

© Коллектив авторов, 2012

УДК 616.831-001-07

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ И ФАКТОРЫ, ИХ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

А.Ю. Кривцова, В.А. Жаднов, Н.В. Яковлева

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Рязань

Выраженность индивидуальных механизмов психологической защиты у больных и здоровых людей неодинаковая. Ведущий механизм психологической защиты больных эпилепсией – регрессия, и в подавляющем большинстве эти пациенты имеют группу инвалидности. Ряд защитных механизмов ассоциированы с определенными клинико-психодиагностическими параметрами, что обуславливает преобладание того или иного вида индивидуального защитного поведения.

Ключевые слова: эпилепсия, механизмы психологической защиты, инвалидность.

Эпилепсия – это наиболее значимое в медицинском, психологическом и социальном планах неврологическое заболевание [1,2,4,7]. В мире 50 млн. людей имеют диагноз эпилепсия (ВОЗ, 2001) [2]. Однако такое понятие как «эпилептическое изменение личности» является практически белой страницей в эпилептологии. Оно не находит своего отражения в международной классификации, недостаточно представлено в материалах европейских и международных конгрессах по эпилепсии. В то время как одни авторы считают эпилептический характер патогномичным для эпилепсии, другие отрицают наличие характерологических изменений, связанных с заболеванием [1,5,6, 9, 10, 13]. Относительный субъективизм клинико-психологических заключений обусловил необходимость привлечения экспериментально-психологических методов.

Следует понимать, что эпилепсия – это стигма на всю жизнь и когда складывается такая сложная жизненная ситуация и возникает вопрос: «как быть?», люди по-разному ведут себя в схожих ситуациях. Одни отрицают наличие проблем, другие «забывают» о травмирующем их со-

бытии, третьи – начинают искренне считать, что происходящее не имеет к ним никакого отношения. Но к какому бы способу ни прибегал человек, опирается он в этом на индивидуальные защитные механизмы (З.Фрейд,1923г) [8,11]. Несмотря на то, что до сих пор не существует ясности относительно общего числа механизмов защиты и отсутствует их четкая единая классификация, имеется ряд защитных механизмов, существование которых признается всеми авторами [2,3, 11,14].

Материалы и методы

Исследовано 60 пациентов (20 мужчин и 40 женщин) с эпилепсией, из них 25 (41,7%) человек имели группу инвалидности и 35 (58,3%) больных без группы инвалидности. Средний возраст составил $35,2 \pm 1,97$ лет. Средняя длительность эпилепсии $12,67 \pm 1,52$ лет. Средняя продолжительность ремиссии (у 20 больных) $1,8 \pm 0,4$ лет. Диагноз эпилепсии устанавливался по диагностической схеме верификации эпилептических приступов (ILAE, 2001). Группа контроля – 20 здоровых (12 мужчин и 8 женщин) человек, средний возраст которых $37 \pm 2,3$ лет.

Всем исследуемым проведено психодиагностическое тестирование, включающее опросники LSI (определение основных видов механизмов психологической защиты), УСК (определение общей интернальности (Ио), интернальности в сфере межличностных отношений (Им) и здоровья(Из)), BDI (выявление депрессии) и STAI (оценка ситуационной и личностной тревожности), и открытое анкетирование (определение возраста, длительности заболевания и ремиссии, характера приступов и наличие группы инвалидности). Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью SPSS и Microsoft Excel на PC.

Результаты и их обсуждение

В процентном соотношении распределение механизмов психологической защиты больных и здоровых людей выглядит следующим образом: отрицание (А)-13,6% и 9,5%, вытеснение (В)-13,73%

и 0, регрессия (С)-40,3% и 39,3%, компенсация(Д)-9,8% и 25,6%, проекция(Е)-9,8% и 25,6%, смещение(Ф)-5,8% и 39,3%, интеллектуализация(Г)-10,23% и 0, реактивное образование(Н)-31,5% и 14,2% соответственно. Для больных эпилепсией без группы инвалидности и с наличием это распределение следующее: отрицание(А)-35,3% и 4,3%, вытеснение(В)-12,1% и 11,5, регрессия(С)-21,2 % и 52,6%, компенсация(Д)-10,1% и 5,3%, проекция(Е)- 10,1% и 5,3%, смещение(Ф)-24,2% и 5,3%, интеллектуализация(Г)-14,2% и 5,3%, реактивное образование(Н)-9,1% и 42,1% соответственно.

При исследовании показателей основных видов психологической защиты указанных выше подгрупп выявлено, что статистически достоверные различия получены для пяти механизмов психологической защиты из исследуемых восьми их выраженность в исследуемых выборках различная (табл.1 и табл.2).

Таблица 1

Дифференциальные показатели видов психологической защиты больных эпилепсией и здоровых людей

	Больные		Здоровые		Статистические различия	
	M	m±0	M	m±0	t	p
A	M=5,65	m±0,312	M=4,0	m±0,404	t=3,2	p<0,002
B	M=6,16	m±0,216	M=4,0	m±0,239	t=6,7	p<0,0001
C	M=6,65	m±0,209	M=5,5	m±0,299	t=3,1	p<0,005
F	M=6,12	m±0,171	M=5,0	m±0,402	t=2,6	p<0,01
G	M=6,16	m±0,264	M=4,0	m±0,384	t=3,11	p<0,002

Таблица 2

Дифференциальные показатели видов психологической защиты больных эпилепсией в зависимости от наличия группы инвалидности

	Больные без инвалидности		Больные с инвалидностью		Статистические различия	
	M	m±0	M	m±0	t	p
A	M=7,0	m±0,410	M=2,5	m±0,506	t=6,9	p<0,0001
C	M=5,0	m±0,222	M=8,0	m±0,345	t=7,3	p<0,0001
E	M=5,5	m±0,310	M=4,0	m±0,446	t=5,1	p<0,001
F	M=6,5	m±0,241	M=7,5	m±0,225	t=3,03	p<0,002
G	M=6,5	m±0,367	M=3,5	m±0,362	t=5,8	p<0,0001

Для полученных данных в представленных подгруппах статистически достоверные различия получены для пяти механизмов психологической защиты из исследуемых восьми. У больных эпилепсией ведущим механизмом является рег-

рессия, наименее выражен механизм отрицания. У здоровых людей ведущим механизмом являются регрессия и смещение, остальные механизмы выражены в равной степени. Для больных без инвалидности ведущим механизмом является

отрицание, наименее выражена регрессия. У больных с инвалидностью ведущий механизм регрессия, наименее выражено отрицание.

Механизм регрессии, присущ в основном больным эпилепсией (40%) и главным образом с наличием группы инвалидности (55%). Такие больные «погружены» в свое заболевание, в беседе плаксивы, характеризуются легкой сменной настроением. У больных без группы инвалидности ведущим механизмом является отрицание. Большинство из них (36%) сообщают о том, что любят быть в центре внимания и часто совершают необдуманные

поступки. Более трети (32%) исследуемым больным присущ механизм реактивного образования. Такие больные в беседе вежливы, проявляют завышенную самооценку и озабочены своим «приличным» внешним видом.

Проведен корреляционный анализ основных видов психологической защиты и некоторых клинико-психодиагностических параметров. Статистически достоверные корреляционные связи получены для шести из исследуемых восьми механизмов (табл. 3). Ни один из исследуемых механизмов не коррелирует с длительностью заболевания.

Таблица 3

Корреляционная матрица механизмов психологической защиты и клинико-психодиагностических параметров

	A	B	C	D	E	H
ремиссия	0	0	-0,209	0	-0,323*	-0,223
инвалидность	0	0,201	0,493**	0,239	0,242	0,362**
Ио	0	-0,202	-0,296*	-0,201	-0,302*	0
Им	0	0	-0,394**	0,249	-0,202	0
Из	0	-0,205	-0,318**	0,201	-0,374**	-0,328*
депрессия	-0,294*	0,427**	0,384**	0	0	0
ситуационная тревожность	0	0,201	0,286*	0,255	0	0
личностная тревожность	0,282*	0,285*	0,414**	0,287*	0	0

Выявлено, что, чем выше уровень личностной тревожности, тем выраженнее механизмы отрицания и компенсации, сочетание с низким уровнем депрессии увеличивает преобладание первого. Сочетание высокого уровня и депрессии и личностной тревожности способствуют преобладанию механизма вытеснения. Механизм регрессии ассоциирован с наличием группы инвалидности, высокими уровнями депрессии, личностной и ситуационной тревожности и низкими Ио, Им и Из. Чем ниже Из, тем выраженнее механизмы реактивного образования и проекции, сочетание с низкими показателями Ио и отсутствием ремиссии увеличивает значимость второго, а наличие группы инвалидности первого.

Выводы

В результате проведенного исследова-

ния установлено, что выраженность индивидуальных механизмов психологической защиты у больных и здоровых людей неодинаковая, а внутри подгрупп больных с наличием группы инвалидности и без нее прямо противоположная. Ведущий механизм психологической защиты больных эпилепсией – регрессия, и в подавляющем большинстве эти пациенты имеют группу инвалидности. У больных, не имеющих группу инвалидности механизм регрессии наименее выражен, а ведущим является механизм отрицания. Ряд защитных механизмов ассоциированы с определенными клинико-психодиагностическими параметрами, что обуславливает преобладание того или иного вида индивидуального защитного поведения.

Таким образом необходим учет ведущего защитного механизма, который влияет на формы психологической кор-

рекции и технологию обеспечения комплаентности между врачом и пациентом. Важно учитывать и факторы, обуславливающие данные механизмы, так как именно они являются мишенью для психологической коррекции.

Каждый человек, ограждая свою психику от болезненных неприятных переживаний опирается на индивидуальные механизмы психологической защиты, вы-

раженность которых у больных и здоровых людей неодинаковая.

Учет ведущего механизма психологической защиты важен для обеспечения высокой комплаентности между врачом и пациентом, в то время как мишенью для психологической коррекции являются клинко-психодиагностические параметры, которые связаны с данными механизмами.

PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS OF PATIENTS WITH EPILEPSY AND FACTORS DETERMINING THEIR

A.Yu. Krivtsova, V.A. Zhadnov, N.V. Yakovleva

Expression of individual defense mechanisms in patients and healthy people varies. Leading psychological defense mechanism of patients with epilepsy – regression, and the vast majority of these patients have a disability group. Several defense mechanisms are associated with specific clinical and psycho-parameters, which leads to the predominance of a particular type of personal protective behaviors.

Key words: epilepsy, psychological defense mechanisms, physical disability.

Жаднов В.А. – д.м.н., зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО РязШМУ Минздравсоцразвития России.

Тел.: +74912754373.

E-mail: root@ryazgmu.ryazan.ru.