИЯ			
тревожный	7,0	12,1	*
меланхолический	2,1	6,7	**
апатический	1,8	3,4	*

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

можно расценить как благоприятный признак, приводящий к уменьшению отрицания болезни, а с другой, как неблагоприятный, вызываю-

щий возрастание тревожной мнительности и неуверенности в благоприятном исходе болезни и правильности лечения. К этому следует добавить, что наличие в статусе дистимии также приводит к возрастанию величины тревожного типа. С другой стороны даже умеренно-выраженная эйфория приводит к резкому уменьшению способности к трезвой оценке своего состояния (Г). Из этого следует, что наиболее позитивным для больного алкоголизмом следует считать некоторый баланс между выраженностью анозогнозического и тревожного типов и нормальным наличием в психическом статусе при выписке умеренновыраженного внутреннего напряжения и дистимии, тогда как эйфорическое, приподнятое настроение является безусловно неадекватным. Отсутствие каких-бы то ни было изменений выраженности эргопатического и сенситивного типов, до сих пор чутко реагировавших на изменения других признаков продемонстрировало их независимость от аффективной сферы. Также обращает на себя внимание тот факт, что при анализе не было выявлено никаких зависимостей между наличием в статусе аффективных нарушений и величиной сенситивного типа, который в других обследованиях был чувствителен к изменениям клинических признаков.

В заключение следует отметить, что при анализе полученных результатов по методике ТОБОЛ, у исследованных больных в профиле отношения к болезни наиболее представлены были такие типы как эргопатический, анозогнозический и сенситивный. При сопоставлении результатов по разным клиническим признакам именно по этим типам были отмечены наиболее значимые различия. При этом зависимость их от клинических признаков оказалась различной. Так, ано-

зогнозический тип, при котором мысли о болезни и ее возможных последствиях активно отбрасываются, очевидные факты отрицаются, а болезнь приписывается случайным обстоятельствам, необходимость и обоснованность лечения принижается, оказался непосредственно связан с давностью заболевания и его тяжестью. Наибольших величин он достигал на первых этапах лечения и у пациентов с более благоприятным типом течения болезни. Влияние его на длительность ремиссии оказалось незначительным. Напротив, эргопатический тип, для которого характерно сверхответственное, одержимое, стеничное отношение к работе, явившийся по большинству исследованных признаков антагонистом анозогнозическому типу показал себя, как хороший прогностический показатель длительности ремиссии. Особенностью сенситивного типа, для которого характерна чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни, ощущение неполноценности и боязнь пренебрежения, явилась значительная его величина (один из ведущих типов) и относительная стабильность и нечувствительность к изменениям различных клинических признаков. Т.о., его можно считать общим признаком, характеризующим в целом отношение к своей болезни этой нозологической категории.

3.1.4. Исследования механизмов психологической защиты по данным методики LSI

Исследование структуры защитных механизмов у больных алкоголизмом с помощью методики LSI проводилось по сырым оценкам, полученным по каждому виду защитных механизмов. Помимо отдельных значений по видам защитных механизмов подсчитывалась и сумма всех балльных оценок. Полученный суммарный показатель в дальнейшем будет называться степенью напряженности защиты (СНЗ).

Результаты сравнения средних значений первичных оценок и показателя СНЗ по группам больных алкоголизмом и здоровых испытуемых отражены в таблице 14.

Табл.14. Средние значения сырых оценок защитных механизмов у больных алкоголизмом и в контрольной группе

Шкалы LSI	Больные М ± m (n=110)	Контрольная гр. М ± m (n=140)	Достоверность различий
Отрицание	5,2-0,26	4,5 - 0,25	p<0,05
Вытеснение	4,1-0,22	4,0 - 0,20	
Регрессия	5,4-0,32	4,7 - 0,25	p<0,05
Компенсация	2,5-0,23	3,1 - 0,18	
Проекция	8,8-0,30	8,2 - 0,30	
Замещение	3,6-0,26	3,8 - 0,25	
Интеллектуализация	6,2-0,23	5,9 - 0,22	
Реактивные образования	3,0-0,20	3,1 - 0,18	
СНЗ	37,9-0,99	37,4 - 0,99	

Как видно из таблицы, наибольшие различия между группами были получены по таким видам защитных механизмов как "отрицание",

которое было значительно более выражено у больных алкоголизмом и "компенсация", которая, наоборот была менее выражена у больных алкоголизмом по-сравнению со здоровыми испытуемыми.

"Компенсация" является механизмом, который способствует уменьшению негативных эмоций, возникающих в результате нехватки чего-либо с помощью подмены объекта таким образом, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало этот недостаток. При этом в качестве объекта или действия может выступать все, что угодно (курение, фантазирование и т.д.). У больных алкоголизмом весь спектр компенсирующих объектов и действий резко сужен и обеднен за счет универсального компенсатора-алкоголя, что и отразилось в результатах исследования.

Большие величины "отрицания" по-сравнению со здоровыми испытуемыми можно рассматривать двояко. С одной стороны повышенная способность отрицать неудовлетворяющие факты окружающей действительности может являться одной из причин, по которой негативное воздействие алкоголя на личность может долго не замечаться и тем самым способствовать развитию болезни, с другой может являться результатом привычки использовать этот механизм уже в процессе болезни с тем, чтобы облегчить "укоры совести". Таким образом, остается неясным является ли выраженное "отрицание" следствием болезни или преморбидной чертой личности, способствующей ее возникновению. Следует, по-видимому, просто признать факт этого преобладания у больных алкоголизмом по-сравнению со здоровыми испытуемыми, как и функционально неразвитый и узко применяемый механизм "компенсации" и считать их основными характеристиками защитного реагирования этой группы больных.

Следует отметить также тенденцию преобладания механизмов "регрессии" и "проекции". Обращает на себя внимание и отсутствие различий в величине суммарного показателя напряженности защиты в обеих группах, который оказался практически идентичным.

Так, как предполагалось, что выраженность различных типов механизмов защиты может зависеть от возраста, было проведено дополнительное сравнение этих групп в различных возрастных категориях. Для этого, с учетом распределения возрастных оценок обе группы были разбиты на подгруппы по возрастам: группа 1 - от 25 до 30 лет (количество больных 18, здоровых 39); группа 2 - от 30 до 40 лет (больных 34, здоровых 46); группа 3 - от 40 до 50 лет (больных 41, здоровых 35); группа 4 - от 50 до 58 лет (больных 10, здоровых 19). Сравнение проводилось по средним оценкам сырых баллов. Результаты отражены в таблице 15.

Как видно из таблицы, за исключением "компенсации", величины всех защитных механизмов у больных алкоголизмом по сравнению со здоровыми испытуемыми более выражены. При этом, обращает на себя внимание особое преобладание "отрицания" и "регрессии". (Этот защитный механизм, по данным авторов непосредственно связан с психопатизацией личности и с ее незрелостью, отражающей возврат к ранним стадиям личностного развития). Отмеченная тенденция понижения величины "регрессии" с возрастом как в группе здоровых, так и в группе больных (при сохраняющемся разрыве) также доказывает ее связь со зрелостью, взрослением личности. Общим явлением, связанным с возрастными изменениями является также рост выраженности в обеих группах таких защитных механизмов как "проекция", "реактивные образования" и "интеллектуали-

Табл.15. Средние величины первичных оценок в группе больных и контрольной группе в разных возрастных группах (группа больных - А, контрольная группа - В).

Шкалы LSI	Возрастные группы							
	1		2		3		4	
	А	В	А	В	А	В	А	В
Отрицание	5,7	4,1*	5,2	5,1	4,9	4,9	5,5	4,4
Вытеснение	3,9	3,9	4,0	3,6	4,0	4,7	4,5	4,2
Регрессия	5,7	5,0	6,1	4,3**	5,0	4,9	5,2	3,2
Компенсация	2,8	3,2	2,9	3,0	2,4	3,4	1,7	2,3
Проекция	7,6	7,3	8,9	8,5	9,2	8,6	10,4	8,4
Замещение	3,6	4,5	3,5	3,2	3,5	3,1	3,5	3,0
Интеллектуализация	5,1	5,7	6,2	6,0	6,3	6,3	6,9	6,2
Реактивные образования	2,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,6	3,8	3,8
СНЗ	36,7	36,4	39,8	36,7	38,6	39,4	41,5	35,8

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

зация", которая считается одним из наиболее зрелых защитных механизмов.

Далее рассмотрим другие факторы, влияющие на структуру защитных механизмов больных. В этой связи изучено влияние ряда клинических показателей.

Результаты проверки наличия зависимости между механизмами защиты и типом течения болезни отражены в таблице 16.

Табл.16. Структура защитных механизмов в зависимости от типа течения болезни у больных алкоголизмом

Шкалы LSI	Тип течения	
	Умеренно-прогредиентный M [±] m	Выраженно-прогредиентный M [±] m
Отрицание	5,6 - 0,35	4,3 - 0,34
Вытеснение	4,1 - 0,29	4,1 - 0,34
Регрессия	5,0 - 0,39	6,2 - 0,52
Компенсация	2,6 - 0,29	2,3 - 0,36
Проекция	6,7 - 0,38	9,1 - 0,49
Замещение	3,3 - 0,23	4,3 - 0,46
Интеллектуализация	6,5 - 0,30	5,7 - 0,31
Реактивные образования	3,3 - 0,27	2,8 - 0,29
СНЗ	39,3 - 0,28	38,8 - 0,34

Из таблицы видно, что по таким признакам как "отрицание" и "регрессия" отмечаются значительные различия между типами течения болезни. При этом у больных с умеренно-прогредиентным типом увеличено "отрицание", по сравнению с другой группой, тогда как у пациентов с выраженно-прогредиентным типом течения увеличена "регрессия". Таким образом, общей характеристикой стиля защитного реагирования больных с умеренно-прогредиентным типом течения является в основном отрицание фактов окружающей действительности, некоторая облегченность жизненного восприятия и склонность к логическому, упорядоченному рассуждательству в тех случаях, когда отрицание становится невозможным. В случаях же выраженно-прогредиентного типа течения "отрицание" как раз не играет такой роли (даже соответствует нормативному), на передний план выдвигается "регрессия", как постоянный выразитель неосознанного

стремления реагировать на уровне ребенка, снять с себя всякую ответственность. Эти же больные, ввиду значительно повышенного у них "замещения", оказываются менее способны к адекватному отреагированию негативных эмоций, в основном агрессии.

Для более конкретной оценки отдельных показателей тяжести течения болезни был также проведен анализ связи скорости формирования ААС, как наиболее надежного клинического критерия и типов защитных механизмов. При этом больные были разбиты на три группы: 1 группа-ААС сформировался менее чем за 4 года, 2 группа-время формирования ААС от 4 до 8 лет, 3 группа - время формирования ААС более 8 лет. Результаты отражены в таблице 17.

Табл.17. Изменения средних оценок балльных значений механизмов защиты в зависимости от скорости формирования ААС у больных алкоголизмом

Шкалы LSI	Скорость формирования ААС			Достоверность различий
	<4 лет А	4..8 лет В	>8 лет С	
Отрицание	6,2	4,6	5,5	AB*
Вытеснение	4,2	4,0	4,1	
Регрессия	5,6	5,3	5,2	
Компенсация	3,1	2,3	2,1	
Проекция	8,9	8,9	8,3	
Замещение	3,4	3,9	3,3	
Интеллектуализация	6,4	6,0	6,2	
Реактивные образования	2,8	3,2	2,9	
СНЗ	40,5	38,3	37,6	

Примечание: * - $p < 0,05$.

Как видно из таблицы, при исследовании влияния на структуру защитных механизмов этого клинического признака оказался наиболее статистически значимым признаком также защитный механизм "отрицания", который, в сущности, подтвердил результаты предыдущего исследования: пациенты с более медленным формированием ААС имеют более высокий показатель "отрицания", по сравнению с пациентами с быстрым формированием ААС, что сопоставимо с типами течения умеренно-прогредиентным и выраженно-прогредиентным. Однако оказалось, что и слишком быстрое формирование ААС также приводит к возрастанию "отрицания", вероятно вследствие быстрого личностного распада в результате такого течения болезни.

По результатам этого обследования отмечалось также уменьшение выраженности "регрессии" и "проекции" и понижение степени напряженности защиты по мере удлинения срока формирования ААС.

Результаты исследования зависимости структуры защитных механизмов от формы пьянства показаны в таблице 18.

Как видно из таблицы, в этом случае статистически значимые результаты были показаны по другому виду защитных механизмов — "реактивным образованиям". Оказалось, что больные с запойной формой пьянства в наименьшей степени способны к изменению своего неудовлетворительного эмоционального состояния с помощью преувеличенного развития противоположных чувств (низкие величины по "реактивным образованиям"). У них же в наименьшей степени выражено "отрицание". Последнее, вероятно, связано с более четко очерченными и таким образом более очевидными для больного "плохими" и "хорошими" периодами. У этих же больных как и у больных с псевдозапойной формой величина СНЗ была выше, чем у больных

Табл.18.Изменения средних величин балльных оценок защитных механизмов в зависимости от формы пьянства у больных алкоголизмом

Шкалы LSI	Форма пьянства				Достовер- ность раз- личий
	А	В	С	Д	
	Постоян- ная	Непосто- янная	Псевдоза- пойная	Запойная	
	М	М	М	М	
Отрицание	5,7	5,7	5,3	4,6	
Вытеснение	4,6	4,2	4,0	3,9	
Регрессия	4,3	5,5	5,8	5,4	
Компенсация	1,9	2,6	2,2	3,0	
Проекция	8,2	8,3	8,9	9,2	
Замещение	3,3	3,3	4,1	3,4	
Интеллектуа- лизация	6,4	5,3	6,1	6,4	
Реактивные образования	3,1	2,9	3,6	2,6	CD*
СНЗ	37,6	37,8	39,9	38,5	

Примечание: * - $p < 0,05$.

других подгрупп.

Исследование структуры защитных механизмов в зависимости от длительности заболевания показано в таблице 19.

Как показало это исследование, изменения структуры защитных механизмов в зависимости от длительности заболевания практически не наблюдалось. Достоверно значимыми оказалась только разница

Табл.19.Изменения средних величин балльных оценок защитных механизмов в зависимости от длительности заболевания

Шкалы LSI	Длительность заболевания			Достовер- ность раз- личий
	А <7 лет	В от 7 до 10 лет	С >10 лет	
Отрицание	5,3	4,8	5,3	
Вытеснение	3,8	4,3	4,2	
Регрессия	5,5	5,7	5,0	
Компенсация	2,5	2,4	2,4	
Проекция	8,5	8,5	9,2	
Замещение	3,6	3,6	3,7	
Интеллектуализа- ция	5,6	6,4	6,7	АС*
Реактивные образования	2,9	3,1	3,3	
СНЗ	37,7	38,8	39,7	

Примечание: * - $p < 0,05$.

между значениями величины "интеллектуализации", увеличение которой было отмечено в зависимости от длительности заболевания. Отмечена также тенденция увеличения "проекции". При этом, рост выраженности этих защитных механизмов связан вероятнее всего не с самим заболеванием, а с возрастными изменениями, т.к. полученные результаты аналогичны тем, которые наблюдались при исследовании влияния возраста на изменение структуры защитных механизмов.

Изучение зависимости структуры защитных механизмов от дли-

тельности ремиссий проводилось по двум параметрам: длительность ремиссий в прошлом, до настоящего обследования и длительность ремиссии после обследования. Результаты сравнения средних балльных оценок по длительности предшествующих ремиссий отражено в таблице 20.

Табл.20.Сравнение величин шкальных оценок опросника LSI в зависимости от длительности предшествующих ремиссий у больных алкоголизмом

Шкалы LSI	Длительность ремиссий				Достоверность различий
	A	B	C	D	
	Не было М	До 6 мес М	От 6 мес до 2 лет М	Более 2 лет М	
Отрицание	5,0	4,8	4,3	6,3	AD*,BD*,CD*
Вытеснение	4,2	4,0	4,6	3,8	
Регрессия	5,3	5,7	5,1	5,2	
Компенсация	2,6	2,5	1,1	2,7	CD**
Проекция	9,2	8,3	7,4	9,3	
Замещение	3,5	3,6	3,4	3,8	
Интеллектуализация	6,3	6,0	5,9	6,4	
Реактивные образования	3,0	3,0	2,9	3,2	
СНЗ	39,1	37,9	34,7	40,7	

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Как видно из таблицы, наибольшее число статистически значимых различий было обнаружено по "отрицанию". При этом, результаты в какой-то степени повторяют те, которые были получены при срав-

нении этих показателей со скоростью формирования ААС: наиболее "неблагоприятные" как и наиболее "благоприятные" с точки зрения длительности ремиссии пациенты продемонстрировали высокие величины "отрицания", тогда как пациенты со средней продолжительностью ремиссии (от 6 мес до 2 лет) демонстрируют самую низкую степень "отрицания". У этих же пациентов оказалась наименьшая степень защитного напряжения.

Результаты сравнения пациентов по длительности ремиссии после обследования показаны на рисунке 5. Как видно из него, почти по всем видам защитных механизмов пациенты с различной длительностью ремиссии показали практически аналогичные результаты. Исключение составляют механизмы "регрессия" и "интеллектуализация", показавшие диаметрально противоположные результаты в двух сравниваемых подгруппах. Так, в подгруппе больных не сохранивших ремиссию в течение года после обследования "регрессия" достигала максимальных величин, а в другой подгруппе такое значение, наоборот, приобрела "интеллектуализация". Так как эти защитные механизмы можно считать полярными, отражающими в первую очередь степень зрелости личности, то можно считать, что именно она приобретает первостепенное значение в вопросах формирования ремиссии.

Как уже было сказано, помимо перечисленных показателей, отражающих динамику течения болезни, у пациентов оценивались и такие признаки как наличие аффективной патологии и изменений личности, как преморбидных, так и наступивших в результате болезни (по клинической оценке).

Результаты сравнения средних оценок по шкалам LSI в зависи-

Механизмы защиты

в зависимости от длительности ремиссии

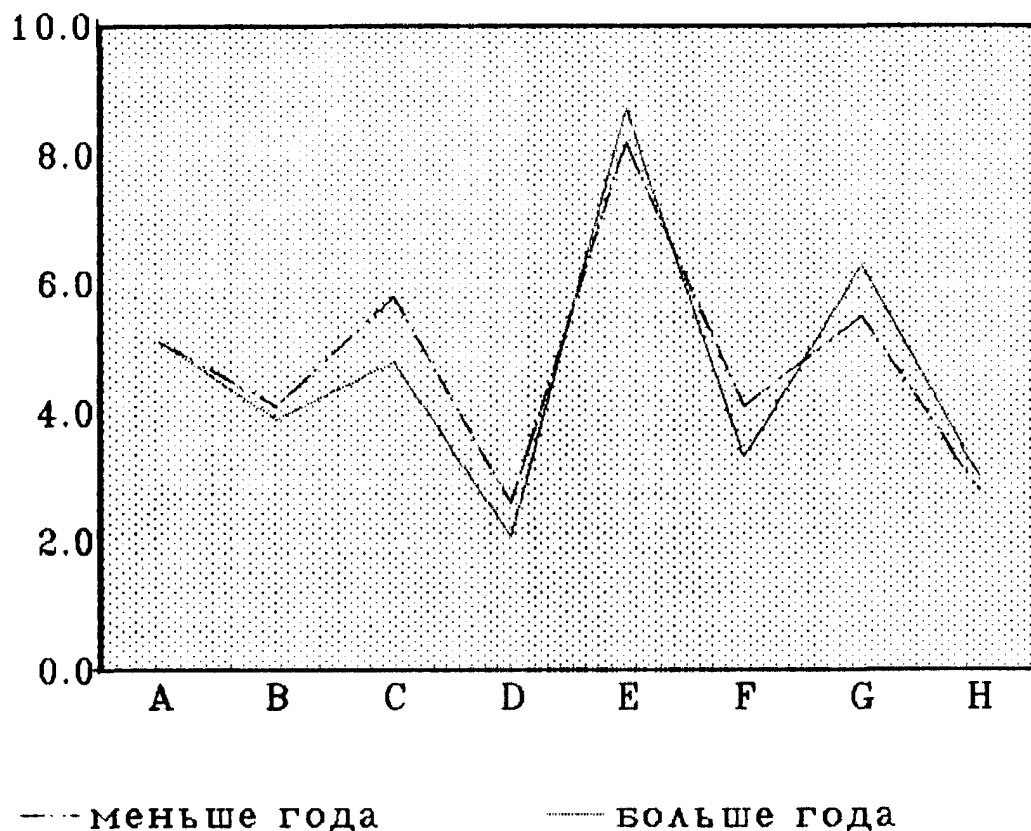


Рис.5. Усредненные профили балльных оценок опросника LSI в зависимости от длительности ремиссии после обследования. По оси абсцисс - типы механизмов защиты, по оси ординат - средние оценки по типам защитных механизмов: А-отрицание, В-вытеснение, С-регрессия, D-компенсация, Е-проекция, F-замещение, G-интеллектуализация, H-реактивные образования.

мости от наличия личностных девиаций в преморбиде оказались незначительными: статистически значимые различия ($p < 0,01$) были получены только по величине "компенсации", при этом, у больных, у которых в преморбиде личностные девиации отсутствовали эта величина была наименьшей (1,1), тогда как у пациентов с акцентуациями личности она была сравнима с нормативной (3,3). Обращает на себя внимание также соотношение величин "отрицания" и "регрессии" в этих подгруппах: "отрицание" преобладало в подгруппе больных, у которых личностные девиации отсутствовали (5,4 и 5,1), "регрессия" - в подгруппе больных с личностными акцентуациями (5,8 и 5,1).

Результаты сравнения средних величин опросника LSI в зависимости от личностных изменений, приобретенных в результате болезни показано в таблице 21.

Табл.21. Сравнение средних величин опросника LSI в зависимости от наличия изменений личности, приобретенных в процессе болезни

Шкалы LSI	Изменения личности				Достоверные различия:
	Отсутствуют А	Астенические В	Психопатоподобные	Психосоматические	
Отрицание	5,6	5,3	4,8	5,3	
Вытеснение	4,4	4,3	3,6	4,2	
Регрессия	4,6	5,3	5,6	5,7	
Компенсация	1,8	2,4	2,6	2,9	
Проекция	8,4	9,6	7,6	9,4	BC**, CD*
Замещение	3,4	3,8	3,3	4,1	
Интеллектуализация	5,9	6,8	5,8	6,2	
Реактивные образования	2,6	3,8	2,6	3,2	BC*
СНЗ	36,8	41,2	35,9	41,1	BC*

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Результаты этого исследования оказались в целом сходными с предыдущими: больные, у которых не наблюдалось изменений личности, возникших в результате болезни характеризовались выраженной величиной "отрицания" и самой низкой величиной "компенсации" по сравнению с больными других подгрупп. Напротив, "регрессия" достигала высоких величин у всех пациентов с изменениями личности. Результаты исследования также показали, что наибольшие различия по величинам защитных механизмов наблюдались между подгруппами пациентов с психопатоподобными и психоорганическими изменениями личности: в первую очередь, по "проекции" и "реактивным образованиям", у последних и то и другое преобладало. Степень защитного напряжения была наиболее выражена у пациентов с в астеническими и психоорганическими расстройствами.

В целом следует отметить наличие связей между личностными изменениями, как преморбидными так и приобретенными, и структурой защитных механизмов. При этом в первую очередь оказался чувствительным к этим признакам такой защитный механизм как "регрессия". В исследовании отмечено ее увеличение во всех случаях наличия личностных расстройств.

Дополнительно в исследовании проводилась оценка наличия связей между выраженностью аффективных нарушений и результатами опросника LSI.

Наиболее значимые результаты этого анализа показаны в таблице 22.

Как видно из таблицы, низкие баллы по такому защитному механизму как "отрицание" отражались в появлении в психическом статусе тревоги, внутреннего напряжения, снижения настроения.

Табл.22. Изменения средних значений балльных оценок защитных механизмов в зависимости от наличия в психическом статусе аффективных нарушений (по клинической оценке).

Механизмы защиты	Аффективные нарушения		Достоверность
	отсутствуют умеренновыражены различий		
	ТРЕВОГА		
отрицание	5,5	4,0	*
вытеснение	4,3	3,5	*
регрессия	4,8	6,5	*
интеллектуализация	6,4	5,6	*
	ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ		
отрицание	5,4	4,5	*
	СНИЖЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ		
отрицание	5,4	4,2	*
регрессия	5,0	6,4	*
	ДИСТИМИЯ		
интеллектуализация	6,4	5,4	*
	АПАТИЯ		
реактивные образования	2,9	3,8	*
	ДИСФОРИЯ		
регрессия	4,9	6,5	*
интеллектуализация	3,4	4,5	*
	ЭИФОРИЯ		
отрицание	4,9	6,4	*

Примчание: * - $p < 0,05$.

Напротив, повышение величины "отрицания" сопровождалось появлением эйфории. (Связь отрицания и тревоги была подтверждена и при сравнении этих признаков по критерию χ^2 ($\chi^2=35,35, p < 0,05$)). "Вы-

теснение" оказалось непосредственно связано только с тревогой, которая также возрастала при понижении балльных величин по этому защитному механизму. Высокие баллы по "регрессии" отражали наличие в статусе тревоги, снижения настроения и дисфории, которая оказалась также зависимой от величины "интеллектуализации". Большие балльные величины по ней в свою очередь сопровождалась понижением тревоги и дистимии. Величина "реактивных образований" оказалась связана только с наличием в статусе апатических расстройств (наличие в статусе апатии сопровождалось повышением по этому защитному механизму). Дополнительно с использованием критерия χ^2 была выявлена связь между признаками "компенсация-дистимия" ($\chi^2=34,19$, $p<0,01$). Такие механизмы защиты как "проекция" и "замещение" не продемонстрировали связей с наличием в психическом статусе аффективных расстройств. Последнее при этом, вступает в противоречие с данными авторов методики LSI, по которым "замещение" отражает в первую очередь связь с величиной и направленностью агрессии.

В заключение следует отметить, что при анализе полученных результатов по опроснику LSI, у исследованных больных наибольшее количество значимых результатов было получено по таким видам защитных механизмов как "отрицание", "регрессия" и "компенсация". При этом, как правило наличие высоких балльных оценок по "регрессии" оказывалось связано с характеристиками отражающими более тяжелое течение болезни, сопровождающееся наличием личностных расстройств и аффективной патологией. "Отрицание" также оказалось связано с течением болезни, но с более мягкими его формами, как правило без личностной патологии, и с нарушениями аффек-

тивной сферы, представленными в основном тревогой и внутренним напряжением. "Компенсация" оказалась представлена в наименьшей степени и ее низкие показатели на фоне повышения всех остальных отражают по всей видимости общие особенности защитного реагирования больных алкоголизмом.

3.2. Анализ общих взаимосвязей между результатами психологических методик

Изучение взаимосвязей между результатами, полученными по разным методикам проводился с помощью корреляционного анализа. При этом сравнивались первичные оценки методик ТОВ и ISI с результатами патопсихологических методик и опросника МПА. В заключение проводился анализ корреляционных связей между результатами методик ТОВ и ISI.

Сопоставление данных патопсихологических методик и опросника ТОВ не выявили значительного числа корреляционных связей, однако величина допущенных ошибок типа деформации в методике Бентон-тест отчетливо коррелирует с такими типами отношения как анозогнозический ($r=-0,30, p<0,01$) и ипохондрический ($r=0,29, p<0,01$). Количество запомнившихся слов по данным методики "10 слов" коррелировало с неврастеническим типом отношения к болезни ($r=-0,23, p<0,05$), а число предъявлений, необходимое для запоминания 10 слов коррелировало с апатическим типом ($r=0,22, p<0,05$). Результаты этих исследований показали, что увеличение выраженности психоорганических расстройств, проявляющееся в характерных для больных алкоголизмом нарушениях зрительно-мотор-

ной координации и памяти различной модальности, приводит к уменьшению выраженности анозогнозического типа отношения к болезни и возрастанию величин личностно-дезадаптивных типов.

Несмотря на то, что сопоставление данных патопсихологических методик и методики LSI не показали значительного числа корреляционных связей, а выявленные корреляции относились только к результатам методики Бентон-тест, полученные результаты в целом совпали с предыдущими. Оказалось, что возрастание нарушений зрительной памяти, свидетельствующее о наличии психоорганического синдрома приводило к возрастанию выраженности защитных механизмов и степени напряженности защиты. Так, оценка за выполнение задания отрицательно коррелировала с величиной "отрицания" ($r=-0,24$, $p<0,05$) и величиной "реактивных образований" ($r=-0,23$, $p<0,05$). Большие величины ошибок "деформации" сопровождалась возрастанием "проекции" ($r=0,21$, $p<0,01$), "реактивных образований" ($r=0,29$, $p<0,01$) и степени напряженности защиты ($r=0,29$, $p<0,01$).

Таким образом, была выявлена общая тенденция в развитии как интеллектуально-мнестических, так и личностных нарушений по мере нарастания психоорганического синдрома. При этом, было не только подтверждено существующее представление о характерной для него совокупности как интеллектуальных (нарушения выявленные с помощью патопсихологических методик), так и личностных расстройств (высокая степень напряженности защиты, наличие дезадаптивных типов отношения к болезни), но и опровергнуто представление о влиянии психоорганического синдрома на выраженность анозогнозии (отрицательные корреляции с величинами "отрицания" и

"анозогнозического типа отношения к болезни").

Результаты корреляционного анализа методик ТОБ и МПА показаны таблице 23.

Табл.23. Корреляции между средними значениями балльных оценок методик ТОБОЛ и МПА (r).

Типы отношения к болезни	Мотивы потребления алкоголя			
	тради- ционные	субмис- сивные	атарак- тические	самопов- реждения
гармоничный		-0,29*		-0,25*
анозогнозический	0,29*			
тревожный			0,29*	
ипохондрический	-0,32**			
неврастенический			0,30*	
меланхолический			0,25*	
апатический				0,26*
сенситивный	-0,27*			
эгоцентрический	-0,25*			
паранойяльный	-0,36**			

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

Из таблицы видно, что обследованных больных, в зависимости от представленности у них тех или иных мотивов потребления алкоголя можно условно разделить на три группы. В первую входят те больные, у которых основными мотивами потребления алкоголя являются "традиционные". У этих пациентов отмечается анозогнозический

тип отношения к болезни, и эти пациенты, как правило, не имеют преморбидных девиаций личности, влияющих на формирование особого типа отношения к болезни (отрицательные корреляции почти со всеми типами III блока и с его суммарной оценкой $r=-0,32, p<0,01$, а также с суммарной оценкой II блока $r=-0,26, p<0,05$).

Во вторую группу входят пациенты, основными мотивами потребления алкоголя которых являются атактические, связанные с подавлением у пациента выраженных отрицательных эмоциональных расстройств. У этих пациентов и типы отношения к болезни соответственно зависят от характера этих эмоциональных нарушений: тревожный, неврастенический, меланхолический (корреляционная связь с суммарной оценкой II блока $r=0,31, p<0,01$).

В третью группу входят пациенты с собственно алкогольными мотивами, представленными мотивами самоповреждения, у которых выявлен апатический тип отношения к болезни. Последнее соответствует клиническим представлениям о собственно алкогольных изменениях личности, при которых очень часто наблюдаются апатические расстройства.

Результаты корреляционного анализа методик LSI и МПА показали незначительное число корреляционных связей между мотивами потребления алкоголя и механизмами защиты. При этом, однако обращает на себя внимание то, что корреляционные связи были выявлены только с личностно-психологическими мотивами потребления алкоголя. Атактические мотивы образовали положительную корреляционную связь с "регрессией" ($r=0,42, p<0,01$), а величина "реактивных образований" оказалась обратнопропорционально связана с величинами гедонистических мотивов ($r=-0,39, p<0,01$) и мотивов

гиперактивации поведения ($r=-0,26, p<0,05$). Т.е., пациенты использующие алкоголь в качестве эйфоризирующего и стимулирующего средства имеют низкие баллы по "реактивным образованиям".

Проведенный анализ сопоставления данных различных психологических методик показал, что по ряду параметров данные методик ТОБОЛ и LSI оказываются связанными между собой. Для уточнения характера этих связей был проведен корреляционный анализ. Результаты этого анализа показаны в таблице 24. (В ней указаны только корреляционные связи на уровне значимости $p<0,05$, и $p<0,01$).

При анализе полученных результатов, в первую очередь выделяется очевидное деление таблицы на две части: одну, в которую входят типы отношения к болезни 1 блока и вторую, в которую входят типы отношения к болезни 2 и 3 блоков. При этом, обращают на себя внимание отрицательные корреляционные связи величин 1 блока типов отношения к болезни, почти со всеми величинами механизмов защиты (за исключением "отрицания", которое показало положительную корреляционную связь с анозогнозическим типом) и величиной СНЗ. С другой стороны, величины типов 2 и 3 блоков образовали положительные корреляции с механизмами защиты и величиной СНЗ. Данные результаты показали прямую зависимость между выраженностью защитных механизмов и типами отношения к болезни, отражающими личностную дезадаптацию в связи с болезнью.

Как видно из таблицы, наиболее тесно связанной с этими типами оказалась "регрессия", которая продемонстрировала тесные корреляционные связи со всеми типами, за исключением апатического, оказавшегося не связанным ни с одним видом защитных механизмов. Значительное число корреляционных связей было обнаружено

Табл.24. Корреляционные связи между средними значениями балльных величин типов отношения к болезни и механизмов защиты у больных алкоголизмом (r)

Типы отношения к болезни	Шкалы LSI							
	A	B	C	D	E	F	G H	CHЗ
гармоничный	-0,23*	-0,2*			-0,22*			
эргопатический	-0,2*	-0,2*			-0,23*			
анозогнозический	0,22*		-0,35**					
Блок 1.Суммарная оценка	-0,23*	-0,39**			-0,38**	-0,28**		
тревожный	0,21*	0,49**	0,21		0,35**			
ипохондрический		0,47**	0,31**	0,25**	0,28**			
неврастенический		0,40**	0,19**	0,19*	0,31**			
меланхолический		0,37**	0,27**		0,32**			
апатический								
Блок 2.Суммарная оценка	0,19*	0,51**	0,29**	0,23*	0,38**	0,37**		
сенситивный		0,29**	0,20*	0,21*				
эгоцентрический		0,42**	0,33**	0,21*	0,29**			
паранойяльный		0,25**						
дисфорический		0,36**	0,24*	0,21*	0,36**			
Блок 3.Суммарная оценка		0,44**	0,31**	0,27**	0,26**	0,33**		

Примечание: А-отрицание, В-вытеснение, С-регрессия, D-компенсация, Е-проекция, F-замещение, G-интеллектуализация, H-реактивные образования; * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$.

также между типами отношения к болезни и такими механизмами как "замещение", "компенсация" и "проекция". Меньше всего связей наб-

людалось у "вытеснения" и "отрицания"; последнее оказалось связанным только с анозогнозическим типом отношения к болезни.

Для содержательной характеристики сочетания тех или иных типов отношения к болезни и механизмов психологической защиты было вычислено процентное соотношение типов отношения к болезни в общей массе исследованных больных. Оно показало, что наиболее часто у больных наблюдались следующие типы отношения к болезни: эргопатический (14,6%), анозогнозический (14,6%), смешанный эргопатически-анозогнозический (13,5%), сенситивный (14,5%) и гармоничный (12,5%). Далее были вычислены средние величины балльных оценок механизмов психологической защиты у больных с этими типами. В рисунках 6-10 отражены колебания средних величин балльных оценок механизмов защиты, относительно средних величин полученных в контрольной группе здоровых испытуемых. Таким образом, из рисунков можно увидеть особенности защитного реагирования у больных алкоголизмом, по-сравнению со здоровыми, в зависимости от представленности у них тех или иных типов отношения к болезни. Оказалось, что вне зависимости от типа отношения к болезни величины "отрицания" и "вытеснения" группируются примерно в одной зоне: "отрицание" у больных более выражено, по-сравнению со здоровыми, а "вытеснение" колеблется в пределах средней величины. Далее наблюдаются три основных конфигурации профиля: гармоничный, эргопатический и смешанный эргопатически-анозогнозический типы в целом оказались сходными по конфигурации, с отличиями наблюдающимися по таким защитным механизмам как "замещение", "интеллектуализация" и "реактивные образования". Больные с типами сенситивным и анозогнозическим продемонстрировали другие

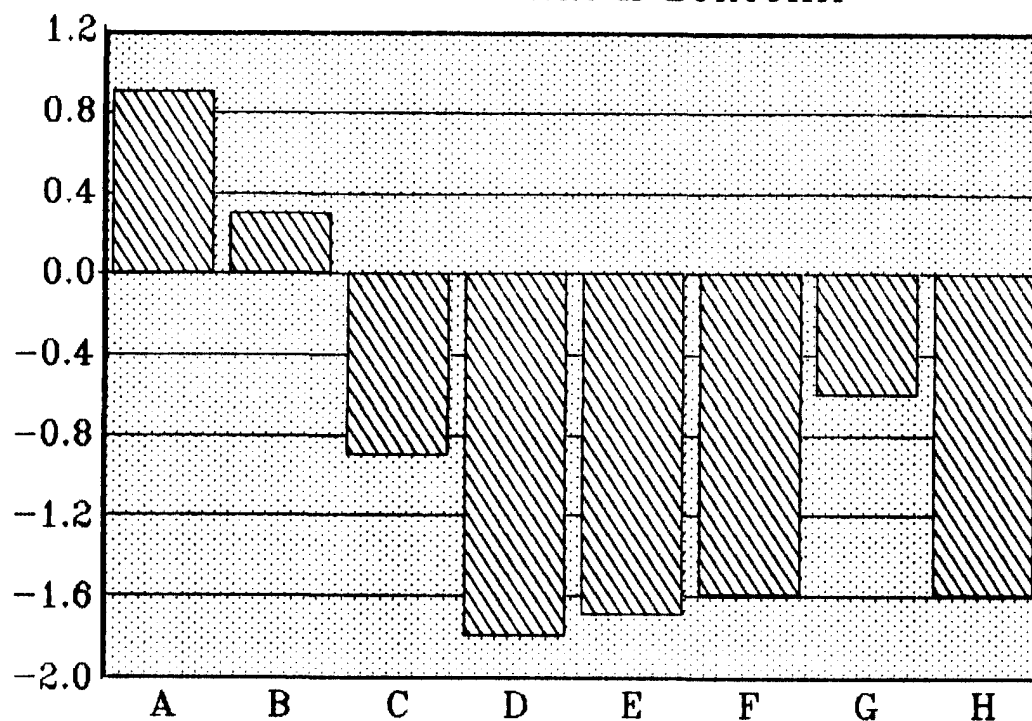
конфигурации профиля. Приводим описание каждого из типов.

АНОЗОГНОЗИЧЕСКИЙ тип отношения к болезни. При этом типе активно отбрасываются мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицается очевидное. Часто отказ от обследования и лечения. Пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Этот тип демонстрирует наименьшие оценки почти по всем видам механизмов защиты. Профиль в целом "опущенный". Отклонения от нормативных показателей по "компенсации", "замещению", "проекции" и "реактивным образованиям" статистически значимы ($p < 0,05$ и $p < 0,01$). Суммарная оценка по всем защитным механизмам значительно ниже нормы (30,3 и 37,6, $p < 0,05$). Это может предполагать недостаточную развитость защитной структуры в целом. Однако нельзя исключить и тот факт, что подобный "опущенный" профиль может свидетельствовать о недостаточной "защищенности" методики ISI, т.к. в ее структуру не включены оценочные шкалы. Низкие баллы отражают высокую частоту ответов типа "нет" на утверждения опросника, а у лиц демонстрирующих анозогнозический тип отношения к болезни, т.е. тип в основе которого лежит "отрицание", подобная реакция может свидетельствовать о неспособности к объективной оценке своей личности в целом. В пользу последней версии говорит и тот факт, что даже у больных с гармоничным типом отношения к болезни величина "отрицания" выше.

Клинико-психологическая иллюстрация. Б-ой Ф., 44 г. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Личностные девиации в преморбиде отсутствуют. С 24 лет систематическая алкоголизация, ААС сформировался к 32 годам. Неоднократно лечился в стационаре, ремиссии непродолжительные, до 6 мес. При поступлении в отделение показал полное отсутствие критики к заболе-

АНОЗОГНОЗИЧЕСКИЙ

тип отношения к болезни




 величина отклонения

Рис.6. Отклонения средней величины механизмов психологической защиты относительно нормативных показателей у больных алкоголизмом с анозогнозическим типом отношения к болезни.

По оси ординат – величина отклонения, по оси абсцисс – виды защитных механизмов: А–отрицание, В–вытеснение, С–регрессия, D–компенсация, Е–проекция, F–замещение, G–интеллектуализация, H–реактивные образования.

ванию, формальную установку на трезвость. Выказывал положительную установку на индивидуальную психотерапию, от групповой психотерапии отказался. После выписки срыв произошел в течение первых 3 месяцев. По результатам психологического обследования диагностирован анозогнозический тип отношения к болезни. Балльные оценки по всем видам защитных механизмов значительно ниже нормативных, СНЗ равна 21 баллу.

ГАРМОНИЧНЫЙ тип. Свое состояние оценивается трезво. Отмечается стремление во всем активно содействовать успеху лечения. При этом типе отношения к болезни величины по всем видам защитных механизмов колеблются в пределах нормы, ни один не отклоняется от средних величин на достоверном уровне значимости. Таким образом можно считать, что структура защитного реагирования больных с этим типом отношения к болезни в целом соответствует защитной структуре здоровых испытуемых.

Клинико-психологическая иллюстрация. Б-ой Г., 59 л., наследственность не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Алкоголь употребляет с 17 лет, систематическое пьянство с 18 лет, ААС с 24 лет. С 30 лет изменился характер опьянения: стал раздражительным, несдержанным. В 1963 г. лечился в Институте им. В.М.Бехтерева, ремиссия была около 1 года, затем в 1969 г. по методу Шичко, ремиссия до августа 1990 года, затем "кодировался" в Риге, ремиссия 3 мес. При поступлении жалобы на слабость, вялость, которые быстро купировались на фоне терапии. В процессе лечения на отделении зарекомендовал себя с наилучшей стороны, был всегда предупредителен, доброжелателен, адекватен, все предписания врача выполнял полностью. Критика к болезни была полная, установка на трезвость убедительная. Ремиссия сохраняется по настоящее время. По результатам психологического обследования диагностирован гармоничный тип отношения к болезни. Балльные оценки по всем типам защитных механизмов соответствуют средним балльным оценкам, полученным в контрольной группе, СНЗ также соответствует норме.

Гармоничный

тип отношения к болезни

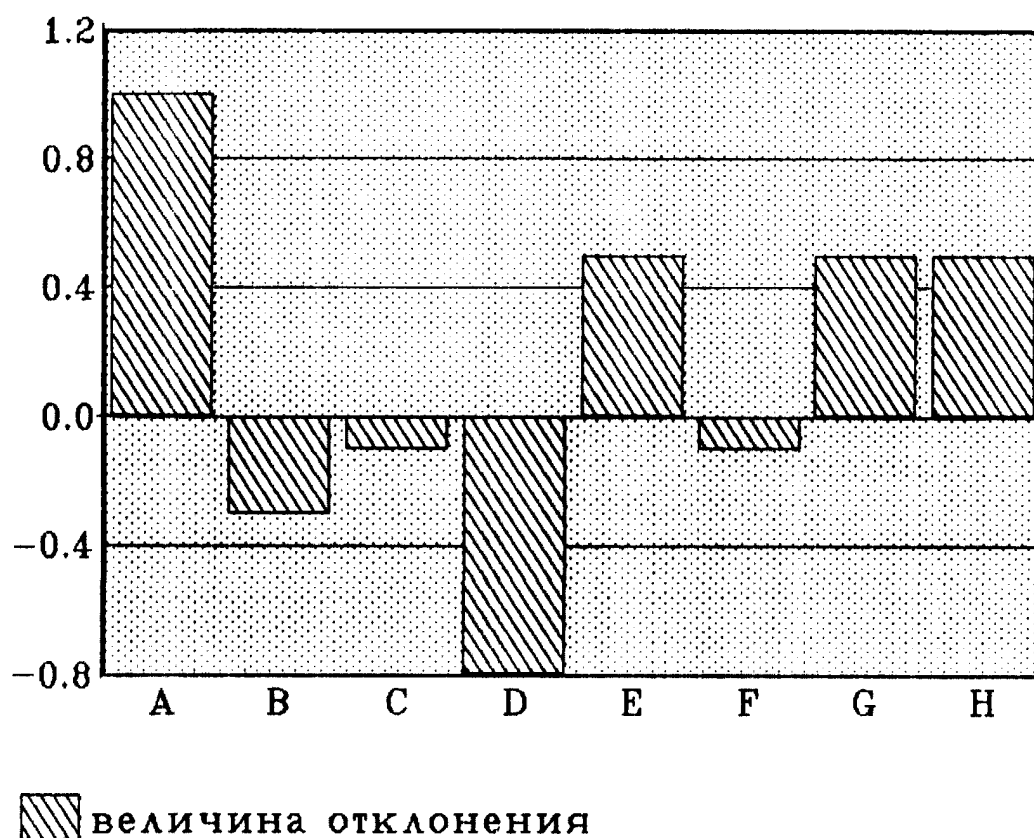


Рис.7. Отклонения средней величины механизмов психологической защиты относительно нормативных показателей у больных алкоголизмом с гармоничным типом отношения к болезни.

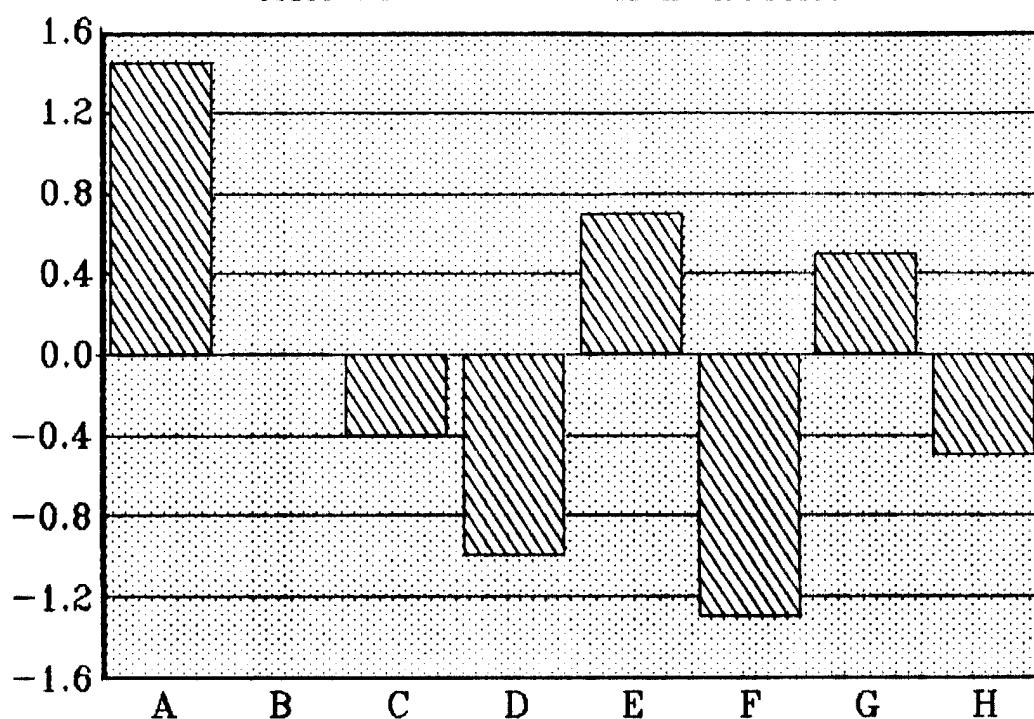
По оси ординат -- величина отклонения, по оси абсцисс -- виды защитных механизмов: А-отрицание, В-вытеснение, С-регрессия, D-компенсация, Е-проекция, F-замещение, G-интеллектуализация, Н-реактивные образования.

ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ тип. Для этого типа характерно сверхответственное, одержимое, стеничное отношение к работе. Отношение к обследованию и лечению избирательное, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности. Профиль защитного реагирования у этих пациентов в целом напоминает профиль гармоничного типа, однако в этом случае наблюдаются значительно более низкие баллы по "компенсации" и "замещению" (значительно ниже нормативных, $p < 0,05$). Понижение величины "компенсации" отражает большую зависимость от алкоголя, как универсального "компенсатора" и таким образом большую личностную измененность в результате болезни, по сравнению с больными с гармоничным типом отношения. Появление у этого типа низких баллов по "замещению", которое выражается в разрядке подавленных эмоций (обычно гнева) на объекты, представляющие меньшую опасность для индивида, чем те которые вызвали эти эмоции, интерпретировать труднее, т.к. недоразвитие этого защитного механизма может свидетельствовать либо об отсутствии этих эмоций, либо об их постоянном подавлении.

Клинико-психологическая иллюстрация. Б-ой С., 44 г., наследственностьотягощена алкоголизмом родителей и братьев. Развитие соответственно возрасту. По характеру общительный, трудолюбивый, ответственный, "правдолюбец". Последние 10 лет отмечается нарастание раздражительности. К началу систематической алкоголизации (28 лет) отмечает утрату рвотного рефлекса. Годом позже датирует ослабление количественного контроля. В 31 год формируется ААС с последующим псевдозапойным пьянством. С 35 лет частичные амнезии опьянения. Толерантность превышает 1,0 л водки. В 34 года лечился в ГНД, ремиссия менее 3 месяцев. В 1989 г.

Эргопатический

тип отношения к болезни




 величина отклонения

Рис.8. Отклонения средней величины механизмов психологической защиты относительно нормативных показателей у больных алкоголизмом с эргопатическим типом отношения к болезни.

По оси ординат – величина отклонения, по оси абсцисс – виды защитных механизмов: А–отрицание, В–вытеснение, С–регрессия, D–компенсация, Е–проекция, F–замещение, G–интеллектуализация, H–реактивные образования.

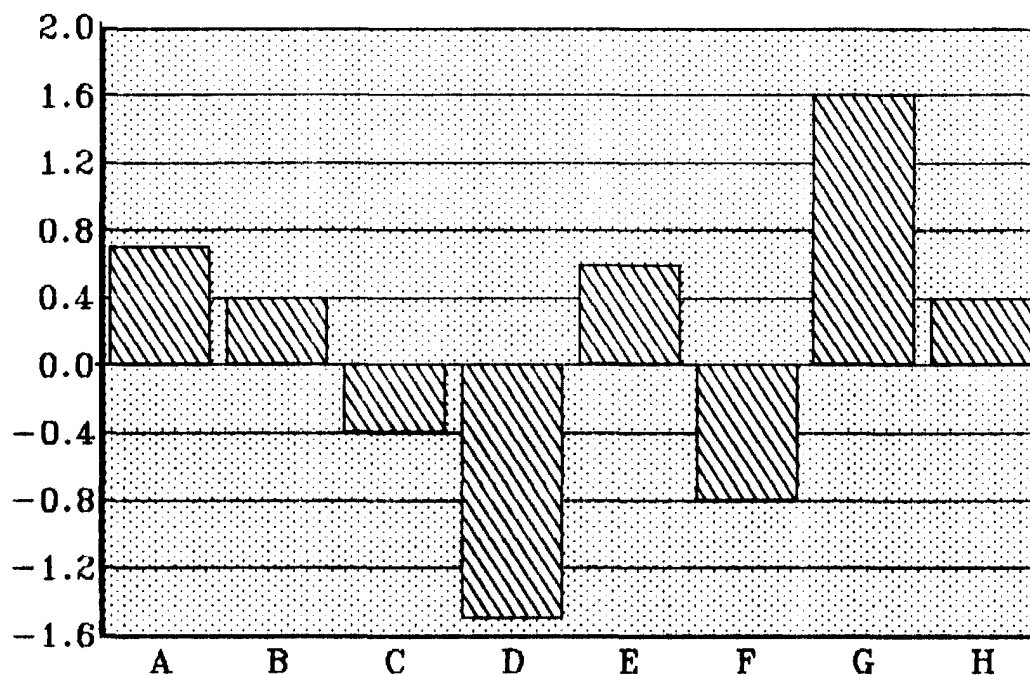
лечился в НИИ им. В. М. Бехтерева, ремиссия больше года. После рецидива обратился за помощью. Поступил с остаточными явлениями ААС. По мере нормализации состояния, сглаживании аффективных расстройств укрепилась критика к заболеванию, установка на трезвость. Отношение к терапии серьезное, активно стремился получить все возможное от лечения, после выписки планировал активно трудиться для того, чтобы как можно быстрее ликвидировать материальные затруднения, возникшие в результате алкоголизации. По результатам психологического обследования диагностирован эргопатический тип отношения к болезни. Балльные оценки по "компенсации", "замещению" и "интеллектуализации" ниже нормы, по остальным защитным механизмам соответствуют полученным в контрольной группе, СНЗ в пределах нормы.

Смешанный ЭРГОПАТИЧЕСКИ-АНОЗОГНОЗИЧЕСКИЙ тип. При данном типе мысли о болезни также активно отбрасываются, но в отличие от анозогнозического полного отрицания не происходит, внутренняя картина болезни является более противоречивой и внутренне конфликтной. При этом "уход от болезни в работу" является скорее "уходом от мыслей о болезни". По своей защитной структуре этот тип также напоминает гармоничный, но с еще более низкими баллами по "компенсации" по сравнению с гармоничным типом ($p < 0,01$). Будущим защитным механизмом этого типа является "интеллектуализация". Таким образом, этот тип отношения к болезни с большей вероятностью будут демонстрировать лица, склонные к уходу в интеллектуальный мир с целью избегания беспокоящих эмоций, тяготеющие к рассуждательству, созданию неверных, но приемлемых для самих себя "теорий", объясняющих свое или чужое поведение.

Клинико-психологическая иллюстрация. Б-ой Ж., 42 г., наследственность отягощена алкоголизмом отца. Воспитывался в неполной семье, подвергался из-за этого насмешкам со стороны сверстников и был вынужден постоянно отстаивать свои права.

Эргопатически-анозогнозический

тип отношения к болезни




 величина отклонения

Рис.9. Отклонения средней величины механизмов психологической защиты относительно нормативных показателей у больных алкоголизмом со смешанным эргопатически-анозогнозическим типом отношения к болезни.

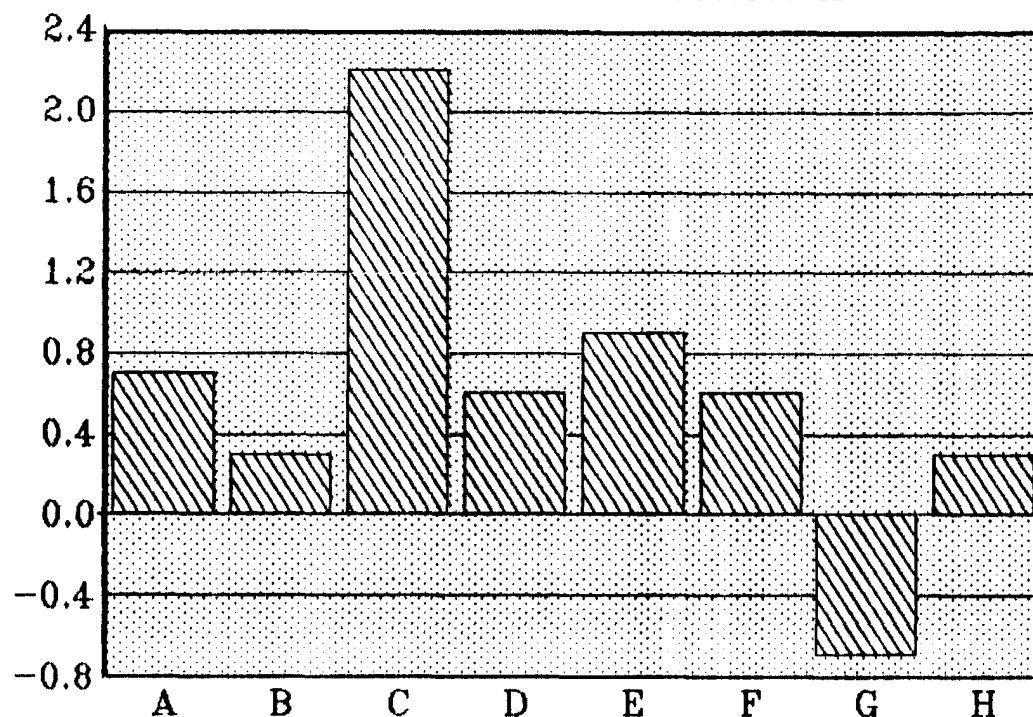
По оси ординат – величина отклонения, по оси абсцисс – виды защитных механизмов: А-отрицание, В-вытеснение, С-регрессия, D-компенсация, Е-проекция, F-замещение, G-интеллектуализация, Н-реактивные образования.

Характер у матери был весьма тяжелым и больной в детстве часто подвергался наказаниям. Впервые попробовал спиртное в 17 лет, систематическое пьянство с 25 лет. Постепенно росла толерантность, выпивки становились чаще. К 27 годам у больного появились псевдозапой, а к 33 годам сформировался ААС. В дальнейшем запой участились. Больной стал раздражительным, несдержанным. Появились амнестические формы опьянения. В 1990 г обратился к наркологу, ремиссия после амбулаторного лечения несколько месяцев. В Институт им.В.М.Бехтерева поступил из желания сохранить семейный и социальный статус. При поступлении жалоб не предъявлял, настроение ровное, высказывал мотивы на трезвость, критика к болезни однако частичная, представления о ней не полные, с элементами отрицания. Считал, что после лечения сможет выпивать "понемногу". В ходе проведенного лечения больной стал лучше разбираться в особенностях имеющейся у него зависимости, установка на трезвость стала более убедительной. В результате психологического обследования диагностирован смешанный эргопатически-анозогнозический тип отношения к болезни. Значительно повышены, по-сравнению с нормой, балльные оценки по "отрицанию", "проекции" и "интеллектуализации". За счет понижения величин "компенсации", "замещения" и "регрессии" степень напряженности защиты соответствует норме.

СЕНСИТИВНЫЙ тип. Этот тип у исследованных больных по большей части является смешанным. К нему примешиваются различные компоненты 2 и 3 блока типов отношения к болезни, свидетельствующие о выраженной эмоциональной вовлеченности пациента. Этот тип демонстрируют больные чрезмерно озабоченные возможностью неблагоприятного впечатления, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Из-за распространенности в обществе традиционно негативной и неадекватной оценки алкоголизма как болезни такой тип отношения среди больных алкоголизмом является одним из самых распространенных. По своей защитной структуре этот

СЕНСИТИВНЫЙ

тип отношения к болезни



■ величина отклонения

Рис.10. Отклонения средней величины механизмов психологической защиты относительно нормативных показателей у больных алкоголизмом с сенситивным типом отношения к болезни.

По оси ординат – величина отклонения, по оси абсцисс – виды защитных механизмов: А-отрицание, В-вытеснение, С-регрессия, D-компенсация, Е-проекция, F-замещение, G-интеллектуализация, H-реактивные образования.

тип резко отличается от остальных. В первую очередь отличие касается степени напряженности защиты, которая у больных с этим типом отношения является наиболее высокой (44,0 по сравнению с 37,6 в норме, $p < 0,05$). Это находит отражение в значительном повышении величин "регрессии", "компенсации", "проекции" и "замещения". Учитывая это, можно предположить, что такой тип отношения к болезни будут демонстрировать лица с чертами инфантилизма, незрелые, любящие фантазировать или присоединять себе черты другой личности, обладающие недостаточно развитым эмоционально-волевым контролем. Боязнь людского осуждения провоцируется у них собственными негативными чувствами по отношению к другим людям, и неспособностью к адекватному отреагированию этих чувств.

Клинико-психологическая иллюстрация. Б-ой У., 43 г. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Раннее развитие без особенностей. Преморбидные личностные особенности: с истероидными чертами, проявлениями повышенной эмоциональной возбудимости. Систематическое употребление алкоголя с 18 лет. С 20 лет сформировался ААС, проявляющийся в сомато-вегетативных расстройствах, раздражительности. С этого же возраста алкоголизировался почти ежедневно с толерантностью 1 л водки, употреблял суррогаты. Неоднократно лечился с последующими ремиссиями 5,5 лет и 1 год. В течение первых 3 месяцев ремиссий отмечались аффективные расстройства, общая слабость. Срывы всегда происходили на фоне усиления аффективных и астенических расстройств, актуализации влечения к алкоголю. В ноябре 1988 г. лечился в 5 отделении ин-та им. В.М. Бехтерева. После имплантации препарата "Эспераль" ремиссия сохраняется по настоящее время. Однако, в мае 1991 г состояние больного ухудшилось, усилились астенические расстройства, появилось влечение к алкоголю. Был госпитализирован в отделение для профилактики срыва. При поступлении: наст-

роение с тревожным оттенком, проявляет озабоченность состоянием здоровья. В результате лечения редуцировались астенические, аффективные расстройства, упрочилась установка на трезвость. По результатам психологического обследования был диагностирован **сенситивный** тип отношения к болезни. Балльные оценки почти по всем видам защитных механизмов значительно превышают нормативные, особенно больших величин они достигают по "регрессии", "вытеснению" и "проекции". Степень напряженности защиты очень высока и равна 52 баллам.

Обобщение этих данных показывает, что существует два основных направления по которым идет формирование типов отношения к болезни у больных алкоголизмом. Эти направления определяются наличием или отсутствием эмоциональных нарушений и характерологических особенностей, связанных с эмоционально-волевой сферой личности. В тех случаях, когда эти особенности не выражены формируются **гармоничный**, **эропатический** и **анозогнозический** типы отношения к болезни. При наличии, же в психическом статусе выраженных эмоциональных нарушений и как следствие этого высокой степени напряженности защиты формируется **сенситивный** тип отношения к болезни.

3.3. Результаты клинико-психологического исследования

Помимо экспериментально-психологического исследования отношения к болезни у больных алкоголизмом проводилась и клинико-психологическая оценка этого отношения путем анализа результатов экспертных оценок. В качестве экспертов выступали лечащие врачи больных, которые в баллах оценивали отношение к болезни своих пациентов по двум параметрам: критика к болезни и установка на трезвость (см.Главу 2).

После анализа полученных результатов больные были разбиты на три группы: в группу А вошли больные, у которых врачами отмечалась полная критика к болезни и твердая установка на трезвость; в группы В и С вошли больные, у которых отмечались частичная критика к болезни и твердая (группа В) или формальная (группа С) установка на трезвость. Условно было признано, что такое распределение больных по группам отражает нарастание выраженности анозогнозии от группы А к группе С.

Результаты процентного распределения по этим группам отражены в таблице 25.

Табл.25. Процентное распределение больных алкоголизмом в зависимости от выраженности анозогнозии (n=110)

Группа А	Группа В	Группа С
n=20	n=47	n=43
15,4%	43,9%	40,7%

Как видно из таблицы, несмотря на то, что пациенты обследовались перед выпиской, количество больных с полной критикой к болезни и твердой установкой на трезвость оказалось незначительным, большая часть больных попала в группы В и С, т.е. в группы больных с частичной критикой к болезни.

Анализ полученных результатов в зависимости от различных клинических признаков показал следующее.

Как видно из рисунка 11 подавляющее число пациентов с полной критикой к болезни и твердой установкой на трезвость имели умеренно-прогредиентный тип течения болезни, при этом число пациентов с выражено прогредиентным типом течения заметно возрастало от группы А к группе С. Так, что в группе пациентов с наиболее выраженной анозогнозией число пациентов с выражено-прогредиентным типом течения оказалось максимальным, по сравнению с пациентами групп А и В, помимо этого в эту группу попали пациенты со злокачественным типом течения болезни.

Напротив, величина скорости формирования ААС в этих группах продемонстрировала увеличение от группы А ($M=4,6 \pm 0,9$ лет) к группам В ($M=6,5 \pm 0,5$) и С ($M=6,9 \pm 0,6$) ($p < 0,05$ АС). Таким образом, оказалось, что выраженность анозогнозии уменьшается по мере ускорения формирования ААС. Эти результаты совпали с теми, которые были получены с помощью экспериментально-психологического исследования.

Результаты процентного распределения больных в зависимости от формы пьянства показаны в таблице 26.

Как видно из таблицы, пациенты с полной критикой к болезни и твердой установкой на трезвость в большинстве своем имеют

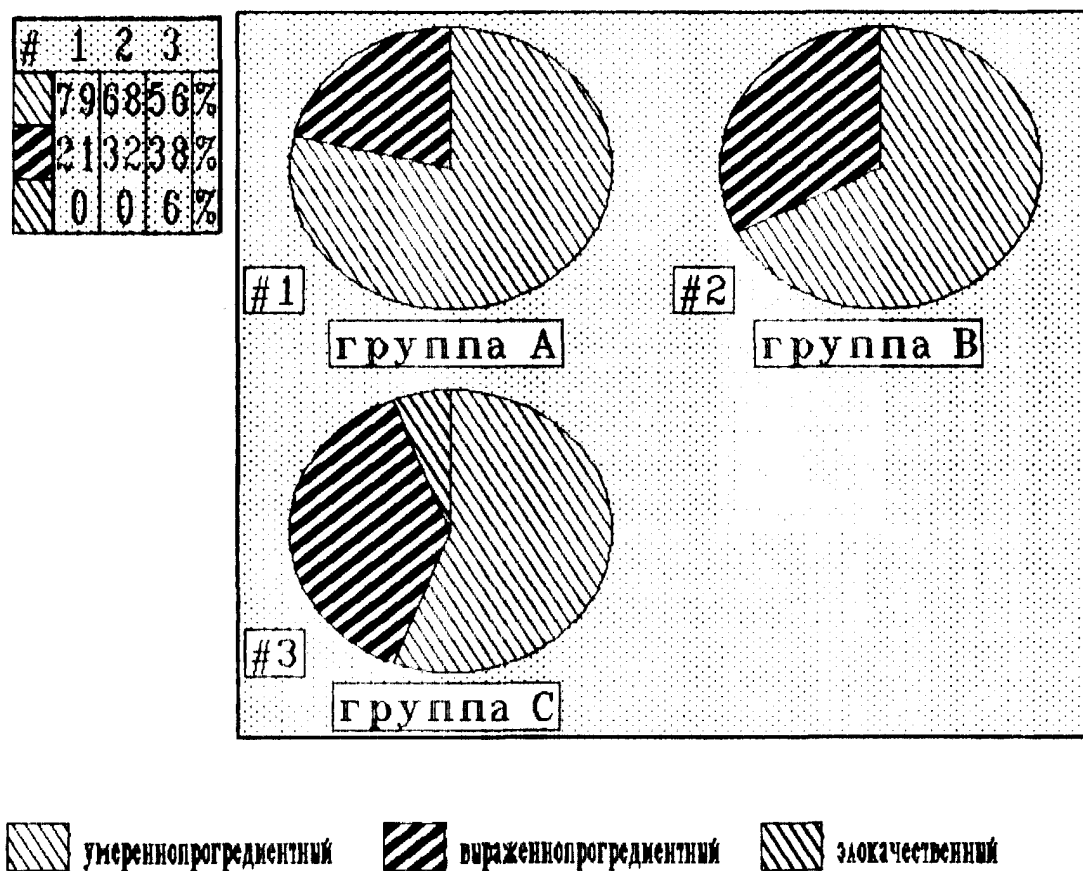


Рис.11.Процентное распределение больных алкоголизмом с разной степенью выраженности анозогнозии в зависимости от типа течения болезни

Табл.26. Распределение больных в группах А,В и С в зависимости от формы пьянства (%)

Форма пьянства	Группы		
	А	В	С
постоянная	14,3	2,5	27,0
непостоянная	7,2	7,5	13,5
псевдозапойная	28,6	60,0	29,7
запойная	42,9	30,0	29,7

запойную форму пьянства, у них также часто встречается псевдозапойная форма. Подавляющая часть пациентов с частичной критикой к болезни и твердой установкой на трезвость имеет псевдозапойную форму пьянства, у них часто встречается и запойная форма, для них не характерна постоянная и непостоянные формы пьянства. В группе пациентов с частичной критикой к болезни и формальной установкой на трезвость постоянная, псевдозапойная и запойная формы представлены равномерно, при этом у этой группы пациентов процентная величина постоянной формы является максимальной при сравнении с пациентами групп А и В.

Величина длительности заболевания у пациентов указанных групп уменьшалась от группы А ($M=9,4 \pm 1,4$) к группе В ($M=8,7 \pm 0,9$) и группе С ($M=7,6 \pm 0,9$). Таким образом, можно предположить, что выраженность анозогнозии уменьшается по мере роста длительности заболевания.

Результаты оценки длительности предшествующих ремиссий у

пациентов этих групп показаны в табл.27.

Как видно из таблицы, больше половины пациентов с полной критикой к болезни и твердой установкой на трезвость имели в прошлом ремиссии больше 2 лет, тогда как подавляющее число больных с частичной критикой и формальной установкой на трезвость в прошлом не имели ремиссий или их длительность не превышала 6 месяцев. Однако обращает на себя внимание, что значительная часть больных демонстрировавшая полную критику к болезни не имела в прошлом опыта ремиссий.

Табл.27.Распределение больных в группах А,В и С в зависимости от длительности предшествующих ремиссий (%)

Длительность ремиссий	Группы		
	А	В	С
Не было	21,4	32,5	35,2
До 6 мес	7,3	27,5	40,5
От 6 мес до 2 лет	14,2	15,0	13,5
Более 2 лет	57,1	25,0	10,8

Анализ результатов длительности ремиссии после обследования у выделенных групп больных не выявил аналогичных закономерностей. Так, процентное соотношение между больными, у которых длительность ремиссии была менее года или ее не было совсем и больными с длительностью ремиссии более года, было практически равным как внутри групп так и между группами (в группе А 46,2% больных имели ремиссию менее года и 53,8% более года, в группе В - 35,3% и

64,7%, в группе С – 53,1% и 46,9% соответственно). Из этого числа 15,4% больных из группы А, т.е. имевших полную критику к болезни и твердую установку на трезвость выпили сразу после выписки, тогда как в группе В таких пациентов было 5,9%, а в группе С 6,2%. Данные факты свидетельствуют о весьма низкой прогностической надежности длительности ремиссии, основанной на клинической оценке критики к болезни и установки на трезвость.

В этом смысле более значимым клиническим показателем оказался такой признак как тип течения болезни (связь с длительностью ремиссии по критерию $\chi^2=20,03$, на уровне значимости $p<0,01$). При этом у больных, у которых срыв произошел сразу или в течение 1–3 месяца после выписки отмечался в большинстве случаев выраженнопрогрессирующий тип течения (66,7%), и в меньшей степени умереннопрогрессирующий тип (33,7%). Примерно такое же соотношение отмечалось и у больных с ремиссией от 3 месяцев до года, тогда как у пациентов с ремиссией более года оно было обратным (70,5% с умереннопрогрессирующим течением и 29,5% с выраженнопрогрессирующим типом течения). На этих результатах по всей видимости сказалось наличие более выраженного влечения к алкоголю у больных с более тяжелыми формами течения болезни.

Оценивая в целом результаты клинико-психологического исследования, следует отметить, что при оценке пациентов врачи предпочитали усредненные характеристики (частичная, формальная) более четким (полная, отсутствует), в связи с чем разброс оценок оказался относительно небольшим. Однако, и на основании этих данных можно выявить следующие закономерности:

а) только очень незначительное число больных выписывается из от-

деления с полной критикой к болезни;

б) оценка врачами наличия критики к болезни и установки на трезвость оказалась непосредственно зависимой от субъективных показателей основанных на анамнестических сведениях, таких как тип течения или форма пьянства. Так, частичная критика к болезни и формальная установка на трезвость отмечались ими в основном у больных с выраженнопрогредиентным типом течения и постоянной формой пьянства и наоборот;

в) взаимосвязь врачебной оценки и более объективных данных, таких как длительность заболевания, скорость формирования ААС или длительность ремиссии после обследования оказалась более информативными.

3.4. Анализ общих взаимосвязей между результатами экспериментально-психологического и клинико-психологического исследования

Для исследования возможностей влияния интеллектуально-мнестических нарушений, возникающих в рамках психоорганического синдрома на формирование отношения к болезни, группы А, В и С выделенные в соответствии с экспертными оценками сравнивались между собой по всем результатам патопсихологических методик. Анализ не показал достоверно значимых различий между группами А, В и С. Исключение составляет только такой параметр результатов патопсихологических методик как величина ошибок типа "деформации" в Бентон-тесте (в группе А среднее число этих ошибок наблюдалось почти в полтора раза реже ($M=0,5 \pm 0,2$), чем в группах В и С

($M=1,3 \pm 0,2$) ($p < 0,05$)). С учетом того, что результаты выполнения психологических методик показали наличие нарушений интеллектуально-мнестических функций, свидетельствующих о наличии симптомов психоорганического синдрома, а выявить закономерности между степенью его выраженности и выраженностью анозогнозии не удалось, можно предположить, что выраженность анозогнозии непосредственно не зависит от наличия или отсутствия у больных алкоголизмом интеллектуально-мнестических нарушений, наблюдаемых во 2 стадии заболевания.

Выявление возможной зависимости выраженности анозогнозии от различной мотивации потребления алкоголя проводилось с помощью сравнения групп А, В и С по средним оценкам балльных величин различных мотивов потребления алкоголя. Результаты показаны в таблице 28.

В результате проведенного анализа выявлены некоторые закономерности, свидетельствующие о наличии зависимости между мотивами потребления алкоголя и выраженностью анозогнозии. Как видно из таблицы наибольшие различия отмечаются по величине традиционных мотивов потребления алкоголя, которые значительно более представлены в группах В и С. При этом, обращает на себя внимание, что в группе А больше всего представлена группа личностно-психологических мотивов, тогда как в группах В и С и личностно-психологические и социально-психологические мотивы играют одинаковую роль в общей структуре мотивации. Это хорошо видно в процентном соотношении социально-, личностно-психологических и собственно алкогольных мотивов к величине общего мотивационного напряжения по всем трем группам. В группе А процентное соотноше-

Табл.28. Средние оценки балльных величин мотивов потребления алкоголя в зависимости от выраженности анозогнозии

Мотивы потребления алкоголя	A	Группы B	C	Достоверность различий
Социально-психологические				
Традиционные	6,5	9,8	9,4	AB**, BC*
Субмиссивные	5,2	6,1	6,4	
Псевдокультурные	6,9	7,2	7,3	
Личностно-психологические				
Гедонистические	8,4	7,4	8,6	
Атарактические	9,2	8,8	8,0	
Активирующие	7,8	6,6	7,2	
Собственно алкогольные				
Похмельные	7,4	6,2	7,0	
Аддиктивные	4,7	3,7	4,7	
Самоповреждения	2,2	2,3	3,1	
Общее мотивационное напряжение	58,3	58,1	61,6	

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

ние социально-психологических и личностно-психологических мотивов равнялось 31,9% и 43,6%, в группе В -39,8% и 39,2%, в группе С 37,3% и 38,6%, при практически равных процентных долях собственно алкогольных мотивов.

Выраженность анозогнозии и преобладание того или иного типа отношения к болезни также оценивалась по средним оценкам методи-

в зависимости от выраженности анозогнозии

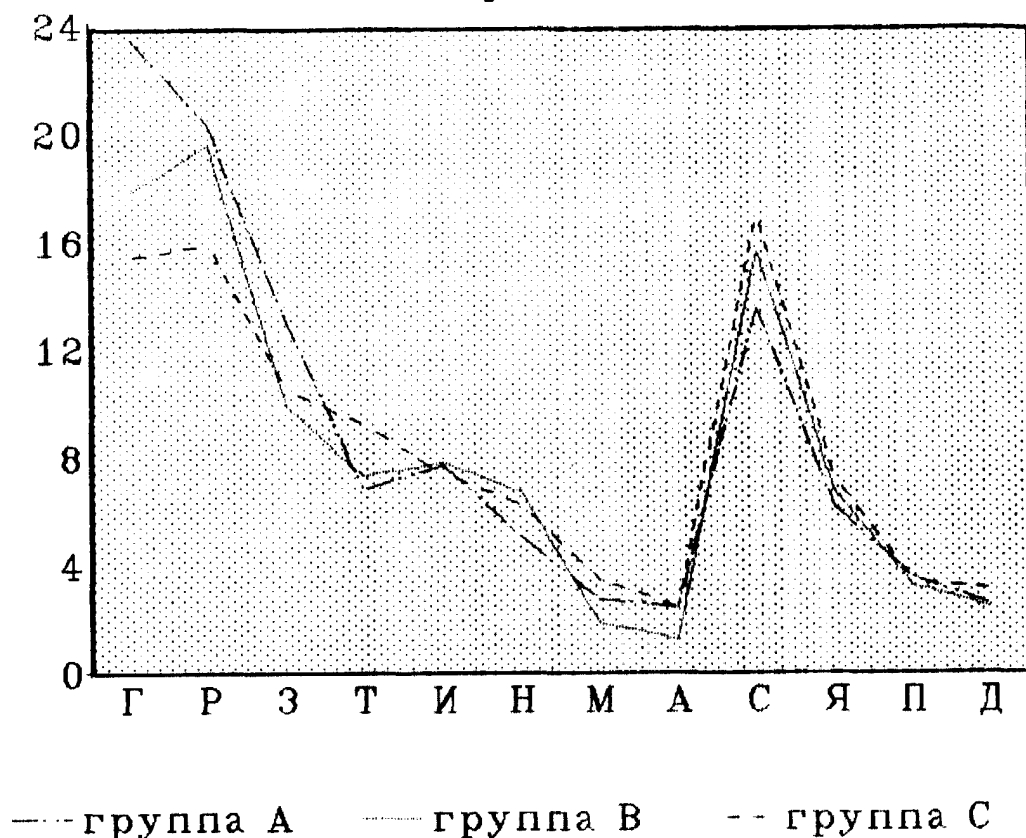


Рис.12. Профили средних величин суммарных оценок диагностических коэффициентов методики ТОВОЛ в зависимости от выраженности анозогнозии. По оси абсцисс – типы отношения к болезни, по оси ординат – суммарные значения диагностических коэффициентов. Г – гармоничный, Р – эргопатический, З – анозогнозический, Т – тревожный, И – ипохондрический, Н – неврастенический, М – меланхолический, А – апатический, С – сенситивный, Я – эгоцентрический, П – паранойяльный, Д – дисфорический

ки ТОБОЛ между группами А, В и С. Как видно из рисунка 12, в группе А, как и в группе В наибольших величин достигают типы гармоничный и эргопатический, величины которых значительно выше, чем величина анозогнозического типа; в группе же С разница между величинами этих типов незначительна. При этом разница в величинах гармоничного типа в группах А и С значимо различается ($p < 0,05$).

Помимо этого следует отметить возрастание по мере выраженности анозогнозии величин сенситивного и тревожного типов, что видимо отражает утяжеление течения болезни, в частности углубление аффективных расстройств. Отмечено также значительное возрастание величин таких типов как эгоцентрический и дисфорический.

Процентное соотношение суммарных оценок 1, 2 и 3 блоков в группах А, В и С показало, что в группе А наиболее представлен 1 блок, характеризующийся меньшей выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием. В группе же С соотношение всех трех блоков почти равно. Так, процентное соотношение 1, 2 и 3 блоков в группе А равнялось 52,8%, 23,2%, 24%, а в группе С уже 38,9%, 29,7%, 31,4%. В группе В результаты были промежуточными (46,9, 25 и 28,1% соответственно).

Результаты сопоставления групп А, В и С по методике ISI отражены в таблице 29.

Как видно из таблицы, по мере возрастания анозогнозии степень напряженности защиты имеет тенденцию к снижению, при этом в группе А, группе в которую входили больные с полной критикой к болезни и твердой установкой на трезвость по сравнению с больными других групп отмечались наибольшие оценки почти по

Табл.29. Средние балльные оценки защитных механизмов в зависимости от различной степени выраженности анозогнозии

Шкалы ISI	Группы			Достоверн. различий
	А	В	С	
Отрицание	6,3	4,9	4,9	AB*, AC*
Вытеснение	3,7	3,8	4,5	
Регрессия	5,7	5,4	5,1	
Компенсация	3,2	2,3	2,1	
Проекция	8,5	9,4	8,0	BC**
Замещение	4,1	3,6	3,6	
Интеллектуализация	6,5	6,4	5,9	
Реактивные образования	3,1	3,3	2,9	
СНЗ	41,1	39,1	37,0	

Примечание: *— $p < 0,05$; **— $p < 0,01$

всем видам защитных механизмов. "Отрицание", оказалось значительно выше в группе по клиническим показателям с наименее выраженной анозогнозией; значительно большей по сравнению с другими группами оказалась "проекция" в группе В. Также отмечаются тенденции роста "вытеснения" по мере увеличения анозогнозии и уменьшение выраженности таких защитных механизмов как "регрессия", "компенсация", "замещение", "интеллектуализация".

Таким образом, анализ общих взаимосвязей между результатами экспериментально-психологических и клинико-психологических иссле-

дований показал, что существуют определенные закономерности, свидетельствующие о наличии зависимостей между выраженностью анозогнозии выявленной клинически и такими параметрами экспериментально-психологического исследования, как мотивация потребления алкоголя, типы отношения к болезни и выраженность ряда защитных механизмов. Так, оказалось, что наблюдается прямая связь между отсутствием критики к болезни и наличием традиционной мотивации потребления алкоголя, незначительной представленностью компонентов гармоничного и эргопатического типов отношения к болезни, и ростом "отрицания" как защитного механизма, что в целом подтвердило полученные ранее результаты.

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИИ

Анализ структуры отношения к болезни у больных алкоголизмом в настоящей работе осуществлялся с позиций комплексного подхода через определение соотношений между отдельными характеристиками, в совокупности дающими представление об этих расстройствах. Выбор отношения к болезни и механизмов психологической защиты как одного из проявлений этого отношения в качестве предмета исследования позволил экспериментально изучить различные характеристики у больных алкоголизмом. В настоящем исследовании рассматривались 54 показателя, включающие данные анамнеза, клиническую оценку состояния больных, результаты психологических исследований и социально-психологические характеристики.

В результате математического анализа полученных результатов были определены основные взаимоотношения исследованных характеристик, оказывающих влияние на формирование отношения к болезни у больных алкоголизмом. К ним относятся: соотношение интеллектуально-мнестических нарушений, проявляющихся в рамках психоорганического синдрома и личностно-психологических особенностей, приводящих к формированию определенного типа отношения к болезни и особой защитной структуры и соотношение указанных личностно-психологических особенностей и клинико-психологических характеристик отношения к болезни.

Анализ литературных данных показал, что исследование личности больного алкоголизмом, отношения его к своей болезни не

возможны без оценки состояния его интеллектуально-мнестических функций, нарушения деятельности которых могут оказывать значительное влияние как на течение болезни, так и на отношение к ней и соответственно на выраженность алкогольной апнозогнозии. Данное исследование оказалось необходимым и потому, что ряд авторов считает последнюю проявлением психоорганического синдрома (Лукомский И.И., 1960; Энтин Г.М., 1973).

Анализ результатов исследования, направленного на оценку состояния интеллектуально-мнестических функций у больных на момент обследования показал, что характеристики как зрительной, так и слуховой памяти у них значительно отличаются от нормативных. В частности исследование зрительной памяти с помощью методики Бентон-тест показало, что больные алкоголизмом, по сравнению со здоровыми делают в два раза больше ошибок, из которых наиболее велико число ошибок типа "опущения". Результаты исследования слуховой памяти по методике "запоминание 10" слов также оказались значительно отличными от нормативных данных: в среднем по группе больные запоминали 8,43 слов с 5 предъявлений, тогда как нормальным считается запоминание 10 слов с 4-5 предъявлений ($p < 0,01$) (Блейхер В.М., Крук И.В., 1986). Почти у трети больных были выявлены нарушения зрительно-моторной координации (по данным методики Бендер-тест), квалифицированные как "органические". При этом следует отметить, что большинство обследуемых в процессе лечения получали препараты, стимулирующие интеллектуально-мнестические функции (ноотропные препараты).

Полученные результаты совпадают с данными литературных источников (Махова Т.А., 1988; Худик В.А., 1983; Ryan J., Lewis

С., 1988 и др.), и показывают, что нарушения ряда интеллектуальных функций у больных во 2 стадии алкоголизма уже значительно выходят за рамки нормы и только частично поддаются терапевтической коррекции.

Для выявления возможной взаимосвязи между выраженностью этих нарушений и алкогольной анозогнозией, полученные результаты сравнивались с данными клинико-психологической оценки наличия критики к болезни и с выраженностью компонентов анозогнозического типа по данным методики ТОВОЛ. При этом, полученные результаты показали совпадение основных значений, а именно: такой параметр результатов психопсихологических методик как величина ошибок типа "деформации" в Бентон-тесте, который по данным авторов методики является ошибкой специфически органического характера, отрицательно коррелировал, как с выраженностью анозогнозии по результатам клиническо-психологического эксперимента (т.е. с наличием или отсутствием критики к болезни по врачебной оценке), так и с выраженностью компонентов анозогнозического типа по данным методики ТОВОЛ. Результаты, полученные при применении других психопсихологических методик, продемонстрировали корреляции с иными типами отношения к болезни (неврастеническим, апатическим).

В целом сравнительный анализ показал, что увеличение выраженности расстройств, проявляющееся в характерных для больных алкоголизмом нарушениях зрительной и слуховой памяти и свидетельствующее о нарастании психоорганического синдрома, не приводит к увеличению выраженности анозогнозических реакций и сопровождается в основном возрастанием таких компонентов отношения

к болезни, которые характеризуются наличием личностной дезадаптации в связи с заболеванием. Клинически это уже выражается не в отрицании наличия у себя болезни, а в реакциях по типу раздражительной слабости, подавленном, угнетенном состоянии, "уходе" в болезнь, отказе от борьбы – "капитуляции" перед заболеванием, в ряде случаев дезадаптивным поведением, ведущим к нарушению социального функционирования. При этом больные либо стесняются своего заболевания, либо "используют" его в своих целях, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге и т.п.

Результаты, объединившие в себя данные экспериментально-психологического исследования типов отношения к болезни, механизмов психологической защиты и клинико-психологического исследования критики к болезни, и их соотносительность с клиническими характеристиками болезни показали:

– по данным методики ТООЛ у больных алкоголизмом чаще наблюдались следующие типы отношения к болезни: эргопатический, анозогнозический, сенситивный, смешанный эргопатически-анозогнозический и гармоничный. То, что по результатам этого исследования анозогнозический тип у больных алкоголизмом не является основным совпадает с данными исследования Б.М.Гузикова, В.М.Зобнева и Л.В.Клочковой (1990) и свидетельствует о том, что анозогнозия только в той или степени присуща больным алкоголизмом и не исчерпывает всех возможных содержаний отношения больного к своей болезни, а связана с другими подсистемами отношений личности и занимает в структуре личности определенную роль;

– по данным методики IST, при сравнении показателей, получен-

ных на контрольной группе и группе исследованных больных, наибольшие различия между группами были получены по таким видам защитных механизмов как "отрицание", которое было значительно более выражено у больных алкоголизмом и "компенсация", которая, наоборот была менее выражена у больных алкоголизмом, по-сравнению со здоровыми испытуемыми.

"Компенсация" является механизмом, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой-либо недостаточности с помощью подмены объекта таким образом, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало эту нехватку. У больных алкоголизмом весь спектр компенсирующих объектов и действий резко сужен и обеднен за счет универсального компенсатора-алкоголя, что и отразилось в результатах исследования.

Большие величины "отрицания" у больных алкоголизмом по-сравнению со здоровыми испытуемыми можно рассматривать двояко. С одной стороны повышенная способность отрицать неудовлетворяющие факты окружающей действительности может являться одной из причин, по которой негативное воздействие алкоголя на личность долго не замечается, что способствует развитию болезни, с другой может являться следствием привычного использования этого механизма уже в процессе болезни с тем, чтобы облегчить "укоры совести". Таким образом, остается неясным является ли выраженное "отрицание" следствием болезни или преморбидной чертой личности способствующей ее возникновению. В данном случае следует по-видимому просто признать факт этого преобладания у больных алкоголизмом, по-сравнению со здоровыми испытуемыми, как и функ-

ционально неразвитый и узко применяемый механизм "компенсации" и считать их основными характеристиками защитного реагирования этой группы больных. Вопрос же о причинно-следственной связи и первичности или вторичности этих механизмов оставить для дальнейшей разработки.

Сравнительный анализ данных, полученных по методикам ТООБЛ и ISI, показал во-первых, что выраженность анозогнозических реакций на болезнь согласуется с действием защитного механизма "отрицания", а во-вторых продемонстрировал зависимость между выраженностью защитных механизмов и величинами типов отношения к болезни, отражающими личностную дезадаптацию в связи с болезнью. При этом, наиболее тесно связанной с этими типами отношения оказался такой защитный механизм как "регрессия" (этот защитный механизм, по данным авторов методики непосредственно связан с психопатизацией личности и с ее незрелостью и психическим инфантилизмом, отражающим возврат к ранним стадиям развития личности), который продемонстрировал положительные корреляционные связи со всеми типами 2 и 3 блока, за исключением апатического. Тем самым экспериментально-психологически подтверждено предположение ряда отечественных авторов (Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1985; Классен И.А., Шмакова М.А., 1986; Рыбакова Т.Г., 1991) о влиянии на формирование отношения к болезни у больных алкоголизмом механизмов психологической защиты. А термин "алкогольное отрицание", используемый за рубежом и аналогичный отечественному термину "алкогольная анозогнозия" получил конкретное воплощение в величине "отрицания" как защитного механизма.

Анализ влияния на структуру отношения к болезни у больных

алкоголизмом клинических факторов и их взаимодействия показал, что основными клиническими характеристиками, вызывающими ее изменение являются прогрессивность течения болезни и ее длительность, а основной составляющей, изменяющейся под влиянием этих факторов – выраженность анозогнозических реакций. При этом, отмечена стойкая тенденция уменьшения их выраженности по мере увеличения прогрессивности заболевания. Так, у больных с умеренно-прогрессивным типом течения, по сравнению с пациентами с выраженно-прогрессивным типом течения увеличено число защитных реакций по типу "отрицания". Пациенты с более медленным формированием ААС (одной из характеристик прогрессивности заболевания) показали также большую величину анозогнозического типа отношения к болезни, что подтвердили и данные клинико-психологического эксперимента.

Аналогичное влияние на изменение структуры отношения к болезни, по данным настоящего исследования, оказывает и такой признак как длительность заболевания. Так, у пациентов с полной критикой к болезни величина длительности заболевания была большей, чем у больных с частичной критикой к болезни. Эта тенденция нашла свое отражение и в результатах методики ТОВАЛ: с ростом длительности заболевания отмечен и рост величин гармоничного и эргопатического типов, которые в основе своей имеют более реалистическое отношение к болезни и подразумевают участие ценностных систем связанных с профессиональной деятельностью в формировании этого отношения. Следует отметить, что частота госпитализаций также оказалась признаком, влияющим на изменение величины анозогнозического типа. Так, у больных с многократной госпитализацией

эта величина значительно меньше, чем у больных с первичной и вторичной госпитализациями.

Таким образом, настоящее исследование позволило выделить ряд клинических признаков, вызывающих уменьшение выраженности анозогнозических реакций у больных алкоголизмом. К ним относятся большая прогрессивность течения болезни, увеличение ее длительности и частота противоалкогольного лечения. Если рассматривать представления о болезни у больных как результат воздействия внешних и внутренних факторов, а действие защитных механизмов, как защиту сознания от этого воздействия, то влияние этих клинических характеристик на изменение структуры отношения к болезни оказывается связано в первую очередь с большим сомато-психическим дискомфортом в случае большей прогрессивности заболевания и тем самым к усилению давления на систему защиты больного, а также постепенным "привыканием" к мыслям о болезни по мере возрастания ее длительности. При этом, развитие адекватного представления о болезни у больных алкоголизмом проходит несколько этапов: начальный, при котором давление внешних и внутренних факторов оказывается незначительным, а механизмы защиты полностью блокируют их проникновение в сознание (представления больного о себе: "Я здоров"); кризисный, при котором давление внешних и внутренних факторов оказывается настолько сильным, что приводит к перенапряжению и срыву действия механизмов защиты и вызывает процесс частичного принятия болезни и ее симптомов в своем сознании. В этот период психотерапевтическое вмешательство, с целью коррекции представлений о болезни вызывает сильное сопротивление и выражается в декларативном отрицании у себя тех или

иных симптомов, на основании которых, по представлениям больного, можно диагностировать алкоголизм ("Я не болен, потому что..."); конечный, при котором, действие механизмов защиты минимизируется, и наступает наиболее реалистическое и критическое отношение к своему заболеванию ("Я болен").

Выявленная динамика представлений о болезни у исследованных больных отразила основные тенденции уменьшения выраженности анозо-гнозических реакций у больных алкоголизмом по мере развития болезни и совпала с мнением Э.Е.Бехтеля (1986), на природу этих изменений.

Третья группа результатов настоящего исследования объединила в себя данные изменения структуры отношения к болезни и механизмов психологической защиты в зависимости от наличия у исследованных больных личностных и аффективных расстройств.

При этом, анализ результатов не показал каких-либо зависимостей между наличием или отсутствием у пациентов акцентуаций характера и типом отношения к болезни. Распределение оценок у указанных подгрупп было практически одинаковым. Напротив, сравнение данных ТОВОЛ в зависимости от изменений личности приобретенных в результате болезни показало значительные вариации в структуре отношения к ней. Наибольшие изменения наблюдались у пациентов с расстройствами личности, типичными для психоорганического синдрома, которые резко отличались как от пациентов, с психопатоподобными и астеническими личностными нарушениями, так и от пациентов, у которых личностные изменения отсутствовали вовсе. У пациентов с психоорганическими расстройствами преобладали типы реагирования с интрапсихической направленностью: тре-

вожный (Т), ипохондрический (И), неврастенический (Н), меланхолический (М), апатический (А) и сенситивный (С). А величина дисфорического типа превышала балльные оценки пациентов других подгрупп в два раза. Результаты пациентов из двух других подгрупп: с астеническими и психопатоподобными расстройствами по этим показателям обнаружили сходные результаты, отражающие большую эмоционально-эффективную вовлеченность в процесс адаптации к болезни.

Исследование возможных взаимосвязей между особенностями защитного реагирования и личностными девиациями, как преморбидными, так и приобретенными в процессе болезни показало, что пациенты, у которых в преморбиде личностные отклонения не были выражены, в наибольшей степени продемонстрировали те признаки, которые были характерны для всей группы больных алкоголизмом в целом (т.е. значительное уменьшение величины "компенсации" и увеличение величины "отрицания", по сравнению с контрольной группой). То же самое касается и больных, у которых не наблюдалось изменений личности, возникших в результате болезни. Эта группа характеризовалась выраженной величиной "отрицания" и самой низкой величиной "компенсации", по сравнению с больными других подгрупп. С другой стороны, у всех пациентов, у которых наблюдались выраженные личностные особенности, как преморбидные, так и приобретенные достигала высоких величин "регрессия"; в исследовании отмечено ее увеличение во всех случаях наличия личностных расстройств, независимо от их характера или типа акцентуации, что подтверждает взаимосвязь между выраженностью "регрессии" и дезадаптивными типами отношения к болезни.

Попытка оценить влияние аффективных нарушений, выявленных клинически, на формирование типов отношения к болезни и структуру защитного реагирования подтвердила и дополнила полученные результаты. Так, оказалось, что наличие у больного при выписке в психическом статусе тревоги, внутреннего напряжения, снижения настроения, дисфории отражалось в высоких величинах "регрессии" и тревожного типа отношения к болезни. С другой стороны, уменьшение в статусе тревоги и наличие даже умеренновыраженной эйфории сопровождалось повышением величин "отрицания" и анозогнозического типа и приводила к резкому уменьшению способности трезвой оценки своего состояния (понижение величины гармоничного типа). Исходя из этого, наличие в психическом статусе больного умеренновыраженного напряжения и тревоги при выписке можно расценить как в какой-то степени благоприятный признак, свидетельствующий об уменьшении отрицания болезни, тогда как эйфорическое, приподнятое настроение является безусловно неадекватным.

Исследование типов отношения к болезни и структуры защитного реагирования в зависимости от мотивации потребления алкоголя у больных алкоголизмом также подтвердило обусловленность реакций на болезнь эмоционально-волевыми нарушениями. Так, пациенты, основными мотивами потребления алкоголя которых являлись атактические, связанные с подавлением выраженных отрицательных эмоциональных расстройств продемонстрировали типы отношения к болезни, соответственно зависящие от характера этих эмоциональных нарушений: тревожный, неврастенический, меланхолический. Напротив, больные, у которых основными мотивами потребления алкоголя являются не личностно-психологические, а социально-психологические

(традиционные) продемонстрировали анозогностический тип отношения к болезни. Отмеченное в процессе исследования уменьшение представленности традиционных мотивов и нарастание мотивов личностно-психологических (в первую очередь атактических) по мере развития болезни, отражает общие тенденции развития мотивации потребления алкоголя у больных алкоголизмом (Завьялов В.Ю., 1988) и на уровне прямых корреляционных связей еще раз подтверждают уменьшение выраженности анозогностических реакций по мере развития болезни.

В целом, экспериментально-психологическое исследование взаимосвязей между характеристиками личности и изменениями структуры отношения к болезни и защитного реагирования показало, что существует два основных направления, по которым идет формирование типов отношения к болезни у больных алкоголизмом. Эти направления определяются наличием или отсутствием эмоциональных нарушений и характерологических особенностей, связанных с эмоционально-волевой сферой личности. Первый тип характерен для лиц, у которых не отмечаются расстройства личности в преморбиде и достаточно устойчивых к приобретению личностных изменений в процессе болезни. В этом случае формируется гармоничный, эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни. Защитное реагирование отражает те характеристики, которые носят название "собственно алкогольных" (легковесность, не критичность к своему состоянию и т.п.) и характеризуются в основном низкой способностью разнообразия средств компенсирующих возникновение внутреннего дискомфорта и повышенной способностью к отрицанию вызывающих тревогу явлений окружающей действительности. Выраженность

"отрицания" отвечает за величину анозогнозических компонентов в формировании типа отношения к болезни и затрудняет переход к более благоприятному типу отношения.

Второй личностный тип характеризуется выраженными преморбидными личностными особенностями и стойкими аффективными нарушениями. К последним, в основном относятся такие как тревога, внутреннее напряжение, дистимия. Низкая фрустрационная толерантность приводит к перенапряжению защитных систем и неспособности защитных механизмов справиться с внутренним дискомфортом. Тип отношения в основном сенситивный, дополненный компонентами других типов в зависимости от преобладания тех или иных аффективных нарушений. Защитное реагирование характеризуется в первую очередь высокой степенью напряженности защиты и высокими величинами "регрессии" как ведущего защитного механизма.

Выделенные личностные типы по-видимому соответствуют описанным в литературе двум типам алкоголизма: первичному или основному и вторичному или реактивному (Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю., 1987; Winocur G., Clayton P., 1971; Conley J.J., Prioleau L.A., 1983; Heston L., 1992). Следует отметить также сходство в реагировании на болезнь пациентов первого и второго личностного типа в случаях значительной длительности заболевания и отсутствия своевременного лечения, вследствие нарастания неблагоприятного воздействия болезни на эмоционально-волевую сферу личности.

В заключение, с целью выявления наиболее "благоприятных" и "неблагоприятных" в плане прогноза вариантов реагирования на болезнь и особенностей защитного реагирования проводилось сопоставление результатов исследования с данными катамнестического

наблюдения. Анализ полученных результатов отразил общие тенденции увеличения длительности ремиссии в зависимости от выраженности адаптивных способов реагирования на болезнь. К последним, в первую очередь следует отнести увеличение выраженности эргопатического типа. В случаях же нарушения ремиссии в течение года после обследования отмечено возрастание таких типов как сенситивный, тревожный, ипохондрический и меланхолический, что сопровождалось увеличением "регрессии". Т.о., больные со стеничным, упорным отношением к работе, находящие в ней "лекарство" от болезни, тем самым способны более длительно сохранять трезвость. Этот факт объясняется, по-видимому, не только тем, что ориентация на профессиональные достижения является свидетельством большей сохранности личности, но и тем, что эргопатия является вариантом аддиктивного поведения (Narcoux G. 1980), и тем самым возникает эффект замещающей, компенсаторной деятельности, который позволяет испытывать меньший дискомфорт в период отмены привычного поведенческого стереотипа. Пациенты не способные воспользоваться этим вариантом компенсаторного поведения, эмоционально нестабильные, мнительные и тревожные оказываются в меньшей степени способными к длительной ремиссии, что еще раз подтверждает то значение, которое приобретает коррекция эмоциональных нарушений в процессе ремиссии, как фактор способствующий профилактике рецидива (Бокий И.В., 1983; Ерышев О.Ф., Балашова Т.Н., Рыбакова Т.Г., 1988; De Soto C.B., O'Donnell W.E. et al., 1985; Brown S.A., Schuckit M.A., 1988; Schuckit M., Hesselbrock V., 1994).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Проблема отношения к болезни у больных алкоголизмом до сих пор изучалась, в основном, с точки зрения клинического подхода. При этом, в основу представления об отношении к болезни у больных алкоголизмом было положено описание особого клинико-психологического феномена, наблюдающегося при этом заболевании – анозогнозии. На практике, оценка отношения к болезни ограничивалась клиническим определением выраженности анозогнозии и признанием наличия или отсутствия критики к болезни, без тонкой дифференцированной оценки этого отношения. В связи с этим, психологическая диагностика отношения к болезни у больных алкоголизмом, с использованием методики "Тип отношения к болезни", обеспечивает более точную оценку состояния больного и способствует тем самым, индивидуализации лечебного процесса.

Методика предназначена для оценки особенностей личностного реагирования на болезнь и, в клинике алкоголизма, дает возможность не только оценить характер сформировавшегося типа отношения к болезни, который может быть как благоприятным (гармоничный, эргопатический), так и неблагоприятным (анозогнозический, сенситивный), но и характер трудностей, которые могут возникать при психотерапевтическом воздействии. Например, в случае анозогнозического типа целью психотерапевтического вмешательства является алкогольное отрицание, в то время как при сенситивном и других дезадаптивных типах отношения основное внимание следует уделить осознанию эмоционально-личностных проблем пациента, зачастую

провоцирующих возникновение патологического влечения к алкоголю.

Принимая во внимание недостаточную разработанность клинической оценки отношения к болезни при этом заболевании, мы рекомендуем широкое применение этой методики как для оценки состояния больных, так и в целях прогноза успешности лечения.

Особое значение в диагностике отношения к болезни у больных алкоголизмом приобретает использование методики "Life style index". С ее помощью можно определить характер защитного стиля больного, тесно связанного с клинической оценкой выраженности анозогнозии. Ее применение также позволяет получить общую количественную оценку выраженности защитного напряжения, в свою очередь связанного с наличием в психическом статусе аффективных расстройств. Об этом же свидетельствует и повышенный показатель "регрессии". Высокие величины "регрессии" указывают также на возможность импульсивных поступков по типу "реализация в действии". При работе с этими пациентами психотерапевту также следует учитывать их склонность к формированию со-зависимостей (Timen L., Sermak M., 1986), в связи с чем, особенно в отношении этих пациентов, рекомендуется формирование психотерапевтического контакта с членами их семей.

В процессе психодиагностики защитного стиля рекомендуется также обращать внимание на выраженность такого защитного механизма как "компенсация", неразвитость которого является одной из особенностей больных алкоголизмом. При этом, расширение диапазона компенсаторных возможностей пациента становится также одной из задач психотерапии.

Реализация задач коррекции отношения к болезни тесно связана с основной целью лечения больных алкоголизмом - формированием полноценных ремиссий. Поэтому в том или ином объеме они включаются в психотерапевтический процесс практически во всех случаях. Существенное значение при этом имеет тот факт, что по данным настоящего исследования выраженность алкогольной анозогнозии (проявляющаяся по данным методик ТОБОЛ и LSI в высоком "отрицании" и повышении величины анозогнозического типа) не является определяющим фактором при прогнозировании длительности ремиссии, т.е. ремиссия может быть длительной и вне зависимости от того, есть или нет полная критика к болезни и зависит в первую очередь от наличия или отсутствия эмоционально-волевых нарушений и установки на трезвость. Это дает возможность в процессе психотерапевтической работы не форсировать преодоление алкогольной анозогнозии, а признать за ней, как за защитной функцией право на существование на определенном этапе болезни. При этом, в каждом индивидуальном случае задачей врача становится понимание того, какую именно угрозу для пациента несет в себе признание болезни? Это может быть угроза самооценке или нежелание принимать ограничения закономерно возникающие в результате установки и принятия трезвого образа жизни, или нежелание вообще что-либо менять в ней. Отсюда вытекает необходимость помощи врача в создании смысловых установок трезвости.

Более подробно в настоящих рекомендациях особенности психотерапевтической работы с больными алкоголизмом в зависимости от преобладающего у них типа защитных механизмов рассматриваться не

будут, в связи с пока еще недостаточной разработанностью этого вопроса. Однако можно сказать, что в процессе психотерапии могут с успехом использоваться уже описанные техники воздействия на механизмы защиты и сопротивления: демонстрация, конфронтация и пр. (Greenson R., 1986; Zimberg S., Wallace J., Blume S., 1985). Разработка этих приемов применительно к психотерапевтической работе с больными алкоголизмом планируется как основа для дальнейших исследований в этой области.

ВЫВОДЫ

1. Отношение к болезни при алкоголизме представляет собой комплекс переживаний и ощущений больного, его интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих реакций на болезнь и включает в себя как сознательные, так и бессознательные процессы адаптации к болезни, проявляющиеся в действии механизмов психологической защиты и входящие в структуру алкогольной анозогнозии.
2. Нарушения зрительно-моторной координации, зрительной и слуховой памяти наблюдаемые у исследованных больных и входящие в структуру психоорганического синдрома не влияют на выраженность анозогнозических реакций личности на болезнь.
3. Отношение к болезни в целом у больных алкоголизмом определяется наличием или отсутствием эмоциональных нарушений и характерологических особенностей, связанных с эмоционально-волевой сферой личности.
4. Больные алкоголизмом, у которых отсутствуют личностные девиации в преморбиде и характеризующиеся относительной устойчивостью к личностной деформации в процессе болезни, демонстрируют гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни. Больные с акцентуациями личности в преморбиде и/или с приобретенными в процессе болезни личностными изменениями демонстрируют сенситивный тип отношения к болезни в сочетании с тревожным, меланхолическим, апатическим и другими типами, выбор которых определяется наличием тех или иных эмоциональных нарушений.
5. Стратегия психологической защиты больных алкоголизмом по-

сравнению со здоровыми характеризуется действием минимально представленного механизма "компенсации", и повышенного "отрицания". По мере развития болезни все большее значение в структуре психологической защиты приобретает "регрессия".

6. Алкогольная анозогнозия представляет собой комплекс действующих защитных механизмов, ведущим из которых является "отрицание", охраняющее сознание пациента от информации, вызывающей психологический дискомфорт и провоцирующей тревогу. "Срыв" действия защитных механизмов, оказывающий положительное влияние на выработку адекватного представления о болезни, значительно легче происходит у пациентов с большей давностью заболевания и более выраженной его прогрессивностью.

7. Наиболее благоприятным для прогноза ремиссии является такое отношение к болезни, в основе которого лежит стеничная установка на работу и профессиональную деятельность. Наиболее неблагоприятным является отношение к болезни, формирующееся под влиянием выраженных эмоциональных нарушений (тревоги, внутреннего напряжения, дистимии). При этом выраженность анозогнозических реакций не является фактором, обладающим большой прогностической значимостью в плане прогноза ремиссии.

8. Выделение основных типов формирования отношения к болезни и защитного реагирования делает возможным проведение дифференцированной психотерапии по коррекции отношения к болезни у больных алкоголизмом 2 стадии, с учетом характерологических особенностей пациента и с использованием техник, предназначенных для воздействия на механизмы защиты и сопротивления.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Анастаси А. (а). Психологическое тестирование. Книга 1, М., Педагогика, 1982.
2. Анастаси А. (б). Психологическое тестирование. Книга 2, М., Педагогика, 1982.
3. Анонимные алкоголики. Нью-Йорк, 1989.
4. Балашова Т.Н., Перминова С.В. Исследование особенностей взаимоотношений с родителями больных алкоголизмом молодого возраста (в связи с задачами профилактики рецидивов). - В кн. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркомании, Л., с.39-46.
5. Баскина Н.Ф. Психофизиологические характеристики и возможности прогнозирования длительности ремиссий при алкоголизме. Сб. науч. тр. Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1987, 118.
6. Бассин Ф.В. О силе "Я" и "психологической защите". Вопросы философии, 1969, №2, с.118-125.
7. Бассин Ф.В. Предисловие. - В кн. Шерток Л. Непознанное в психике человека, М., 1982, с.
8. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
9. Березин Ф.Б. Формирование психофизиологических соотношений и психосоматический континуум. - В кн. Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза. Каунас, 1983, с.120-122.
10. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем, М., Медицина, 1986.

11. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика, Киев, 1986.
12. Бобров А.Е. Патологическое развитие личности при хроническом алкоголизме. М., 1988. Автореф. докт. дис. мед. наук, М., 1988.
13. Бокий И.В. Аффективные нарушения у больных алкоголизмом и вопросы терапии. - В кн. Аффективные нарушения при алкоголизме. Л., 1983, с. 5-9.
14. Бокий И.В., Гузиков Б.М. Преодоление анозогнозии при алкоголизме в процессе групповой психотерапии. - В кн. Клинико-психологические исследования групповой психотерапии, Л., 1979, с. 95-99.
15. Бокий И.В., Удальцова М.С. Прогнозирование ремиссий у больных алкоголизмом. 7ой Всес. съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докл. М., 1981, т. 1, с. 206-207.
16. Бокий И.В., Цыцарев С.В. Алкоголизм и самосознание личности. - В кн.: Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Тезисы докладов, Л., 1986, с. 351-354.
17. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., МГУ, 1974.
18. Братусь Б.С. Аномалии личности, М., 1988.
19. Василюк Ф.Е. Психология переживания. МГУ, 1984.
20. Вассерман Л.И. Отношение к болезни больных эпилепсией: клинико-психологические корреляции. В сб. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990, с. 62.
21. Вассерман Л.И., Зайцев В.П. Введение. - В кн. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и

- соматической патологии. Л., 1990, с. 5-7.
22. Вассерман Л.И., Иовлев Б.И., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Метод. рекомендации. НИИ им. В.М. Бехтерева, Л., 1987.
23. Вассерман Л.И., Иовлев Б.И., Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Гильяшева И.Н., Клещко Ю.К., Гуменюк Н.В., Карпова Э.В., Лещенко Г.Я. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и пограничных нервно-психических расстройствах. Метод. рекомендации. НИИ им. В.М. Бехтерева, СПб, 1991
24. Габоев В.Н. Алкогольная анозогнозия при хроническом алкоголизме. Ж. невропатол. и психиатрии, 189, 89, N2, с. 98-101.
25. Гадияскарова Ф.Р. Изменения цветового зрения и поля зрения у больных хроническим алкоголизмом, Казан. мед. ж., 1987, 68, Т 6, 434-435.
26. Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. Современная тенденция создания психотерапевтических программ в наркологии. - В кн. Психологические исследования и психотерапия в наркологии, Л., 1989, с. 7-11.
27. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Клочкова Л.В. Исследование отношения к болезни у больных алкоголизмом. - В кн. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии, Л., 1990, с. 70-72.
28. Гузиков Б.Н., Зобнев В.М., Мейроян А.А. О социально-психологических аспектах алкогольной анозогнозии. - В кн. Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных, Л., 1984.

29. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., Рыбакова Т.Г.
Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме.
Методические рекомендации, Л., 1980.
30. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин, Л., 1988.
31. Гулямов М.Г., Захаров В.В. Особенности нарушения функционального состояния слухового анализатора у больных хроническим алкоголизмом. Алкоголизм, М., 1988, с.12-14.
32. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. Нью-Йорк, 1989.
33. Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. М., 1993.
34. Ерышев О.Ф. Профилактика рецидивов алкоголизма на различных этапах становления ремиссии. - В кн. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркомании, Л., 1991, с.7-13.
35. Ерышев О.Ф., Балашова Т.Н., Рыбакова Т.Г. Аффективные расстройства у больных алкоголизмом в ремиссии. - Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма, М., 1988, с.49-53.
36. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологические особенности ремиссий при алкоголизме. В сб. Психологические исследования и психотерапия в наркологии, Л., 1989, с.16-32.
37. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости, Новосибирск, 1988.
38. Захаров В.В. Влияние хронической алкогольной интоксикации на функциональное состояние слухового анализатора. Клиника патогенез, лечение алкоголя забол. и токсикоманий, Душанбе, 1987, 64-75.
39. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма. В кн. Алкоголизм: руководство для врачей, М., 1983.

40. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. 2-е изд.
М., 1985.
41. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике, Л., Медицина, 1983.
42. Калина О.М. Психоорганические нарушения при алкоголизме. Дис. канд. мед. наук, Л., 1982.
43. Калмыкова Е.С. Механизмы психологической защиты и их роль в развитии личности. В кн. Методологические и теоретические проблемы современной психологии. М., 1988.
44. Калмыкова М.А., Петракова Т.И. К вопросу о психологическом изучении анозогнозии при алкоголизме. - В кн. Лечение и реабилитация больных с пограничными нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом, М., 1988, с. 91-97.
45. Классен И.А. Психотерапия больных алкоголизмом в зависимости от личностных особенностей и клинических проявлений заболевания. Автореф. канд. мед. наук., М., 1983.
46. Классен И.А., Шмакова М.А., Динамика анозогнозии у больных алкоголизмом после психотерапевтического лечения, Казанский мед. журнал, 1986, 67, 2, с. 115-118.
47. Ключкова Л.В. Клинико-психологическое исследование особенностей формирования внутренней картины болезни у больных алкоголизмом. - В кн. Психологические исследования и психотерапия в наркологии, Л., 1989, с. 49-53.
48. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголь, Новосибирск, 1987.
49. Костандов Э.А. Функциональная асимметрия полушарий мозга и неосознаваемое восприятие. М., 1983.

50. Кузнецов В.Н., Олейник А.В., Черницкая И.И., Коротыножкин В.Г., Савченко В.П. Исследование некоторых сложных форм высшей нервной деятельности у больных хроническим алкоголизмом. Ж. высш. нервн. деят-ти., 1989, 39, т.6., С.1142-1145.
51. Личко А.Е. Психология отношений как теоретическая концепция медицинской психологии и психотерапии. - Ж. невропатол. и психиатрии им.С.С.Корсакова, 1977, 12, 1833-1835.
52. Личко А.Е., Иванов И.Я. Методы психологического обследования соматических больных. - Ж. невропатологии и психиатрии им.С.С. Корсакова, 1980, 8, с.1195-1198.
53. Лукомский И.И. Организация и методика лечения больных алкоголизмом, М., 1960.
54. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания, М., 1944.
55. Лурия А.В. Высшие корковые функции человека. М., 1962.
56. Лысенко И.П., Ревенко А.Д. Сравнительная характеристика психической деятельности и личности больных опийной наркоманией и алкоголизмом. 8 Всес. съезд невропатол., психиатров и наркол., Москва 25-28 окт., 1988, Тез. докл. т.1., М., 1988. - С.392-394.
57. Махова Т.А. Когнитивный компонент в структуре нарушений памяти у больных хроническим алкоголизмом. 8 Всес. съезд невропатол., психиатров и наркол., Москва 25-28 окт., 1988, Тез. докл. Т.1., М., 1988., С.397-399.
58. Меерзон М.М. К характеристике личностных расстройств и отношения к болезни у больных алкоголизмом. - Депонир.

- рукопись (Д14828), Минск, 1988.
59. Мелик-Парсаданов М.Ю. Клиника, психологические механизмы и психотерапия неврозов у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма. Автореф. канд. дисс. Л., 1987.
60. Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях. Вопросы психологии, 1990, N 5, с. 106-111.
61. Морозов Л.Т. Самооценка злоупотребления алкоголем у больных и здоровых: роль ситуации обследования и возраста, Алкоголизм, М., 1988, с. 27-29.
62. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Изд. ЛГУ, Л., 1960.
63. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм, Л., 1989.
64. Николаенко В.Н. Особенности психотерапевтического контакта между врачом и больным алкоголизмом с аффективной патологией. - В кн. Аффективные нарушения при алкоголизме. Л., 1983, с. 132-139.
65. Павлов И.С. Комплексная психотерапия больных хроническим алкоголизмом в зависимости от личностных особенностей. Автореф. канд. мед. наук, М., 1978.
66. Познанский А.С. Внутренняя картина болезни при хроническом алкоголизме. - Третий Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, т. 3, М., 1974, с. 267-269.
67. Политов В.В. Клинические проявления анозогнозии у больных алкоголизмом. Автореф. канд. мед. наук, М., 1981.
68. Психология. Словарь, М., Политиздат, 1990.
69. Розов А.И. Переживание комического в свете некоторых более общих закономерностей психической деятельности. Вопросы

- психологии, 1979, N2, с.117-125.
70. Ротенберг В.С. Межполушарная интеграция и проблема психологической защиты.-В кн.Физиология человека и животных, т.35. Проблемы современной психофизиологии, М., 1989, с.206-217.
71. Рубинштейн С.Я.Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство). М., 1970.
72. Рудестам К. Групповая психотерапия.Психокоррекционные группы:теория и практика.М.,Прогресс,1990.
73. Рыбакова Т.Г. Значение преодоления алкогольной анозогнозии в профилактике рецидивов.- В кн.Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркомании, Л., 1991, с.14-25.
74. Савенко Ю.С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология.-В кн.:Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний.М.,1974,с.95-112.
75. Сидоров П.И.Деонтологические аспекты профилактики рецидивов раннего алкоголизма.-В кн.Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях, С-Пб, 1991, с.59-65.
76. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности, М., МГУ, 1980.
77. Спивак Л.И., Поляков В.П. Вопросы психогигиены и психопрофилактики в современных условиях. Военно-медицинский журнал, Л., 1982, N 2, с.59-61.
78. Столин В.В. Самосознание личности.МГУ, 1983, 286 с.
79. Ташлыков В.А.Стили невротического поведения (на основе типологии внутренней картины болезни).-В кн.Психологическая

- диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии, Л., 1990, с. 44-49.
80. Ташлыков В.А Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для групповой психотерапии.-В кн. Групповая психотерапия. М., 1990.
81. Трусов В.П. Социально-психологические исследования когнитивных процессов. Л., 1980.
82. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни.-В кн. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии, Л., 1990, с. 32-38.
83. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм, М., 1977.
84. Филатов А.Т., Кочарян А.С., Кочарян Т.С. Психологическая защита. Методические рекомендации, Харьков, 1986.
85. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М., Наука, 1989, 456с.
86. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. М., Педагогика, 1986а, 1т.
87. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. М., Педагогика, 1986б, 2т.
88. Худик В.А. Динамика интеллектуально-мнестических нарушений у больных алкоголизмом.-Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1983, №3, с. 430-435.
89. Чудновский В.А., Табеев И.Ф. Некоторые особенности абстинентного синдрома у больных хроническим алкоголизмом молодого возраста с органическим поражением головного мозга. В Всес. съезд невропатол., психиатров и нарколг. Москва 25-28 окт., 1988, Тез. докл. Т.1, М., 1988., С. 456-458.

90. Шерток Л.Непознанное в психике человека.М., "Прогресс", 1982, 312 с.
91. Энтин Г.М.Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи, М., 1979.
92. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. М., Медицина, 1990.
93. Ядов В.А. Социологическое исследование (методология, программа, методы), М., Наука, 1972.
94. Якунина О.Н. Психодиагностическое значение метода визуальной ретенции при эпилепсии. В сб. Медико-психологические аспекты эпилепсии. Саранск, 1987, с. 104-111.
95. Ablon S.L., Carson G.A. & Goodwin F.K. Ego defense patterns in manic-depressive illness. American Journal of Psychiatry, 1974, 131, 803-807.
96. Allen A. Stealing as a defence. - Psychoanalytical quarterly, 1965, v. 34, p. 572-583.
97. Arieti S. (Ed.). American handbook of psychiatry. N.Y.: Basic Books, 1974.
98. Battista J.R. Empirical test of Vaillant's hierarchy of ego functions. Am.J. Psychiatry, 1982, 139, p. 356-357.
99. Bellak L., Hurvich M. & Gediman N.K. Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals. N.Y.: Wiley, 1973
100. Bender L. A visual motor gestalt test and its clinical use. Amer. Orthopsychiat. Assoc, Research Monograph, 1938, No. 3.
101. Benton A.L. La signification des tests de retention visuelle dans la diagnostic clinique. - Rev. Psychol. Appl., 1952, N2, p. 151-179
102. Blanck G., Blanck R. Ego psychology: theory and practice,

N.Y.,1974.

103. Blanck G.,Blanck R. Ego psychology 2:Psychoanalytic developmental psychology, N.Y., 1979.
104. Blane H.T., Leonard K.E. Psychological theories of drinking and alcoholism. N.Y.,Guilford, 1987.
105. Bond M., Gardiner S., Christian J., Sigel J. An empirical examination of defense mechanisms. Arch. Gen.Psychiatry, 1983,40,p.333-338.
106. Bond M., Paris J., Zweig-Frank H. Defense styles and bordeline personalyty disorder. J.Pers.Disorders,1994, 8,1,p.28-31.
107. Borgeat F.,David H.,Saucier J.F.,Dumont M.Perceptual defense and valnerability to postpartum depression. Acta Psychiatry Scand.,1994,90,6,p.455-458.
108. Brown S.A.,Schukit M.A. Changes in depression among abstinent alcoholics. J.Stud.Alcohol,1988, 49,p.412-417.
109. Buckley P.,Conte H.R., Plutchik R., Wild K. & Karasu T.B. Psychodynamic variables as predictors of psychotherapy outcome. American Journal of Psychiatry,1984, 141,742-748.
110. Caldwell A.,O'Hare C. A Handbook of MMPI Personality Types, Clinical Psychological Services, Inc., Santa Monica, 1975.
111. Canter A. The Canter Background interference procedure for the Bender gestalt test. Manual for Administration, Scoring and Interpretaition. Western Psychological Services,1976.
112. Carnes P. A gentle path through the twelve steps: a guide-book for all people in the process of recovery. Minneapo-lis, 1989.

113. Centofanti M., Carusi G., Antonioni R., Spaziani D., Casacchia M. Variabili cognitive nella dipendenza alcolica. Alc. e benessere: Opin. confronto: 6 Congr. naz., Firenze, 27-29 ott., 1988. [Vol.11/Soe ital.alc.(SIA).-Bologna, 1988. - C.521-524.
114. Centofanti M., Spaziani D., Gioia D., Antonioni R., Casacchia M. Deficit cognitivi e risposta al trattamento in un gruppo di pazienti alcolisti. Alc. et benessere: Opin. confronto: 6 Congr. naz., Firenze, 27-29 ott., 1988. [Vol.2]. Abstr.- [Bologna], [1988].-C.127.
115. Conley J.J., Prioleau L.A. Personality Typology of Men and Women Alcoholics in Relation to Etiology and Prognosis. J. of Studies on Alcohol. V.44., N6, 1983, 996-1010.
116. Conte H.R., Plutchik R., Schwartz B. & Wild K. Psychodynamic variables related to outcome in hospitalized schizophrenics. Paper presented at The Convention of the American Psychological Association, 1983, Anaheim, CA.
117. Day M., Manschreck J. Delusional (Paranoid) Disorders. In: The New Harvard Guide to Psychiatry. (ed.) Nicholi A., London, 1988, p.296-308.
118. Dello Russo V., Maggio A., Annicchiarico V., Calabrese F. Aspetti psicologici e psicodinamici dell'astemio. Alc. e benessere: Opin. Confronto: 6 Congr. naz., Firenze, 27-29 ott., 1988., Vol.1, Bologna, 1988.-C.495-506.
119. Deneke F.W. Die regulation des selbstlebens bei gesunden psychosomatischen, psychoneurotischen und alkoholkranken patienten. Psychother. Psychosom., Med. Psychol., 1994,

44,8,p.260-266.

120. De Vito R.A., Flanerty L.A., Mozdzierz G.J. Toward a psychodynamic theory of alcoholism, 1970, (цит. по Т.А.НЕМЧИН, С.В.Цыцарев. Личность и алкоголизм. Л., 1989)
121. DSM-II Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968.
122. DSM-III Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3d ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
123. Elder I.R. Conducting group therapy with addicts: a guidebook for professionals. Tab. Books, 1990.
124. Elias J.W., Marshall P.H. ((Ed.) Cardiovascular disease and behavior, Washington, 1987.
125. Enright J.B. An introduction to gestalt therapy. - In: Stephenson (Ed.), Gestalt therapy primes, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1975.
126. Festinger L. (Ed.), Conflict, decision and dissonance, Standford: Standford univ. press, 1967.
127. Forsberg L., Goldman M. Experience-dependent recovery of cognitiv deficits in alcoholis: Extended transfer of training. J. Abnorm. Psychol. - 1987. - N4. - C. 345-353.
128. Frazier S.H. A psychiatric glossary, Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1975.
129. Freedman A.M., Kaplan H.I. & Sadock B.J. (Eds.). Comprehensive textbook of psychiatry, v.2, Baltimore: Williams & Wilkins, 1975.

130. Freud S. The Neuro-Psychoses of Defense, 1894.
131. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety, 1926.
132. Freud A. The ego and the mechanisms of defense, 1937,
International Universities Press, Madison, Connecticut, 1991.
133. Froese A., Vasquez E., Cassem N.H., Hackett T.P. Validation
of anxiety, depression and denial scales in a coronary care
unit. Journal of Psychosomatic Research, 1974, 18, 137-141.
134. Gaillard J.M. Psychopathology and psychotherapy of chronic
insomnia. Psychotherapies, 1994, 14, 3, p. 147-152.
135. Gillett E. The two meanings of "defense": toward an integ-
ration of cognitive psychology and psychoanalytic theory.
Psychoanal. Psychol., 1994, 11, 2, p. 167-188.
136. Gillett E. The secret of successful defense. J. Am. Psychoanal.
assoc., 1994, 42, 1, p. 109-141.
137. Godde T., Tent L. Uber die Wirksamkeit eines psychologischen
Trainingsprogramms fur hirngeschadigte Alkoholiker. Z. klin.
Psychol.-1989.-18, n 3.-C. 215-229.
138. Goldman R., Goldman M. Experience-dependent cognitive
recovery in alcoholics: a task component strategy.
J. Stud. Alcohol.-1988. -49, N 2.-C. 142-148.
139. Greenson R. The technique and practice of psychoanalysis.-
New York, 1986.
140. Grotstein J. Splitting and projective identification. N.Y.,
1981.
141. Gudeman J. The person with chronic mental illness. In:
The New Harvard Guide to Psychiatry. (ed.) Nicholl A., London,
1988, p. 714-727.

142. Haan N. Coping and defending. San-Francisco, 1977.
143. Hamburg D., Elliott G., Parron D. Health and behavior: frontiers of research in the biobehavioral sciences, Washington, 1982
144. Havens L. Making contact. Use of language in psychotherapy, London, 1986.
145. Hesselbrock M. Cognitive impairment, recovery and alcohol use in alcoholics at one year follow-up. 2nd Nat. Conf., Alcohol Abuse and Alcohol., San Diego, Calif., Oct30-Nov.2, 1988: Poster Abstr.-[San Diego (Calif.)], 1988.C.23
146. Heston I. Mending minds. A guide to the psychiatry of depression, anxiety and other serious mental disorders. N.Y., 1992.
147. Holt R.R. Methods in Clinical Psychology, N.Y., 1978, v.2. Projective Assessment.
148. Horney K. New ways in psychoanalysis, Norton, N.Y., 1939.
149. Ihilevich D., Gleser G.C. Defense mechanism inventory. In.: Catalog Psychological assessment, Harcourt Inc., 1990, USA.
150. John U. Psychological defence, phase of dependence and further prerequisites for the intention of alcoholics to abstain, Drug and Alcohol Depend, 1988, 22, N 3, c.209-214.
151. Kaplan H., Sadock B. Clinical psychiatry. Baltimore, 1988.
152. Kaufman E. The psychotherapy of dually diagnosed patients. J. Subst. Abuse Treat, 1989, 6, N 1, c.9-18.
153. Kellerman H., Burry A. Handbook of psychodiagnostic testing: personality analysis and report writing. N.Y., 1981.

154. Kellerman H., Burry A. Psychopatology and differential diagnosis a primer. N.Y., 1988.
155. Kofta M. Some interrelation between conscionsness, behavior integration and defense mechanisms. - В кн. Бессознательное природа, функции, методы исследования, Тбилиси, 1978, т.3, с.402-413.
156. Kreitler H., Kreitler S. The cognitive determinants of defensive behavior. British Journal of Social and Clinical Psychology, 1972, 11 359-373.
157. Krop H., Cohen E. Predictive validity of the BIP Bender Test. Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, April, 1972.
158. Latner J. The gestalt therapy book. N.Y., Julian Press, 1973
159. Loevinger J. Ego development. San-Francisco, 1976.
160. Loneck B., Kola L. Using the conflict-theory model of decision making to predict outcome in the alcoholism intervention Alcohol. Treat. Quart, 1988, 5, N 3-4, p. 119-136.
161. Lowen A. Bioenergetics, N.Y., Coward, McCann & Georhegan, 1975.
162. Lyon H.M., Kaney S., Bentall R.P. The defensive function of persecutory delusions. British J. Psychiatry, 1994, 164 /May, p. 637-646.
163. Millimet C.R. Manifest anxiety-defensiveness scale: First factor of the MMPI revisited. Psychological Reports, 1970, 27, 603-616.
164. Mishkinsty M. Humor as a "courage mechanism". - Israel annals of psychiatry & related disciplines, 1977, v.15, p.352-363.
165. Monty P., Abrams D., Kadden R., Cooney N. Treating alcohol

- dependence. London, 1989.
166. Moos R.,Tsu V.The crisis of phisical illness:an overview.-
In: Coping with phisical illness,N.Y., 1977, p.3-21.
 167. Myers L.B., Brewin C.R. Recall of early experience and
the repressive coping style. J. Abnorm.Psychol., 1994,
103,2, p.288-292.
 168. Narcoux G. The canadian Addictions Foundation.-Quebec,1980.
 169. Nemiah J. The psychodynamic basis of psychopathology. In:
The New Harvard Guid to Psychiatry.(ed.)Nicholi A., London,
1988,p.208-233.
 170. Pardue A.M. Bender-Gestalt test and Background Interference
Procedure in discernment or organic brain damage.
Perceptual and Motor Skills,1975,40,103-109.
 171. Pascal G.R. & Suttell G.J. The Bender-Gestalt test: its
quantification and validity for adults. New York:Grune &
Stratton, 1951.
 172. Plutchik R.,Kellerman H. and Conte H.A structural theory
of ego defenses and emotions.In Izard E.Emotions in
personality and psychopathology,N.Y.,1979,p.229-257.
 173. Plutchik R. & Conte H.A. Measurity Personality traits, ego
defeses and coping stiles. In Contemporary approaches to
psychological assasment.N.Y.,1989,p.241-269.
 174. Reich W.Character analysis,N.Y.,:Orgone Press,1949.
 175. Ryan J.,Lewis C.Comparison of normal controls and
detoxified alcoholics on the Wechsler memoryscale-revised.
Clin. Neuropsychol. -1988.-2,N 2.-C.173-180.
 176. Sandler J., Sandler A. Theoretical and technical comments

- on regression and anti-regression. *J. Psycho-Anal.*, 1994, 75,3,p.431-439.
177. Sandler J., Dare C., Holder A. *The Patient and the Analyst*, London, 1974.
 178. Sarason I.G., Ganzer N.J. & Singer M. Effects of modeled self-disclosure on the verbal behavior of persons differing in defensiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, 39, 483-490.
 179. Schuckit M., Hesselbrock V. Alcohol Dependence and anxiety disorders: what is the relationship? *The Am.J. of Psychiatry*, 1994, 151, 12, p.1723-1734.
 180. Semrad, Grinspoon & Feinberg. Development of an Ego Profile Scale. *Archives of General Psychiatry*, 1973, 28, 70-77.
 181. Sherwood G.G. Self-serving biases in person perception: a reexamination of projection as mechanism of defense. *Psychological Bulletin*, 1981, v.90,3, p.445-459.
 182. Sjoback H.H. *The psychoanalytic theory of defensive processes.* - Lund: Gleerup, 1973.
 183. Sjoberg L., Samsonowitz V., Jansson B. Alcoholics' beliefs about abuse: causes, effects and treatment. "Drug. and Alcohol Depend.", 1987, 20, N 1, p.63-80.
 184. De Soto C.B., O'Donnell W.E, Allred L.J., Lopes C.E. Symptomatology in alcoholics at various stages of abstinence. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 1985, 9, p.505-512.
 185. Stringer A., Goldman M. Experience-dependent recovery of block design performance in male alcoholics: strategy

- training versus unstructured practice. J.Stud.Alcohol. - 1988. -49,N 5. - C.406-411.
186. Sullivan P.F., Bulik C.M., Hall S., et al. Defense style in women with eating disorders, J.Eating Disord., 1994, 16,3, p.251-256.
187. Sweney A.B. & May J.M. The defense mechanism index: Handbook and interpretation manual. Kansas: Test Systems, 1970.
188. Timen L., Cermak M.D. Diagnosing and Treating Co-Dependence. Jonson Institute Books, 1986.
189. Tomarken A.J., Davidson R.J. Frontal brain activation in repressors and nonrepressors. J.Abnorm.Psychol., 1994, 103,2, p.339-349.
190. Tomson A.D., Pratt O.E., Jeyasingham M., Shaw G.K. Alcohol and brain damage. Hum.Toxicol.-1988.-7,N 5.-C.455-463.
191. Troncon R., Schettino M., Mannelli P., Tempesta E. Alcune difficoltà nella strutturazione di una psicoterapia con l'alcol dipendente, Bologna, 1988, p.195.
192. Ursano R., Sonnenberg S., Lasar S. Psychodynamic psychotherapy, Washington, 1991.
193. Vaillant G.E.(ed.). Empirical studies of ego mechanisms of defence. Washington, 1986.
194. Vaillant G.E. Defense mechanisms. In: The New Harvard Guide to Psychiatry.(ed.) Nicholi A., London, 1988, p.200-207.
195. Vaillant G.E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. J.Abnormal Psychol., 1994, 103, 1, p.44-50.
196. Vannicelly M. Removing the roadblocks. Group psychotherapy

- with substance abusers and family members.N.Y., 1992.
197. Waldinger M.,Van Strein J.Repression and cerebral laterality. A study of selective hemispheric activations. Neuropsychiatry neuropsychol.behav.neurol.,1995,8,1,p.1-5.
 198. Winocur G.,Clayton P. Family history studies.1V:Comparison of male and female alcoholics. Quart.J.Stud.Alcohol.,1971, v.29.
 199. Yulis S.Perfomance of normal and organic brain damaged subjects on the Canter Background Interference Procedure Test as a function of drive. Unpulished doctoral dissertation, University of Iowa,1968.
 200. Zimberg S.,Wallace J.,Blume S.(Ed.),Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy, N.Y. & London,Plenum press,1985.

СПИСОК

определений механизмов защиты, описанных в цитируемой литературе (в скобках указываются только те русские названия, которые встречаются в отечественной литературе)

Acting out (реализация в действии) – прямое выражение в действии бессознательного желания или конфликта, с целью избежать его перехода на сознательный уровень

Autistic fantasy (фантазирование) – замена реальных проблем и конфликтов фантазиями, поиск утешения и удовлетворения в создании воображаемой жизни

Compensation (компенсация) – попытка найти подходящий способ для уменьшения внутреннего дискомфорта, возникающего в результате реального или воображаемого ощущения физической или психической недостаточности

Denial (отрицание) – игнорирование некоторых аспектов внешней реальности, очевидных для других, но болезненных для признания самой личностью

Devaluation – приписывание преувеличенно негативных качеств себе или другим; сведение значения чего-то важного до минимума и презрительное отрицание этого

Dissociation (диссоциация) – невротическое отрицание, заключается в замещении неприятного аффекта на приятный

Displacement (замещение) – разрядка подавленных эмоций (обычно гнева) на объекты, представляющие меньшую опасность для индивида, чем те, которые вызвали эти эмоции

Idealization (идеализация) - приписывание преувеличенно позитивных качеств себе или другим

Identification (идентификация) -присоединение себе ценностей, поведения или черт другой личности, для усиления чувства самодостаточности или избегания конфликтов с этой личностью (идентификация с агрессором - вариант этого механизма)

Introjection (интроекция)-(по большинству источников синоним идентификации)

Intellectualization (интеллектуализация) - основанный на фактах, излишне "умственный" способ переживания конфликтов и их обсуждение, без переживания, связанных с ними аффектов

Izolation (изоляция аффекта) - воспоминание эмоционального травматического опыта на когнитивном уровне, изолированно от аффекта, т.е. без связанной с ним тревоги

Passive aggression - пассивное, не прямое выражение агрессии по отношению к другим, зачастую проявляющееся в обращении гнева на себя

Projection (проекция) - приписывание своих неосознаваемых и неприемлимых чувств, импульсов и мыслей другим лицам

Rationalization (рационализация) - создание неверных, но приемлимых для самой личности объяснений своего или чужого поведения с использованием вероятных причин для оправдания этого поведения, вызванного подавленными чувствами

Reaction formation (реактивные образования, формирование реакции) - предотвращение выражения неприемлимых для личности чувств, мыслей или поведенческих реакций с помощью преувеличенного развития противоположных им чувств, мыслей

и поведенческих реакций

Regression (регрессия) – уход к образцам поведения связанным с более ранними и примитивными стадиями психосексуального развития, с целью избегания конфликтов, переживаемых на более поздней стадии развития

Repression (вытеснение) – исключение из сознания желаний, мыслей, чувств, вызывающих тревогу

Somatization – поглощенность физическими симптомами, несоответствующими истинному физическому расстройству

Splitting (расщепление) – невозможность интегрированного представления о хороших и плохих качествах в человеке: личность либо идеализируется, либо принижается

Sublimation (сублимация) – замена вытесненных инстинктов и неприемлимых чувств другими, соответствующими высшим социальным ценностям

Suppression (подавление) – намеренное избегание или ограничение мыслей о беспокоящих проблемах, желаниях, чувствах или переживаниях

Undoing (уничтожение сделанного) – нейтрализация предыдущих действий или мыслей, несущих в себе тревогу и чувство вины

Помимо этого к механизмам защиты разные авторы причисляют ипохондрию, нарциссизм, аскетизм, проективную идентификацию и пр.