

УДК: 159.923.3-922.2:616.233-002.036.12

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И ИХ РОЛЬ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Храмцова В.В.

ГУ «Украинский Государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», Украина, Днепропетровск

Защитные механизмы личности определяют характер психологической адаптации и влияют на качество жизни больных. Цель работы - изучить психологические защитные механизмы и их роль в оценке качества жизни у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких пылевой этиологии (ХОЗЛ). Материалы и методы: обследовано 102 больных с ХОЗЛ пылевой этиологии методиками «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля», «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья». Результаты и их обсуждение: наиболее значимыми психологическими защитами явились «отрицание» - 95,1%, «интеллектуализация» и «реактивное образование» - по 82,4%. Установлено, что эти психологические защиты приводили к существенному снижению показателей качества жизни и их последующей психологической дезадаптации.

Выводы: использование больными ХОЗЛ пылевой этиологии протективных механизмов психологических защит существенно ограничивает их функционирование, снижает оценку психического, физического статуса и социальной активности.

Ключевые слова: психологические защитные механизмы, качество жизни, ограничение жизнедеятельности.

Введение. Психологические защитные механизмы - это система психологического приспособления, предохраняющая личность от отрицательных эмоциональных переживаний и перцепций. Они способствуют сохранению психологического гомеостаза и стабильности, быстро снижая высокий уровень тревоги за счет искажения, отрицания или трансформации восприятия действительности и протекают на бессознательном и подсознательном психологических уровнях [5]. Это приспособительные процессы, свойства и качества, которые человек приобретает при своей социализации в целях ее успешного прохождения. Под влиянием социальных воздействий психологические защиты (ПЗ) могут возникать, изменяться и перестраиваться. Е. Романова, Л. Гребенников, А. Налчаджян, А. Вайнер выделяют группы психологических механизмов по критерию фрустраторов: защитные механизмы, направленные на внешние фрустраторы и для защиты от внутренних фрустраторов. Механизмы ПЗ способствуют стабилизации индивидуальной картины мира, и при невысокой степени выраженности выступают здоровой творческой адаптацией в течение всей жизни человека, способствует сохранению позитивного «Я-образа» и избеганию интерперсональных конфликтов [4, 9, 11]. Предпочтение определенных ПЗ определяет индивидуальный стиль борьбы с трудностями. ПЗ также могут становиться произвольной подсознательной формой актуализируемого поведения и действовать в ситуациях отличных от фрустрирующих. При этом невозможность спонтанного реагирования создает энергетическое напряжение, которое выражается в чувстве беспокойства по поводу дестабилизации позитивного образа «Я». В ряде работ, посвященных механизмам ПЗ, показано, что они находятся между потребностью личности и ее удовлетворением, поэтому ПЗ можно рассматривать как неосуществленные в прошлом желаемые цели [3, 8]. В литературе особенности механизмов ПЗ исследовались лишь у больных гипертонической болезнью, ревматоидным артритом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки [6].

Психологические особенности больных с неспецифическими заболеваниями дыхательной системы, в частности, хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ), изучались отдельными авторами, однако

работ, посвященных механизмам ПЗ у этих пациентов, в литературе нет. Лица с ХОЗЛ характеризовались как зависимые, малоактивные, подверженные влиянию внешних факторов, со снижением ответственности во всех сферах жизни [1]. Однако особенности личностных характеристик и качества жизни у этих лиц изучались отдельно от механизмов психологических защит.

Материалы и методы. На базе Государственного учреждения «Украинский Государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», после получения информированного согласия, было обследовано 102 пациента с хроническими обструктивными заболеваниями легких пылевой этиологии II-III стадии, средняя длительность заболевания - 14,4±0,9 лет, средний возраст - 54,6±1,2 лет, 90,6 % - лица мужского пола.

Для изучения механизмов ПЗ использовали методику «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» [10]; социально-психологического статуса - методику качества жизни «SF-36 Health Status Survey» [12]; для обработки результатов исследования применяли первичный статистический, корреляционный и кластерный анализы [2]. В методику, предложенную Л. Вассерманом, включены содержательные характеристики основных видов ПЗ: отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование. Сырые баллы по каждой шкале переводились в процентилях от 0 до 99. Суммарная оценка по шкале отражала степень напряженности защиты. В методике были предложены нормативные показатели верхних значений по шкалам, что оценивалось как легкая степень напряженности защиты: отрицание - 50, вытеснение - 63, регрессия - 53, компенсация - 63, проекция - 46, замещение - 48, интеллектуализация - 59, реактивное образование - 61 процентилей соответственно [10]. Группы разбиты методом кластерного анализа по психологическим защитами.

КЖ оценивали по следующим критериям: ФА - физическая активность, РФ - ролевое физическое функционирование, Б - боль, ЖС - жизнестойкость, СА - социальная активность, РЭ - ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ - психическое здоровье, ОЗ - общее здоровье, ЗР - здоровье год назад, ФС - физический статус, ПС - психический статус, ОС - общий статус.

Результаты и обсуждение. Изучение механизмов психологических защит у больных с ХОЗЛ пылевой этиологии показало, что наиболее выраженными у них были: «отрицание» (у 95,1%), «интеллектуализация» и «реактивное образование» (по 82,4%), «проекция» (у 69,6%) и «вытеснение» (у 67,6%).

У 95,1% пациентов основной ПЗ было «отрицание», из них у 93,8% данная защита была сверхинтенсивной (79-98 процентиля). Это механизм ПЗ, посредством которого личность отрицала некоторые фрустрирующие и вызывающие тревогу обстоятельства либо неприемлемые внутренние импульсы. Действие этого механизма проявлялось в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые были видны окружающим, но не принимались или не признавались самими больными. У этих лиц, информация, которая тревожила и могла привести к конфликту, не воспринималась (подразумевался конфликт, возникавший при проявлении мотивов, противоречащих основным установкам личности или информация, угрожающая самосохранению, самоуважению или социальному престижу пациентов). Как процесс направленный вовне «отрицание» часто противопоставлялась «вытеснению» – защите против внутренних, инстинктивных требований и побуждений. «Отрицание» как механизм ПЗ реализовался у больных с ХОЗЛ пылевой этиологии при конфликтах любого рода и характеризовался внешне отчетливым искажением восприятия действительности.

По данным Л. Вассермана, «реактивное образование» относится так же, как и «компенсация», к интегративным ПЗ и часто отождествляется с «гиперкомпенсацией» [10]. 82,4% обследованных пациентов использовали «реактивное образование» как ПЗ; из них у 77,4% оно было сверхинтенсивным (91–99 процентиля). Эти личности предотвращали выражение неприятных или неприемлемых для них мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений; им была присущей трансформация внутренних импульсов в субъективно воспринимаемую ими противоположность. При более теплом общении такие пациенты переживали состояния нарушения личного пространства, и у них возникало поведение противоположное первоначальной цели. Агрессивность, отстраненность и выделение отрицательных аспектов общения можно было рассматривать как реактивные образования по отношению к бессознательной потребности в жалости, заботе, переживанию близости.

Такое же число больных (82,4%) использовало «интеллектуализацию» в качестве неосознанной ПЗ; из них у 80,7% она была сверхинтенсивной (76–97 процентиля). Эти пациенты в конфликтных ситуациях старались пресекать свои переживания или объяснить свое поведение с положительной стороны, снижали ценность опыта, выстраивая «логические» оправдания своему бездействию.

В основе ПЗ в виде «проекции» у этих пациентов был процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализовались вовне, приписывались другим людям и становились как бы вторичными. Этот защитный механизм использовали 69,6% больных.

У 67,6% больных ХОЗЛ пылевой этиологии неприемлемые для личности импульсы: желания, мысли, чувства, вызывающие тревогу, становились бессознательными посредством ПЗ «вытеснения». При этом подавленные импульсы, не находя разрешения в поведении, сохраняли свои эмоциональные и психо-вегетативные компоненты.

Менее выраженными у больных ХОЗЛ пылевой этиологии были такие ПЗ: «регрессия» (у 19,6%), «компен-

сация» (у 32,47%), «замещение» (у 27,5%).

Действие ПЗ «регрессии» проявлялась заменой этими пациентами более сложных задач простым и привычным стереотипным поведением со снижением эмоционально-волевого контроля.

«Компенсация» – это механизм, который возникает из-за чувства незащищенности и сдерживает чувства печали и горя по поводу реальной или мнимой утраты, нехватки или недостатка. Для этого больные прилагали много усилий, чтобы компенсировать мнимые недостатки.

Действие ПЗ «замещение» проявлялось у этих лиц в виде подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева), которые были направлены на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства.

По интенсивности использования ПЗ методом кластерного анализа (К-средних) среди всех обследованных пациентов было выделено 2 группы. В первую группу вошло 59,8% больных с ХОЗЛ пылевой этиологии, лица с выраженными (80 процентиля) ПЗ, с наиболее частыми комбинациями «отрицание», «вытеснение» и «реактивное образование». Этим лицам было присуще состояние постоянного эмоционального напряжения. Не находя разрешения в поведении, интрапсихические конфликты сохраняют эмоциональные и психовегетативные компоненты с усилением тревоги, которая снималась за счет формирования «гиперкомпенсации» с преувеличенным развитием противоположных стремлений.

Вторая группа состояла 40,2% лиц с ХОЗЛ пылевой этиологии, наиболее частыми комбинациями ПЗ у которых были «отрицание», «вытеснение», «проекция», «интеллектуализация» и «реактивное образование», с преобладанием «отрицания» и «реактивного образования» (90 процентиля). Это были больные, устранявшие возникающую тревогу на фрустратор посредством отрицания аспектов внешней реальности, которые не признавались ими самими. Посредством «интеллектуализации» пациенты пресекали любые переживания, вызванные неприятной ситуацией, при помощи логических установок и снижали ценность полученного опыта. Недостаточность компенсаторных механизмов вытеснения преобразовывалась во вне, при этом собственная агрессивность приписывалась окружающим, а свои агрессивные действия оправдывались как самозащита. Компенсаторные механизмы у таких лиц находились в плоскости внутренней перестройки, упорядочивания и структурирования от упрощения структуры, направленности на шаблон, до ее усложнения.

Е. Клубова считает, что анализ отношения к заболеванию предполагает использование психологической диагностики скрытых эмоциональных нарушений, доминирующих социально-фрустрирующих факторов и межличностных конфликтов, а так же индивидуальных механизмов переработки стресса и ПЗ, которые вместе объединяются понятием «индекс жизненного стиля» [7]. Поэтому субъективная оценка качества жизни (КЖ) не может быть понята без анализа механизмов психологической защиты.

Анализ шкал опросника SF-36 выявил снижение по всем показателям КЖ у больных ХОЗЛ пылевой этиологии. Выявлены некоторые различия в субъективной оценке составляющих КЖ между выделенными группами по ПЗ. В группе 1 у пациентов все показатели КЖ были выше в сравнении с больными группы 2. Результаты анализа приведены на рисунке.

При этом у них боль меньше влияла на качество жизни (51,3±2,9; 37,3±2,3 баллы), удовлетворенность соци-

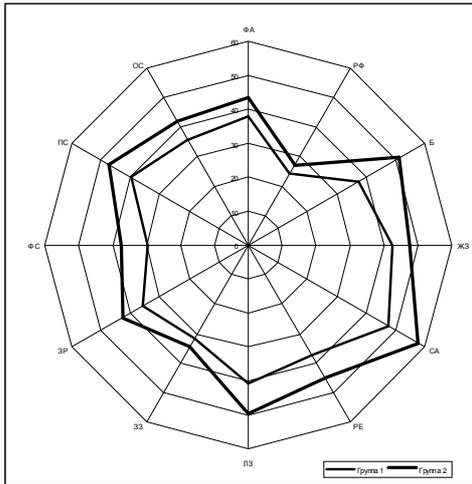


Рис. Качество жизни больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких пылевой этиологии

альным функционированием у этих лиц была выше и оценивалась как средняя ($57,7 \pm 3,4$; $47,5 \pm 3$ баллы), психическое состояние в меньшей степени их беспокоило, чем лиц группы 2 ($49,8 \pm 2,2$; $40,7 \pm 1,7$ баллы). Общими показателями были снижение ролевого физического функционирования ($27,2 \pm 2,5$; $24 \pm 2,8$ баллы), жизнестойкости ($47,7 \pm 1,3$; $42,4 \pm 1,5$ баллы), оценки общего здоровья ($34,6 \pm 1,8$; $31,9 \pm 1,7$ баллы).

Более всего больных беспокоили физические проблемы, невозможность выполнять домашнюю работу, снижение выносливости к физическим нагрузкам. На их ролевое функционирование (группа 1) в большей степени влияло физическое состояние, тогда как на больных 2 группы - физические и эмоциональные особенности.

У всех больных с ХОЗЛ пылевой этиологии показатели КЖ и ПЗ ассоциированы между собой. «Вытеснение» было сопряжено с психическим статусом ($r = -0,459$), ролевым эмоциональным функционированием ($r = -0,338$) и физическим статусом ($r = -0,407$); «отрицание» - с социальной активностью ($r = -0,37$); «замещение» связано с жизнестойкостью ($r = 0,2824$).

Заключение

Таким образом, интрапсихическая адаптация больных с ХОЗЛ пылевой этиологии осуществлялась преимущественно за счет протективных механизмов психологической защиты («отрицания», «вытеснения» и «реактив-

ного образования»), затрудняющих осознание внутриличностных проблем. У этих лиц определялось значимое снижение всех показателей качества жизни. Психологические защиты влияют на ограничение их функционирования и снижают оценку «психического статуса», «социальной активности» и «физического статуса». «Отрицание», «интеллектуализация» и «реактивное образование», как основные виды ПЗ, встречавшиеся у 82,4% пациентов, обуславливали их дезадаптацию, что в значительной степени затрудняло процесс реабилитации данного контингента лиц.

Перспективной дальнейших исследований является изучение личностных особенностей, психологических защит и качества жизни и их влияния на ограничение жизнедеятельности.

Литература

1. Ахмедова О. С. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. – С-Пб, 2009. – 205 с.
2. Бабак В. П., Білецький А. Я., Приставка О. П. Статистична обробка даних. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.
3. Бассин Ф. В. О «силе Я» и психологической защите // Самосознание и защитные механизмы личности. – Самара, Изд-во «Бахрам-М», 2006. – С. 3-12.
4. Вайнер А. Б. Защитные механизмы психики // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – 2010. – С. 65-73.
5. Демина Л. Д., Ральникова И. А. Психическое здоровье и защитные механизмы личности. – Алтайский государственный университет, 2000. – 123 с.
6. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – С-Пб.: СПбГМУ, 2009. – 136 с.
7. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб. – 1994. – С. 77.
8. Менинжер В., Лиф М. Психические механизмы // Самосознание и защитные механизмы личности. – Самара, Изд-во «Бахрам-М», 2006. – С. 507-524.
9. Налчаджян А. А. Психологические защитные механизмы // Самосознание и защитные механизмы личности. – Самара, Изд-во «Бахрам-М», 2006. – С. 395-478.
10. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей / Сост. Л. И. Вассерман. – Санкт-Петербург: СПб НИПНИ, 2005. – 54 с.
11. Романова Е. С., Гребенников Л. Р. Механизмы защиты как специфические средства решения универсальных проблем адаптации // Самосознание и защитные механизмы личности. – Самара, Изд-во «Бахрам-М», 2006. – С. 566-593.
12. Фещенко Ю. І., Мостовой Ю. М., Бабійчук Ю. В. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – №3. – С. 9-11.

PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS AND THEIR ROLE IN ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Khramtsova V.V.

State Institution «The Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability of Ministry of Health of Ukraine», Dnepropetrovsk

Individual protective mechanisms determine the characteristics of the psychological adaptation and affect the quality of life of patients. Objective: To investigate the psychological defense mechanisms and their role in assessing the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) of dust etiology. Materials and Methods: 102 patients with COPD of dust etiology were examined with the techniques: Life Style Index, SF-36. Results and discussion: The most important psychological defenses were the “negation” (95.1%), “intellectualization” and “reaction formation” (82.4%). These psychological defenses resulted in significant decrease in quality of life and their subsequent psychological maladjustment. Conclusions: The use of protective psychological defenses by patients with COPD of dust etiology severely limits their functioning, reduces their assessment of mental and physical status as well as social activity.

Key words: psychological defense mechanisms, quality of life, activity limitation.