

УДК 616.89+616.85+612.8(575.2) (04)

**РАЗЛИЧИЯ В НАПРЯЖЕННОСТИ
МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ
ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН:
«АДАПТАЦИОННАЯ» ПРОЕКЦИЯ СХИЗИСА?**

Е.С. Молчанова – канд. мед. наук

В. Караганолов, Н. Рыбина – клинические ординаторы

Р. Кислов, Э. Мавлявиева – студенты

The differences between male's and female's defense mechanisms functioning in Schizophrenia are discussed in the article. "Male's" and "female's" defense mechanisms patterns are diagnosed and described.

Термин «механизмы психологической защиты» (МПЗ), родившийся в колыбели классического психоанализа, уже в течение многих десятилетий является универсальным. Столетний опыт работы с этим важнейшим психическим феноменом, связавшим сознательные и бессознательные процессы мотивации и мышления, позволяет дать ему достаточно четкое определение, обозначить функции и сравнить существующие классификации [1–3, 9, 11, 14, 15]. Тем не менее, эмпирические подходы к изучению данного показателя остаются одним из наиболее сложных вопросов в клинической психологии. Концепция механизмов защиты, наряду с понятиями «функции Эго», «силы и слабости Эго», остается во многом объяснительной, почти исключительно теоретической, умозрительной. Измерению доступны конкретные проявления поведения, но классический психоанализ и поведенческое направление в психологии традиционно рассматриваются в качестве полярных. Таким образом, основная проблема доказательной диагностики особенностей функционирования механизмов защиты сводилась к созданию инструментов измерения конкретных поведенческих паттер-

нов, соответствующих определенным механизмам психологической защиты [31].

В качестве гипотезы исследования, которое первоначально планировалось как студенческая научная работа, было использовано предположение о неоднородности защитных механизмов при шизофрении, которые могут быть условно подразделены на два достаточно самостоятельных регистра:

1. Защитные механизмы первого порядка, чья «несостоятельность» предрасполагает к формированию психического расстройства определенного уровня. Так, проективная идентификация и расщепление при шизофрении традиционно рассматриваются в качестве «незрелых, примитивных» защитных стратегий, приводящих к личностной дезинтеграции.
2. Защитные механизмы второго порядка, функционирующие в рамках сформированного психического расстройства и определяющие способность личности адаптироваться к невротическому/ психотическому регистру психопатологической симптоматики.

Подобная дихотомизация ограничивает рамки употребления термина «зрелость» или «состоятельность» защитных механизмов: ме-

ханизмы первого порядка, в случае их «несостоятельности» или «незрелости», становятся одним из факторов формирования психотической симптоматики, в то время как механизмы защиты второго порядка могут отчасти компенсировать или, наоборот, углублять проявления расстройства. Мы предполагали возможность дифференцированного выделения комплекса особенностей механизмов второго порядка, компенсирующих клинические проявления психического расстройства («компенсаторный» набор) и аналогичного набора механизмов второго порядка, усугубляющих симптоматику («усугубляющий» набор МПЗ). При этом выявление «компенсаторного» набора признаков функционирования механизмов защиты явится благоприятным прогностическим критерием, способствующим формированию качественного терапевтического ответа. Соответственно, выявление «усугубляющего» симптоматику комплекса защитных стратегий будет кодироваться в качестве неблагоприятного прогностического критерия. Изучению особенностей механизмов защиты первого порядка при шизофрении была посвящена предыдущая серия студенческих исследований [8].

С целью проверки выдвинутой гипотезы обследованы 102 пациента, находившиеся в момент проведения исследования на стационарном лечении. У 68 (27 женщин и 41 мужчина) из них был верифицирован диагноз параноидной шизофрении по критериям МКБ-10 (Диагностическая категория F20. 0). Контрольную группу составили 34 (21 женщина и 13 мужчин) пациента с расстройствами рубрики F4 МКБ-10. Из 68 пациентов с параноидной шизофренией 13 являлись россиянами (мужчины), 55 большую часть своей жизни прожили в Кыргызской Республике. У 27 пациентов диагноз параноидной шизофрении был установлен впервые в жизни (период наблюдения менее года – F 20.04), 40 человек поступили в отделение повторно.

Пациенты опрашивались после получения информированного согласия, в их отборе для исследования помогали врачи-ординаторы женского и мужского приемно-диагностических отделений и отделения психотерапии Республиканского центра психического здоровья г. Бишкек.

Методы и процедура исследования

1. Клинический метод – верификация диагноза по критериям МКБ-10 –включал в себя сбор анамнеза и обследование психического статуса. Дополнительно для пациентов с шизофренией по пятибалльной системе оценивалось качество терапевтического ответа. Под ним подразумевались скорость редукции психотической симптоматики на стандартной нейролептической терапии, выраженность негативных признаков, а также степень сотрудничества пациента с лечащим врачом, которые привлекались к работе в качестве консультантов при разборе каждого индивидуального случая.

2. Клинико-психологический метод:

- использование опросника Плутчика–Келлермана–Конте (ПКК).

Методику Life Style Index (LSI), описанную в 1979 г. на основе психоэволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman, следует признать наиболее удачным диагностическим средством, позволяющим диагностировать всю систему МПЗ, выявить как ведущие, основные механизмы, так и оценить степень напряженности каждого [10, 19, 24, 25].

При составлении опросника авторами использовались несколько источников, включая психоаналитические труды и работы по общей психопатологии и психологии. Из этих источников выделили предполагаемые характеристики 16 механизмов защиты, которые и составили основу защиты «Я». Затем был предложен ряд утверждений с целью конструирования шкал. Предполагалось, что испытуемый, выбирая для себя приемлемые утверждения опросника, описывающие привычное для него поведение, отразит определенную модель защиты. Например, заявление: «Если я сержусь на своего товарища, я, вероятно, сорву злобу на ком-нибудь другом» отражает МПЗ «замещение». Пункты опросника были сгруппированы таким образом, чтобы выявить каждый из 16 перечисленных механизмов защиты, и в сумме составили 224 утверждения. После первого обследования и статистической обработки результатов основной текст был сокращен до 184 наиболее репрезентативных пунктов. В результате факторного анализа оказалось возможным сократить число МПЗ до 8. Некоторые

из них теперь представляли совокупность нескольких МПЗ (так, например, компенсация включала утверждения, представляющие идентификацию и фантазирование). Окончательный вариант опросника включил в себя 92 пункта, измеряющих 8 видов МПЗ: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивное образование («гиперкомпенсация»), проекцию, рационализацию и регрессию. После завершения работы по психометрическим данным теста были проведены исследования по получению нормативных данных и различий на разных клинических группах испытуемых, подтвердившие диагностические возможности методики [4].

Данные были подвергнуты статистической обработке с использованием метода корреляционного анализа и t-теста Стьюдента для выявления достоверности различий.

Результаты. У всех пациентов с шизофренией отмечается выраженный дисбаланс системы механизмов защиты, который проявляется отчетливым доминированием двух защитных механизмов: рационализации (у 66,2% мужчин и у 50% женщин этот механизм является самым напряженным, причем средние показатели напряженности соответственно составили 72 и 50) и отрицания (средние показатели напряженности – 46 и 60). Реже всего использовался механизм замещения, причем у женщин его напряженность составляет всего 15,5 (у мужчин 30).

Наряду с наличием общих для мужчин и женщин закономерностей формирования реестра механизмов психологической защиты, выявляются гендерные различия. На рис. 1 приведены кривые средней напряженности основных восьми МПЗ у мужчин и женщин с параноидной шизофренией. Средний показатель общей напряженности защитных механизмов у пациенток с шизофренией составляет $35,5\% \pm 2,8$, а у мужчин – $50\% \pm 3,1$ ($p < 0,01$).

Установлена высокая напряженность проекции у женщин и по сравнению с другими защитными механизмами, относительно низкая напряженность гиперкомпенсации («невротического» МПЗ) у женщин и у мужчин. Самые драматичные различия в профиле механизмов защиты у мужчин и женщин с шизофренией касаются частоты регистрации вытеснения (58% у мужчин и 24,3% у женщин). Проекция у женщин-пациенток с шизофренией является вторым механизмом в иерархии МПЗ после рационализации. Следует отметить, что выявление пары «проекция-рационализация» в качестве наиболее напряженных защитных механизмов второго порядка была нами ожидаема: у всех пациенток данной подгруппы клиническая картина расстройства проявлялась преимущественно бредовым вариантом галлюцинаторно-бредового синдрома. Пара «проекция-рационализация» в рамках преимущественно параноидной симптоматики может способствовать стабилизации основных проявлений параноидной шизофрении [2].

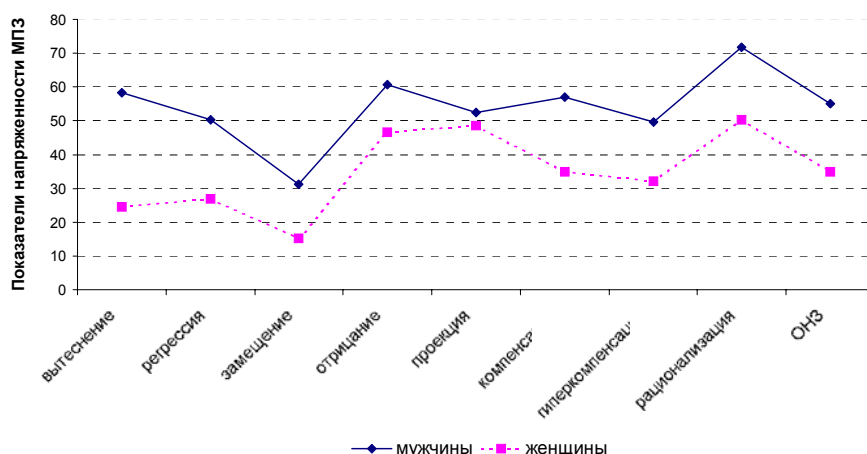


Рис. 1. Сравнение средних показателей напряженности МПЗ у женщин и у мужчин с шизофренией.

Следующим результатом исследования явилось выявление достоверной отрицательной корреляции ($r = -0,53$; $p < 0,01$) между двумя параметрами: показателями общей напряженности МПЗ и качеством терапевтического ответа (КТО) у мужчин. Иначе говоря, чем ниже показатели общей напряженности МПЗ у мужчин, тем выше качество терапевтического ответа.

Как видно из рис. 2, основные механизмы защиты в двух подгруппах пациентов с шизофренией – мужчин различны. Критерием дихотомизации явилось качество терапевтического ответа, который оценивался по пятибалльной системе. Оценка складывалась из скорости редукции психопатологической продукции на стандартной нейролептической терапии, готовности пациента к сотрудничеству с врачом, длительности пребывания в стационаре и выраженности негативных признаков шизофрении после выхода из острого периода расстройства. В первую подгруппу (14 человек) вошли пациенты, терапевтический ответ которых был оценен как «слабый», вторую подгруппу (19 человек) составили больные с хорошим терапевтическим ответом. Различия в показателях общей напряженности МПЗ достоверны ($p < 0,01$).

Таким образом, выделяются по меньшей мере три признака, характерных для механизмов защиты пациентов с «хорошим» терапевтическим ответом, которые могут быть выделены как «компенсирующая» система МПЗ при шизофрении у мужчин: *меньшая общая напряженность, «сглаженность» профиля МПЗ и низкие показатели напряженности компенсации*. Корреляция между показателями общей напряженности МПЗ у женщин и качеством терапевтического ответа была положительной и значимой ($r = 0,49$; $p < 0,05$). Таким образом, у женщин с «хорошим» и «плохим» терапевтическими ответами соотношение профилей напряженности МПЗ было противоположным. На рис. 3 приведены кривые общей напряженности основных МПЗ у женщин с качественным и низким ответами на терапию.

Интересно, что особенности профиля МПЗ у мужчин, выделенные в качестве прогностически благоприятных, вполне можно рассматривать как прогностически неблагоприятные у женщин. Различия показателей ОНЗ у пациенток с «хорошим» и «плохим» ответами на терапию достоверны ($p < 0,01$).

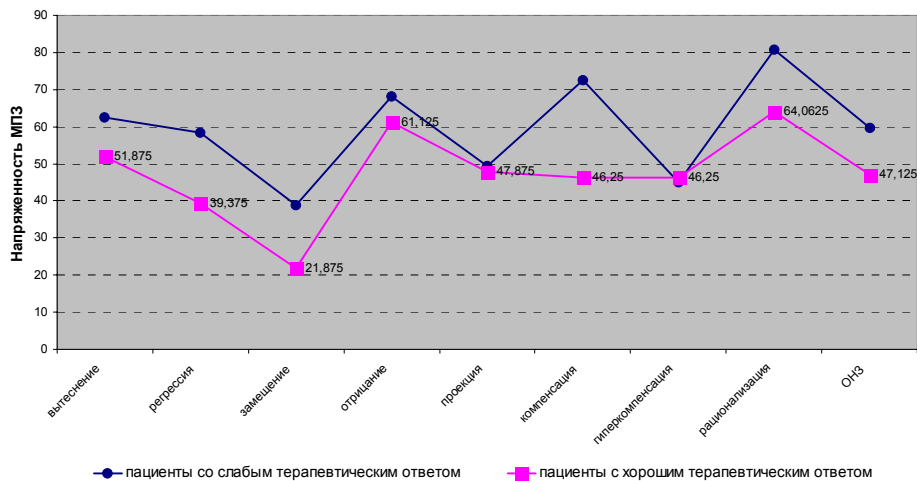


Рис. 2. Сравнение показателей напряженности МПЗ у пациентов с различным ответом на терапию.

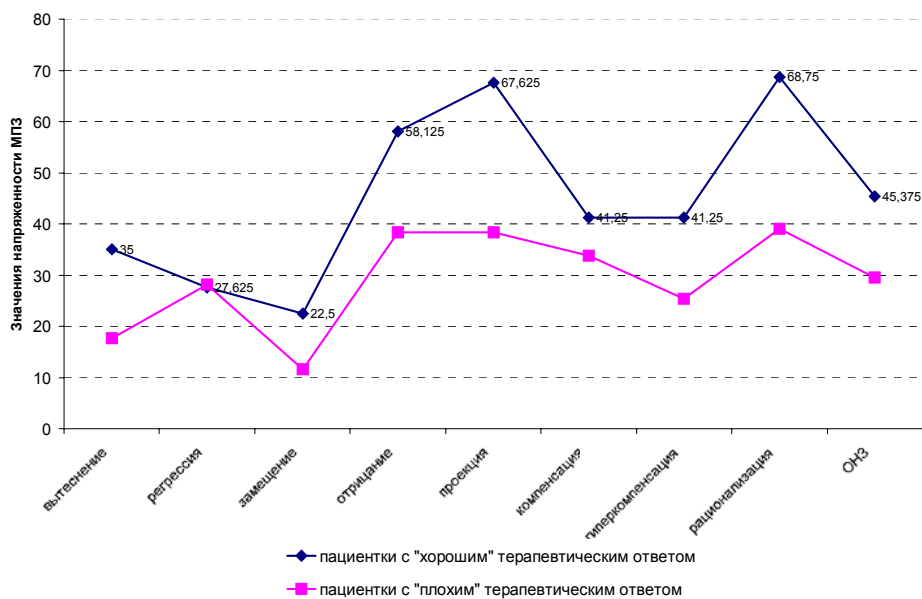


Рис. 3. Сравнение средних значений напряженности МПЗ у пациенток с шизофренией.

Обсуждение. Результаты работы показывают, на первый взгляд, необходимость отдельного выделения «женской» и «мужской» шизофрении как с качественно иными защитными механизмами первого порядка [8], так и с поллярными прогностическими критериями особенностей функционирования механизмов психологической защиты. Так, при «женской шизофрении» не выявлено признаков, свидетельствующих о стирании границ между «Я» и окружающим миром, однако четко определяется несостоятельность МПЗ второго порядка. Причем низкая напряженность МПЗ второго порядка является неблагоприятным прогностическим критерием прогноза терапии у женщин.

У мужчин даже в условиях тяжелого психического расстройства функционирование механизмов психологической защиты остается достаточно напряженным, причем средние показатели напряженности МПЗ практически не отличаются от среднестатистических у условно здоровых людей. Таким образом, без предварительного разграничения защитных механизмов на МПЗ первого и второго порядка полученные данные противоречили бы устоявшейся точке зрения на шизофрению как на «заболевание психологических защит». Более того, достоверная обратная корреляционная зависи-

мость между показателями общей напряженности МПЗ (ОНЗ) и качеством терапевтического ответа у мужчин с шизофренией диктует рассмотрение высоких показателей напряженности МПЗ второго порядка, измеряемых при помощи опросника ПКК, в качестве прогностически неблагоприятного фактора. Тем не менее, результаты применения семантического дифференциала [8] свидетельствуют о размытости границ «Я», фантастичности фигур родителей и стирании границ между понятиями «Я», «мой отец», «моя мать».

Мы считаем, что высокая напряженность МПЗ второго порядка у мужчин свидетельствует о сформированной и устоявшейся адаптационной системе психопатологической продукции. Иначе говоря, чем менее напряженными являются МПЗ второго порядка, тем более нестабильным и, следовательно, более податливым является комплекс психопатологических признаков.

Высокая напряженность рационализации у мужчин и у женщин легко объясняется участием данного МПЗ в формировании бредовой конструкции и формальных расстройств мышления, прежде всего резонерства. Однако теория Плутчика–Келлермана–Конте дает возможность другой интерпретации. В классифи-

кации Р. Плутчика рационализация относится к «высшим» защитным механизмам, отрицание – к «примитивным». В основу классификации положен принцип связи МПЗ с «высшими» и «примитивными» эмоциями. Так, замещение регулирует переживание, экспрессию и поведение на основе гнева, отрицание – на основе принятия. Иначе говоря, чем больше уровень гнева-агрессии, тем чаще должен использоваться механизм замещения; чем выше потребность принять параметры внешней и внутренней реальности, тем более напряженным будет отрицание. Сочетание высокой напряженности отрицания с низкой частотой регистрации замещения свидетельствует, по мнению составителей опросника, о низкой агрессивности и доверчивости. Высокая напряженность механизма рационализации говорит о рациональности и любознательности в качестве черт личности. Легко заметить, что нами был получен портрет зеркально противоположного жизненного стиля, характерного для пациентов с шизофренией. Таким образом, применение опросника жизненных стилей Плутчика–Келлермана–Конте позволило выявить особенности адаптационного образа Я («доверчивого, неагрессивного и принимающего»), сформированного под влиянием страха стигматизации и факта пребывания в отделении закрытого типа. Набор «отрицание–рационализация–низкая напряженность замещения» вполне может отражать, таким образом, бессознательное желание пациентов соответствовать требованиям среды – родственников пациентов и персонала отделения закрытого типа. Четкое выявление этих трех компонентов системы МПЗ независимо от пола, возраста пациентов, стажа течения расстройства и особенностей клинической картины может объясняться сходными средовыми условиями. Таким образом, выявленный набор МПЗ может рассматриваться как выполняющий компенсаторные функции на момент обследования.

Различия в показателях общей напряженности МПЗ мужчин и женщин с шизофренией с «хорошим» и «плохим» ответом на терапию в системе теоретических координат Плутчика–Келлермана–Конте могут найти объяснение в различных социальных ролях мужчин и жен-

щин в восточной патриархальной культуре, где проблема стигматизации фактом наличия психического расстройства является гораздо более актуальной для женщин. Заболевшие шизофренией мужчины дольше остаются в семье, к распаду которой приводит или агрессия, или выраженная негативная симптоматика у пациента. Женщины же лишаются социальной поддержки еще на ранних стадиях течения расстройства.

Приведенные варианты различных интерпретаций не противоречат друг другу в том случае, если их оценивать как аналогии проекций трехмерного объекта на различные плоскости. Действительно, выявленные особенности системы МПЗ могут выполнять как функции стабилизации психопатологической симптоматики, так и способствовать формированию нормативного Эго-образа в рамках психического расстройства. Наконец, третьим (не последним) возможным вариантом интерпретации полученных результатов является ссылка на Абрахама Брилла [2], указывающего, что в условиях шизофрении типичен переход МПЗ на регрессивные формы, которыми являются отрицание (второй в иерархии МПЗ защитный механизм у мужчин) и вытеснение. Проекция рассматривается как базовый МПЗ для формирования бреда и галлюцинаций («дерезимического» поведения по Эугену Блейлеру [2, 9]). Различие в показателях напряженности вытеснения у мужчин и женщин компенсируется относительным доминированием проекции у пациенток с шизофренией. Абрахам Брилл подчеркивает, кроме того, несостоятельность вытеснения у женщин с шизофренией, что приводит к гипертрофии проекции.

Низкие показатели напряженности замещения в двух сравниваемых подгруппах вполне объяснимы еще и тем, что функции данного МПЗ выполняет психопатологическая симптоматика при шизофрении и тревожно-депрессивная симптоматика при расстройствах рубрики F 4.

Особого внимания, на наш взгляд, заслуживает очевидное сходство профилей показателей средней напряженности МПЗ у мужчин с невротическими расстройствами и у женщин с шизофренией (см. рис.4).

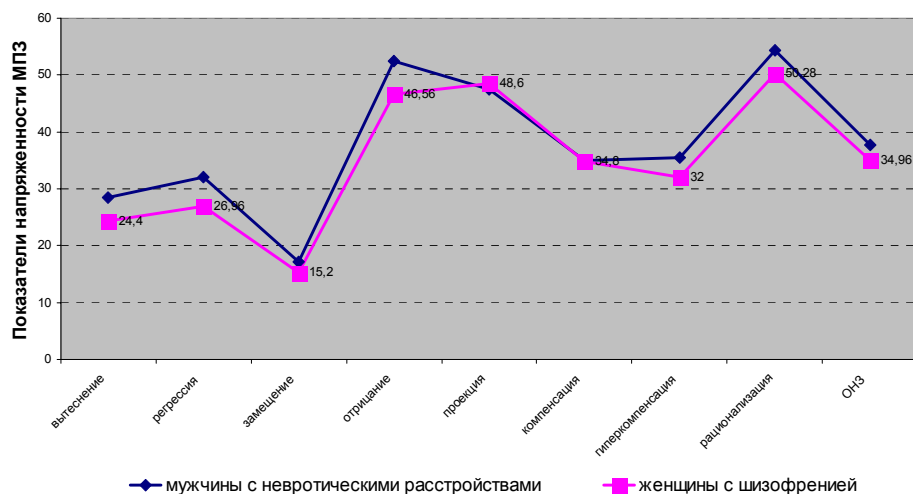


Рис. 4. Сходство профилей МПЗ у мужчин с невротическими расстройствами и у женщин с шизофренией.

На настоящий момент у нас нет удовлетворительного объяснения выявленному факту. Один из многочисленных вариантов интерпретации касается возможной связи поведенческих проявлений функционирования МПЗ с особенностями межполушарных взаимодействий у пациенток с параноидной шизофренией в остром периоде расстройства. Без данных о сходстве особенностей межполушарных взаимодействий у пациенток с параноидной шизофренией и мужчин с расстройствами рубрики F 4, это утверждение пока настолько же неубедительно, как и ссылка на латентную гомосексуальность у пациентов с неврозами [17].

Литература

1. Анастаси А. Психологическое тестирование. – М.: Педагогика, 1982.
2. Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998.
3. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности. – М., 2000. – С.127–128.
4. Каменская В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. – М., 1999.
5. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. – М.: Педагогика, 1970.

6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во Московск. ун-та, 1973.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. – СПб.: Оверлайд, 1994.
8. Молчанова Е., Кузовников В., Урманбетова А., Шаран А., Кислов Р., Мавлявиева Э. Нейрофизиологическая, сенсорная и семантическая проекции схизиса // Вестник КPCY. – 2002. – №2.
9. Основные направления современной психотерапии /Под ред. А.М. Боковикова. – М.: Когито-центр, 2000.
10. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей и психологов) / Под ред. Л.И. Вассермана. – М., 1999.
11. Соложенкин В. Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Л., 1989.
12. Стрелец В.Б. Болезнь «раздвоенного мозга» // Журнал высшей нервной деятельности. – 1996. – №2. – Т47. – Вып. 2.
13. Телле Р. Психиатрия. – Минск: Высшая школа, 1987. – С.264–280.
14. Bellak L., Hurvich M., Gediman H.K. Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals // John Wiley & Sons. – New York, 1973.
15. Green S. The Evaluation of Ego Adequacy // J of Hillside Hospital. – 1954. – V.3. – P.199–203.

16. *Bellak L.* Schizophrenia: A Review of the Syndrome. Logos (now distributed by Grune & Stratton). – New York, 1958.
17. *Bellak L.* The Flexibility of EFA. In *The Broad Scope of Ego Function Assessment*, Bellak L. and Goldsmith L.A., Eds. John Wiley & Sons. – New York, 1984. – P.6–19; *Lorr H.F. and McNair D.M.* Expansion of the Interpersonal Circle // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 1965. – V.2. – P.823–830.
18. *Wiggins J.S.* Circumplex Models of Interpersonal Behavior // *In Review of Personality and Social Psychology.* – Vol.1. Sage, Beverly Hills, CA, 1980. – P.265–293.
19. *Conte H.R., Plutchik R.A.* Circumplex Model for Interpersonal Personality Traits // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 1981. – V.40. – P.701–711; *Conte H.R., Plutchik R., Picard S. et al.* Self-report Measures as Predictors of Psychotherapy Outcome // *Compr. Psychiatry.* – 1988. – V.29. – P.355–360.
20. *Buckley P., Conte H.R., Plutchik R. et al.* Psychodynamic Variables as Predictors of Psychotherapy Outcome // *Am. J. Psychiatry.* – 1984. V.141. – P.742–747.
21. *Kernberg O. et al.* Psychodynamic psychotherapy of bodyline patients. – N.Y.: Basic Books.
22. *Luborsky L., Crits-Cristoph P., Mintz J., Auerback A.* Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes. – New York: Basic Books, 1988.
23. *Grygier T.* Validity of the Dynamic Personality Inventory // *Br. J. Projective Psychol. Pers. Study.* – 1970. – V.15. – P.25–29.
24. *Plutchik R., Conte H.R.* Measuring Emotions and the Derivatives of Emotions: Personality Traits, Ego Defenses, and Coping Styles. In *Contemporary Approaches to Psychological Assessment*. Wetzler, S., and Katz, M. M. Eds., Brunner/Mazel. – New York, 1989.
25. *Plutchik R., Conte H.R., Spence W. et al.* Development of a Scale for the Measurement of Symptom Change in an Outpatient Clinic // *Compr. Psychiatry.* – 1990. – V.31. – P.1–6.
26. *Ahluwat K.S.* On the Negative Valence Items in Self-report Measures // *J. Gen. Psychol.* – 1985. – V.112. – P.89–99.
27. *Alberti R.E., Emmons M.L.* *Your Perfect Right*, 2nd Ed. Impact Publishers, San Luis Obispo, CA, 1974.
28. *Fensterheim H., Baer J.* *Don't Say Yes When You Want to Say No: How Assertiveness Training Can Change Your Life*. David McKay. – New York, 1975.
29. *Mauger A.A., Adkinson D.R.* *Interpersonal Behavior Survey*. Western Psychological Services. – Los Angeles, 1980.
30. *Alberti R.E.* Assertive Behavior Training. In *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. Impact Publishers, San Luis Obispo, CA, 1977. – P.19–36; *Tanner V.I., Holliman W.B.* Effectiveness of Assertiveness Training in Modifying Aggressive Behaviors of Young Children // *Psychol. Rep.* – 1988. – V.62. – P.39–46.
31. *MacCorquodale K., Meehl P.E.* On a Distinction Between Hypothetical Constructs and Intervening Variables // *Psychol. Rev.* – 1948. – V.55. – P.95–107.