

ПРОТЕКТОРНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРИ ДИСТИМИИ И ИХ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ

Е. Ю. Антохин, В. К. Авеличев, Э. Т. Байдавлетова

*Оренбургская государственная медицинская академия,
Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1*

Дистимические депрессии являются одной из распространенных форм психических расстройств [6, 9, 10, 12, 16, 21]. Несмотря на неглубокий уровень аффективной патологии, дистимия оказывает серьезное негативное воздействие на качество жизни пациента. Это обусловлено, прежде всего, затяжным характером течения заболевания и его резистентностью к терапии [6, 18]. В силу же невротического уровня поражения и соответственно сохранности критической оценки, как самого себя, так и окружающего, сопровождается расстройством и/или является его следствием состояние хронического психологического дискомфорта. Несмотря на широкое внимание к дистимии как зарубежных, так и отечественных исследований остаются недостаточно изученными протекторные психологические механизмы дистимии как осознанные, так и глубинные, которые являются основными «мишенями» психотерапевтического и социотерапевтического воздействия в структуре комплексной терапии [4, 10–15, 17].

Цель исследования – изучение протекторных психологических механизмов (механизмов психологической защиты (МПЗ), копинг-стратегий) при дистимии и их динамики в процессе комплексной терапии.

Материал и методы исследования

Было изучено 39 больных в возрасте от 21 до 52 лет (средний возраст $38,7 \pm 9,6$ года; 9 муж. – 23,1% и 30 жен. – 72,9%), находящихся на лечении в психотерапевтическом отделении Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 (главный врач Г.Б.Прусс). Все пациенты находились на стационарном лечении повторно. Длительность заболевания составила $4,8 \pm 1,2$ лет.

Критериями включения пациентов в исследование являлось соответствие клинических проявлений рубрике МКБ-10 – F34.1 «Дистимия» [7].

Из исследования были исключены случаи, при которых в анамнезе больных имелись указания на

манифестные шизофренические психозы, больные с соматоневрологической патологией, сопровождающейся выраженными нарушениями функций, а также больные с сопутствующими диагнозами алкогольной и/или наркотической зависимости.

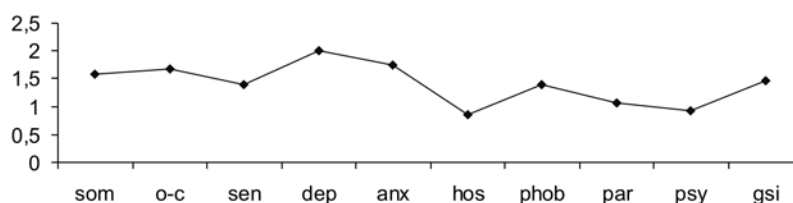
Клинико-психопатологический метод исследования дополнялся формализованной оценкой с помощью опросника SCL-90-R [8, 19].

Экспериментально-психологический метод включал опросники для диагностики: 1) механизмов психологической защиты: ИЖС – «Индекс жизненного стиля» [2, 24], SBAK [20], FKBS [22]; 2) копинга: SVF [23].

Все пациенты обследованы указанными методами дважды: при поступлении в отделение и при выписке по окончании комплексной терапии (средний койко-день – $42 \pm 4,8$). Статистическая оценка сдвига показателей проведена с помощью непараметрического критерия Вилкоксона на основе программной системы Statistica for Windows (версия 7.0). В качестве значимых, принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p < 0,05$) [5].

Результаты и обсуждение

Депрессивные расстройства при поступлении в стационар имели тенденции к субпсихотическому уровню выраженности (рисунок) с наличием отдельных витальных признаков, прежде всего в виде нарушений сна с трудностями засыпания и недостаточностью его глубины, с ранними пробуждениями и ангедонией. Часть пациентов жаловалась на выраженную слабость, проблемы сосредоточения внимания, нежелание общаться, отсутствие «жизненной энергии». Аффективное состояние претерпевало динамику в течение суток от безрадостности, молчаливой угрюмости в первой половине дня до состояний бессилия и беспричинной печали ближе к вечеру. Настроение чаще носило плаксиво-жалующейся характер, сниженный аффект нередко обретал мрачно-раздражительные нотки. Тем не менее, у больных, наряду с депрес-



Синдромальный профиль больных дистимией по данным опросника SCL-90-R

Примечания: som – «соматизация», o-c – «обсессивность-компульсивность», sen – «межличностная сензитивность», dep – «депрессия», anx – «тревожность», hos – «враждебность», phob – «фобическая тревожность», par – «паранойальность», psy – «психотизм», gsi – «индекс выраженности симптомов».

сивным содержанием мышления, не отмечалось общей заторможенности психических функций, иногда возникали «просветления» с развитием относительной активности и желания «прогуляться на свежем воздухе», общения, особенно ближе к обеду. Дисфорические реакции проявлялись в вербальной экспрессии. Наряду с ведущим гипотимическим аффектом состояние характеризовалось преобладанием сомато-вегетативного симптомокомплекса с явной тревожной окраской переживаний (рисунок), с жалобами на головную боль, боли в телесной сфере, сенестопатическими ощущениями в мышцах туловища, периодическими ощущениями нехватки воздуха с комом в горле и затруднениями глотания, с тревожными навязчивыми ожиданиями утяжеления заболевания (прежде всего, соматической катастрофы), что сопровождалось фобическими расстройствами (кардиофобия, агорафобия). Обращало внимание изменение пищевого поведения с признаками его эмоциогенной зависимости. Это проявлялось в предпочтении сладкого в пищевом рационе (пирожные, шоколад и т.п.), а также смещение приема пищи в вечернее время, нередко перед сном. При сборе анамнеза у 90% пациентов отмечена прибавка в весе от 3 до 7 кг в течение месяца.

До проведения терапии структура психологической адаптации (копинг-поведение, МПЗ) имела выраженную патопротекторную направленность. МПЗ характеризовались преобладанием наименее зрелых механизмов. В частности, согласно опросникам FKBS и SBAK (табл. 1), ведущим механизмом являлось «отрицание» (36,17 и 7,23 соответственно). Оно же в числе выраженных (81,92) и по данным опросника ИЖС (табл. 2).

МПЗ «отрицание» приводит к игнорированию реальности. Возможно, его роль и состоит в отрицании депрессивно окрашенных проблем (протекторная функция), но, тем не менее, способствует неадаптивной ригидности в отношении оценки ситуации, ограничивает возможности улучшения социального функционирования, сопровождаясь недооценкой глубины аффекта и имеющихся трудностей, выражаясь в анозогнозии и в определенной степени усиливая действие другого МПЗ соматизации-регрессии (патопротекторная роль). МПЗ «регрессия» также в числе выраженных по данным опросника ИЖС (84,08). Кроме «отрицания» в

числе ведущих до терапии у больных дистимией такой незрелый МПЗ как «обращение против объекта» (FKBS – 35,67, SBAK – 7,18; см. табл.1), что является несколько неожиданным в сочетании с низким показателем «враждебности» опросника SCL-90-R (0,85). Как психологическая защита данный механизм является бессознательным и во внешнем проявлении представлен дисфорическими состояниями, но не выходящими на уровень явной экстрапунитивной деструктивности. Это подтверждается высокими показателями таких МПЗ в опроснике «ИЖС» как «реактивные образования» (82,92) и «компенсация» (84,25), роль которых в данном случае и состоит в сдерживании деструктивной агрессивности. Следует заметить, что наличие в числе ведущих в структуре МПЗ «компенсации» свидетельствует об адаптивном психологическом ресурсе у больных с дистимией, что также подтверждается высокими показателями «рационализации» в опросниках FKBS и SBAK (35,67 и 6,82 соответственно), которая, как и «компенсация», относится к дефензивным (более зрелым) механизмам [2].

Исследование копинг-стратегий проведено методикой SVF, которая определяет 19 модальностей совладающего поведения с разной степенью адаптивности (табл. 3).

Таблица 1

Механизмы психологической защиты у больных дистимией по данным опросников FKBS и SBAK до начала комплексной терапии

FKBS					SBAK				
tao	pro	prn	tas	rev	rat	verl	wgo	regr	vsk
35,67	26,92	35,67	28,17	36,17	6,82	7,23	7,18	6,55	5,64

Примечания: tao, wgo – «обращение против объекта»; pro – «проекция»; prn, rat – «рационализация»; tas – «обращение против себя, мазохизм»; rev, verl – «отрицание»; regr – «регрессия»; vsk – «избегание социальных контактов».

Таблица 2

Механизмы психологической защиты у больных дистимией по данным опросника ИЖС до начала комплексной терапии

A	B	C	D	E	F	G	H	CH3
81,92	78,25	84,08	84,25	64,58	68,50	66,92	82,92	50,42

Примечания: A – «отрицание», B – «вытеснение», C – «регрессия», D – «компенсация», E – «проекция», F – «замещение», G – «интеллектуализация», H – «реактивные образования», CH3 – «степень напряжения защит».

Копинг-стратегии у больных дистимией по данным опросника SVF до проведения комплексной терапии

Адаптивные (конструктивные) варианты (52,09)							
ERS	SEBEST	SITKOM	REKOM	POST	BESOUZU		
61,92	54,92	48,46	50,08	45,46	51,69		
Относительно адаптивные варианты (57,47)							
BAG	HER	SCHAB	ABL	PHA			
55,1	52,46	60,31	55,38	64,08			
Неадаптивные варианты (57,08)							
VERM	FLU	SOZA	GEDW	RES	SEMITL	SESCH	AGG
60,77	62,15	61,31	51,77	54,85	55,23	57,23	53,15

Примечания: ERS – «заместительное удовлетворение», SEBEST – «поиск альтернативного самоутверждения», SITKOM – «попытка контролировать ситуацию», REKOM – «попытки умерить свои реакции», POST – «подбадривание себя», BESOUZU – «потребность в социальной поддержке», BAG – «снижение масштаба переживаний, неприятие всерьез», HER – «снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими», SCHAB – «отрицание вины», ABL – «отвлечение от ситуации», PHA – «обращение к лекарствам», VERM – «тенденция избегания», FLU – «тенденция бегства», SOZA – «социальная инкапсуляция», GEDW – «мыслительное застревание», RES – «отчаяние», SEMITL – «сострадание к себе», SESCH – «самообвинение», AGG – «агрессия».

До начала комплексной терапии (табл. 3) структура копинг-стратегий у больных дистимией смещена к полюсу дезадаптивности с незначительным преобладанием относительно конструктивных вариантов над неконструктивными (57,47 и 57,08 соответственно) и меньшим использованием адаптивных копингов (52,09; $p < 0,05$). Обращает внимание, что ведущей копинг-стратегией является «обращение к лекарствам» (64,08) в ситуации стресса, в большинстве случаев к транквилизаторам бензодиазепинового ряда, что с одной стороны может привести к формированию зависимости, а с другой, являясь выражением биологизированного представления о болезни, свидетельствует о пассивной форме преодоления стресса при отсутствии поведенческих и когнитивных навыков, усиливая дезадаптивный ответ. В числе ведущих такие неадаптивные копинги как «тенденция бегства» (62,15), «тенденции избегания» (61,31) представляющие собой регрессивный поведенческий паттерн, исключающий возможность решения проблем на рациональном уровне. Особенно дезадаптивна «социальная инкапсуляция» (61,31) – копинг-стратегия предполагающая избегание контактов с социальным окружением. Наименее выражены показатели адаптивных копингов «подбадривание себя» (45,46), «попытка контролировать ситуацию» (48,46), «попытки умерить свои реакции» (50,08), «потребность в социальной поддержке» (51,69). Выявление среди ведущих адаптивного копинга «заместительное удовлетворение» (61,92), который позволяет осознать собственную роль в происходящих событиях, и, следовательно, предпринять действия по изменению ситуации, подтверждает наличие определенного психологического ресурса к адаптации у больных дистимией.

Таким образом, исследование структуры психологической адаптации у больных дистимией до начала комплексной терапии свидетельствует о преобладании менее адаптивных механизмов психологической защиты и копинг-поведения, что определяет патопротекторную их роль, усугубляющую страдание. Наряду с этим выявлен определен-

ный психологический ресурс у пациентов, представленный, прежде всего, рядом дефензивных МПЗ (рационализация, компенсация) и адаптивным копингом «заместительное удовлетворение». Соответственно задачами психотерапии является снижение интенсивности менее зрелых МПЗ и дезадаптивных копингов и укрепление дефензивных МПЗ и конструктивных копинг-стратегий.

Комплексная модель терапии включала психофармакотерапию, психотерапевтическую и социотерапевтическую составляющие. Данное сочетание сопровождало пациентов на протяжении всего пребывания в стационаре и имело ступенчатый характер с поэтапным акцентом каждого звена. В первую неделю в психофармакотерапии предпочтение отдавалось сочетанию малых нейрорептиков (сульпирид, тиоридазин) и эфевелона (венлафаксина) в дозе 150 мг/сут с парентеральным введением транквилизаторов (феназепам, седуксен). Предпочтение выбора эфевелона было обусловлено указаниями на его эффективность при лечении резистентных депрессий, в том числе и в проведенном нами исследовании у больных дистимией [1, 3, 18,]. В последующем (с 7–10 дня терапии) применялась монотерапия эфевелоном с повышением дозировки до 225–375 мг/сут до наступления улучшения состояния и снижением дозировки с выходом на поддерживающую терапию в дозе 75–150 мг/сут к выписке. Нарушения сна купировались, наряду с назначением транквилизаторов, смещением приема вечерней дозы эфевелона за 4 часа до сна. Пациенты активно искали с первых дней контакта с врачом, предъявляя указанные выше жалобы. Часть больных высказывала недовольство назначенной терапией, предпринимая попытки воздействия на врача с помощью ссылок на «личный опыт» приема тех или иных медикаментов. Это было обусловлено, прежде всего, впервые назначенной всем пациентам терапии эфевелоном. Практически все возникающие «новые» ощущения приписывались «новому» препарату. Тем не менее, начатая с первых дней психотерапевтическая групповая работа (подробное описание приводится далее) способствовала

формированию комплайенса на прием эфевелона. Комплайентному отношению к эфевелону способствовало и анорексигенное свойство препарата, что было позитивно воспринято особенно пациентками-женщинами. В течение месяца на терапии эфевелонот отмечалось снижение веса у всех 30 женщин от 2 до 14 кг.

Организация помощи в психотерапевтическом отделении имеет выраженную социотерапевтическую направленность. Оно расположено в отдельно стоящем здании в глубине территории клиники, имеет хороший эстетический вид. Отсутствуют атрибуты «закрытых» отделений (запертые на ключ двери, отделяющие врачебные кабинеты от палат, женские и мужские палаты, возможность свободного выхода, общения с лечащим врачом и др.). Уже на протяжении 10 лет врачи отделения отказались от классической формы – белого халата (в белых халатах работает только младший и средний медперсонал). С нашей точки зрения это является одним из элементов дестигматизации и способствует более быстрому формированию комплайентных отношений. Раз в неделю заведующим отделением проводится собрание врачей-психотерапевтов (имеющих базовую психиатрическую подготовку) и клинических психологов при участии старшей медсестры, на котором обсуждаются вопросы клинического состояния пациентов и лечебной работы в отделении. Кроме того, как врачи и психологи, так и средний персонал регулярно (1–2 раза в месяц) участвуют в Балинтовских группах, группах супервизии, тренинговых группах, проводимых опытными психотерапевтами области.

Программы психотерапевтических групповых тренингов были рассчитаны на участие больных в 2-х этапном процессе с опорой на следующие принципы: а) усложнение; б) интенсификация; в) право выбора у самого больного. На I этапе – информационно-обучающем – больные направлялись в открытую («материнскую», «распределительную») группу, которая давала возможность в процессе разнообразных тренинговых занятий в короткие сроки выявить предпочтения и адаптационный ресурс участников в плане дальнейшей терапии. На данном этапе в психотерапевтических групповых занятиях широко использовалась информационно-образовательная работа с интерактивным разбором причин ухудшения состояния, поощрением приведения собственных примеров. Особую заинтересованность вызывали занятия, посвященные анатомо-физиологическим и биохимическим механизмам развития депрессии (в доступной форме с применением демонстрационных слайдов), роли современных препаратов с разбором причин их побочных действий, последствий бессистемного приема транквилизаторов (профилактика бензодиазепиновой зависимости), что формировало комплайенс на фармакотерапию. Занятия проводились 4 раза в неделю по 1,5 часа в первой половине дня, с повторением темы каждого предыдущего занятия.

Активно поощрялось ведение записей, формулирование вопросов к следующему занятию, обмен полученной информацией вне группы в отделении, что привлекало пациентов, скептически настроенных на групповую работу. По выбору пациента затрагиваемые вопросы дополнительно обсуждались при индивидуальной психотерапии с лечащим врачом. Часть занятий проводилась в игровой форме с обучением техникам коммуникации и релаксации (во второй половине дня), что создавало основу для перехода на следующий этап групповой работы. В вечернее время средним медперсоналом проводились социотерапевтические занятия по предпочтениям пациентов: просмотр и обсуждение телепередач, фильмов, книг, обучение вязанию, проведение конкурсов на лучшую палату. На данном этапе группы не отличались нозологической специфичностью, объединяла специфика отделения: пограничный уровень расстройств, куда включались и больные дистимией.

На II этапе (специализированных тренингов) пациентам предоставлялась возможность, основываясь на собственном мотивированном выборе и рекомендациях врача, переходить из «материнской» в «дочернюю» группу (группы не более 7 чел.), отличающуюся вполне определенной дозированной нагрузкой. Первые занятия имели также информационно-образовательную направленность с акцентом на понимание психологических механизмов преодоления стресса (МПЗ, копинга), их роли не в только предотвращающей заболевание, но и способствующей (патопротекторная роль) его развитию. Для демонстрации разбирались ситуации, приводимые в заполненных ранее тестах по диагностике копинга и МПЗ. Проводилось обучение навыкам выявления иррациональных мыслей. Широко использовались техники гештальт-терапии. На этом этапе пациенты по самостоятельному выбору продолжали посещать группы I этапа. Посещаемыми групповыми тренингами являлись «тренинги для снятия напряжения» и «тренинги развития коммуникации», что отражало наиболее часто встречающуюся мотивационную направленность – потребность в защите от тревоги и необходимости восполнения дефицитарной функции общения.

По окончании комплексной терапии проведено повторное обследование больных дистимией. Улучшение психического состояния объективизировано с помощью опросника SCL-90-R (табл. 4). Отмечено снижение в процессе терапии показателей всех шкал опросника, прежде всего «депрессивности» (с 2,00 до 1,56; $p < 0,05$) и «тревожности» (с 1,75 до 1,45; $p < 0,05$). Статистически значимы изменения показателей «соматизации» (с 1,57 до 1,21; $p < 0,05$), «фобической тревожности» (с 1,40 до 1,13; $p < 0,05$), «враждебности» (с 0,85 до 0,66; $p < 0,05$), и «индекса выраженности симптомов» (с 1,46 до 1,20; $p < 0,05$). С тенденцией к достоверному отмечено снижение показателя «обсессивности-компульсив-

Таблица 4

Сравнительные показатели опросника SCL-90-R у больных дистимией до и после комплексной терапии

Шкалы опросника	До лечения	После лечения	Достоверность различий, р
Som «соматизация»	1,57	1,21	0,001
O-с «обсессивность-компульсивность»	1,68	1,50	0,056
Sen «межличностная сензитивность»	1,39	1,38	0,478
Dep «депрессивность»	2,00	1,56	0,001
Anx «тревожность»	1,75	1,45	0,001
Hos «враждебность»	0,85	0,66	0,038
Phob «фобическая тревожность»	1,40	1,13	0,004
Par «паранойяльность»	1,06	1,04	0,233
Psy «психотизм»	0,93	0,86	0,401
GSI «индекс выраженности симптомов»	1,46	1,20	0,001

Примечания: здесь и в последующих таблицах жирным шрифтом выделены статистически достоверные различия ($p < 0,05$).

ности» (с 1,68 до 1,50; $p = 0,056$). Клинически это выражалось в улучшении аффективного статуса больных, снижении интенсивности ипохондрических жалоб, повышении активности, прежде всего, в стремлении к социальным контактам, чему способствовало и активное использование полустационарных режимов лечения (ночного и дневного стационара, лечебных отпусков в выходные дни).

При повторном исследовании по завершении комплексной терапии установлено усиление дефензивной роли психологической защиты. Прежде всего, отмечается укрепление такого МПЗ как

рационализация (табл. 5, 6): опросник FKBS с 35,67 до 36,38 ($p = 0,056$), опросник SBAK с 6,28 до 7,38 ($p < 0,05$), который становится ведущим МПЗ в структуре глубинной психологической адаптации.

Наименее дефензивные МПЗ претерпевают снижение напряженности. В первую очередь, это относится к «обращению против объекта» ($p < 0,05$): с 7,18 до 5,69 (табл. 5); с 35,67 до 10,77 (табл. 6). Отмеченному росту социальной активности способствовало и снижение интенсивности МПЗ «избегание социальных контактов» (табл. 6): с 5,64 до 5,46 ($p < 0,05$).

Таблица 5

Сравнительные показатели опросника FKBS у больных дистимией до и после комплексной терапии

Механизмы психологической защиты	До лечения	После лечения	Достоверность различий, р
ТАО «обращение против объекта»	35,67	10,77	0,012
PRO «проекция»	26,92	23,85	0,051
PRN «рационализация»	35,67	36,38	0,056
TAS «обращение против себя, мазохизм»	28,17	27,77	0,623
REV «отрицание»	36,17	30,69	0,033

Таблица 6

Сравнительные показатели опросника SBAK у больных дистимией до и после комплексной терапии

Механизмы психологической защиты	До лечения	После лечения	Достоверность различий, р
RAT «рационализация»	6,82	7,38	0,048
VERL «отрицание»	7,23	7,18	0,371
WGO «обращение против объекта»	7,18	5,69	0,042
REGR «регрессия»	6,55	6,31	0,052
VSK «избегание социальных контактов»	5,64	5,46	0,042

Таблица 7

Сравнительные показатели опросника ИЖС у больных дистимией до и после комплексной терапии

Механизмы психологической защиты	До лечения	После лечения	Достоверность различий, р
А «отрицание»	81,92	75,92	0,018
В «вытеснение»	78,25	79,62	0,353
С «регрессия»	84,08	76,15	0,001
Д «компенсация»	84,25	81,37	0,353
Е «проекция»	64,58	55,08	0,003
Ф «замещение»	68,5	63,92	0,242
Г «интеллектуализация»	66,92	58,31	0,131
Н «реактивные образования»	82,92	82,77	0,901
СНЗ «степень напряжения защиты»	50,42	47,46	0,049

Сравнительные показатели опросника SVF у больных дистимией до и после комплексной терапии

Варианты копинг-стратегий	До лечения	После лечения	p
BAG «снижение масштаба переживаний, неприятие всерьез»	55,1	54,00	0,48
HER «снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими»	52,46	52,23	0,88
SCHAB «отрицание вины»	60,31	57,92	0,38
ABL «отвлечение от ситуации»	55,38	55,23	0,92
ERS «заместительное удовлетворение»	61,92	61,92	0,82
SEBEST «поиск альтернативного самоутверждения»	54,92	56,92	0,04
SITKOM «попытка контролировать ситуацию»	48,46	50,85	0,32
REKOM «попытки умерить свои реакции»	50,08	49,85	0,88
POST «подбадривание себя»	45,46	47,23	0,35
BESOZU «потребность в социальной поддержке»	51,69	55,31	0,01
VERM «тенденция избегания»	60,77	55,62	0,00
FLU «тенденция бегства»	62,15	60,85	0,62
SOZA «социальная инкапсуляция»	61,31	59,15	0,04
GEDW «мыслительное застревание»	51,77	47,38	0,03
RES «отчаяние»	54,85	53,92	0,66
SEMITL «сострадание к себе»	55,23	52,08	0,06
SESCH «самообвинение»	57,23	55,62	0,89
AGG «агрессия»	53,15	52,80	0,32
PHA «обращение к лекарствам»	64,08	62,46	0,28
Адаптивные копинг-стратегии	52,09	53,68	0,07
Относительно адаптивные копинг-стратегии	57,47	56,37	0,32
Неадаптивные копинг-стратегии	57,08	54,68	0,04

Исследование в динамике МПЗ в процессе комплексной терапии с помощью опросника ИЖС (табл. 7) также выявляет снижение напряженности наименее адаптивных МПЗ прежде всего «отрицания» (с 81,92 до 75,92; $p<0,05$) и «регрессии» (с 84,08 до 76,15; $p<0,05$). Отмечено и достоверное снижение индекса «степень напряжения защит» (с 50,42 до 47,46; $p<0,05$), что свидетельствует об усилении целенаправленности психологической защиты и общем укреплении дефензивной роли глубинных психологических механизмов.

Структура копинг-стратегий согласно данным опросника SVF также претерпела положительную динамику с укреплением роли конструктивных модальностей и снижением роли неконструктивных способов преодоления стресса (табл. 8). Прежде всего, это выразилось в росте показателей таких адаптивных копинг-стратегий как «потребность в социальной поддержке» (с 51,69 до 55,31; $p<0,05$), «поиск альтернативного самоутверждения» (с 54,92 до 56,92; $p<0,05$), а также в снижении интенсивности неконструктивных копингов (с 57,08 до 54,68; $p<0,05$), в частности, «тенденции избегания» (с 60,77 до 55,62; $p<0,05$), «мыслительного застревания» (с 51,77 до 47,38; $p<0,05$) и «социальной инкапсуляции» (с 61,31 до 59,15; $p<0,05$).

Несколько неожиданным является отсутствие достоверного снижения ведущей копинг-стратегии «обращение к лекарствам» (с 64,08 до 62,46; $p>0,05$) и общего повышения адаптивности копинг-стратегий (с 52,09 до 53,68; $p>0,05$). Это можно объяснить следующим. Во-первых, изменилась содержательная сторона копинга «обращение к лекарствам». Это проявилось смещением акцентов с бессистемного приема транквилизаторов на

систематическое поддерживающее лечение антидепрессантами, прежде всего, эфеделомом, что явилось результатом достижения терапевтического комплайенса. Во-вторых, несмотря на активную работу в стационаре данному контингенту больных достаточно сложно максимально эффективно скорректировать сложившуюся за годы болезни дезадаптивную психологическую структуру в силу кратковременности лечения. С нашей точки зрения, основная задача стационарного этапа при хроническом течении психического расстройства, в частности дистимии – купирование остроты симптоматики и создание психологического ресурса для формирования направлений адаптивного поведения.

Заключение

Комплексная модель терапии больных с дистимическим расстройством, включающая биологическую терапию современными антидепрессантами, индивидуальную и групповую психотерапию и социотерапевтические мероприятия, показала свою эффективность. Это проявилось в клиническом улучшении состояния пациентов, а также укреплении дефензивной роли механизмов психологической защиты и адаптивной модальности копинг-стратегий. Закрепление достигнутых результатов – основная задача амбулаторного этапа лечения. Сохранение преемственности комплексной модели терапии на амбулаторном этапе обеспечивается в данный момент акцентированным развитием психотерапевтической и социотерапевтической групповой работы в психоневрологическом диспансере и психотерапевтическом центре г.Оренбурга при активном участии общественных организаций в сфере психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антохин Е.Ю. Эфеделон (венлафаксин) в структуре комплексной терапии дистимии // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 56–64.
2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и соавт. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов. СПб., 1999.
3. Занен П. Применение венлафаксина в терапии психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 67–71.
4. Колоцкая Е.В. К проблеме дистимии // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4, № 1. С. 13–18.
5. Лупандин В.И. Математические методы в психологии: Учеб. пособие. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2002.
6. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. М.: Артinfo Паблишинг, 2007.
7. Нуллер Ю.Л., Циркин С.Ю. (ред.). Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994.
8. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List–90–Revised: SCL–90–R) // Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н.В.Тарабриной. СПб.: Питер, 2001. С. 146–181.
9. Перре М., Бауманн У. (ред.) Клиническая психология (Серия «Мастера психологии»). СПб.: Питер, 2002.
10. Сираничев М.А. Неглубокие затяжные депрессии позднего возраста (поздние дистимии): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.
11. Смулевич А.Б. Аффективные заболевания непсихотического уровня – циклотимия, дистимия // Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1999. С. 608–636.
12. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
13. Akiskal H.S. Clinical and scientific validity // Dysthymia in clinical practice, XIX CINP Congress. Washington, DC, USA, 1994.
14. Akiskal H.S., Bolis C.L., Cazzullo C. et al. Dysthymia in neurological disorders // Mol. Psychiatry. 1996. Vol. 1. P. 478–491.
15. Akiskal H.S., Cassano G.B. (Eds.). Dysthymia and the spectrum of chronic depressions. New York: Guilford Press, 1997.
16. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H.V., Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe // Eur. J. Neurology. 2005. Vol. 12, N 1. P. 1–90.
17. Angst J., Gamma A., Bennazi F. Atypical depressive syndromes in varying definitions // Clin. Neurosci. 2006. Vol. 256. P. 44–54.
18. Ballus C., Quiros G., De Flores T. et al. The efficacy and tolerability of venlafaxine and paroxetine in outpatients with depressive disorders or dysthymia // Int. Clin. Psychopharmacol. 2000. Vol. 15, N 1. P. 43–48.
19. Derogatis L.R., Cleary P.A. Confirmation of the dimensional structure of the SCL–90: a study in construct validation // J. Clin. Psychol. 1977. Vol. 33. P. 981–989.
20. Ehlers W., Peter R. Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten (SBAK). Ulm: PSZ, 1989.
21. Henkel V., Mergl R., Coyne G.C. et al. Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences // J. Affect. Disord. 2004. Vol. 83. P. 237–242.
22. Hentschel U., Kiesling J. Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS) // Contemporary Psychology. 1988. Vol. 33, N 6. P. 56.
23. Janke W., Erdmann G., Kallus W. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Göttingen, 1985.
24. Plutchik R., Kellerman H., Conte H. A structural theory of ego defences and emotions // Emotions in personality and psychopathology / E. Isard (Ed.). N. Y.: 1979. P. 229–257.

ПРОТЕКТОРНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРИ ДИСТИМИИ И ИХ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРЕ

Е. Ю. Антохин, В. К. Авеличев, Э. Т. Байдавлетова

С целью изучения протекторных психологических механизмов (механизмов психологической защиты (МПЗ), копинг-стратегий) при дистимии и их динамики в процессе комплексной терапии было изучено 39 больных в возрасте от 21 до 52 лет (23,1% муж. и 72,9% жен.), находящихся на стационарном лечении в психотерапевтическом отделении повторно. Длительность заболевания $4,8 \pm 1,2$ лет. Больные обследованы дважды: при поступлении и при выписке. Установлено,

что комплексная терапия в стационаре, включающая фармакотерапию эфеделоном, групповую психотерапию, социотерапию, приводит к клиническому улучшению состояния, а также укреплению у больных дистимией дефензивной роли механизмов психологической защиты и адаптивной модальности копинг-стратегий.

Ключевые слова: дистимия, комплексная терапия, психологические протекторные механизмы.

PSYCHOLOGICAL PROTECTION MECHANISMS IN DYSTHYMIA DURING COMPLEX THERAPY IN PSYCHIATRIC INPATIENT DEPARTMENT

E. Yu. Antokhin, V. K. Avelichev, E. T. Baidavletova

The purpose of research was to study psychological protection mechanisms, coping strategies and their dynamics in dysthymia during complex therapy. 39 patients at the age from 21 to 52 (23.1% of men and 72.9% of women) were investigated being readmitted to psychiatric inpatient department. Duration of disease was 4.8 ± 1.2 years. Patients were evaluated twice: on admission and discharge. Complex therapy inc-

luding treatment with efedelone, group psychotherapy, sociotherapy was estimated to lead to clinical improvement of patients and to strengthening psychological protection mechanisms and adaptive modality of coping strategies.

Key words: dysthymia, complex therapy, psychological protection mechanisms.

Антохин Евгений Юрьевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрав», врач-психотерапевт, клинический психолог психотерапевтического отделения ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1», e-mail: antioh73@rambler.ru

Авеличев Владимир Константинович – заведующий психотерапевтическим отделением ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1».

Байдавлетова Эльмира Тимерхановна – клинический психолог психотерапевтического отделения ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1».