

Заключение

В проведенном нами исследовании было установлено наличие недостатка микро- и макроэлементов элементов в составе волос у лиц мужского и женского пола. У женщин наибольший дефицит был отмечен по таким микроэлементам, как сера, железо, калий и хром, в то время как у мужчин отмечался недостаток кальция, цинка и серы. Построены корреляционные плеяды для химических элементов, содержащихся в волосах групп наблюдения и контрольных групп, различных по полу.

Показана возможность применения рентгенофлуоресцентного анализа волос для оценки особенностей формирования минерального обмена у взрослого населения при диффузной алопеции.

Как видно, из представленных данных, наблюдаются случаи комбинированных нарушений биоэлементного гомеостаза, выявление которых открывает новые возможности диагностики, тактики лечения и обоснования алиментарной профилактики у взрослого населения при диффузной алопеции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Строение и функции волос / Т. Н. Королькова [и др.] // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. — 2008. — № 1. — С. 46–51.
2. Скальный, А. В. Биоэлементы в медицине / А. В. Скальный, И. А. Рудаков. — М.: ОНИКС 21 век – Мир, 2004. — 272 с.
3. МВИ. МН 3730-2011. Определение массовой доли химических элементов в биоматериале (волосах) методом РФА на приборе СЕР-01.
4. Балинова, В. С. Статистика в вопросах и ответах : учеб. пособие / В. С. Балинова. — М.: Велби, 2004. — 344 с.

УДК 616.89-008.441.13-036.66 + 613.86

ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА И В РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

Сквира И. М.¹, Абрамов Б. Э.¹, Сквира М. И.²

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь
Негосударственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов»
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Введение

В процессе формирования ремиссии при алкогольной зависимости (АЗ) пациенту постоянно приходится сталкиваться с психотравмирующими ситуациями, связанными как с разрушением привычных алкогольных стереотипов жизни и формированием новых, так и с необходимостью приспособления, адаптации к сложному микро- и макросоциальному миру [1]. Психическая дезадаптация под влиянием социальной фрустрированности или социально стрессовых расстройств, а также дезадаптация при переходе из состояния «болезни» в состояние ремиссии, может с высокой вероятностью привести пациентов с алкогольной зависимостью к расстройствам адаптации, другим рецидивоопасным клиническим ситуациям (РОКС) и к рецидиву АЗ [2].

В этих процессах играют чрезвычайную роль механизмы индивидуальной переработки стрессов и психологической защиты (МПЗ), действующие в подсознании в ситуации стресса, искажая или фальсифицируя действительность с целью снижения эмоциональной напряженности и предотвращения дезорганизации психики и поведения [3].

В настоящее время психологи выделяют два уровня МПЗ. Первый называют уровнем «перцептивной» защиты, проявляющийся в увеличении порога чувствительности к негативной информации, а также ее вытеснении, подавлении или отрицании. Второй уровень защиты обеспечивает адаптацию к негативной информации за счет ее перестройки и искажения (проекция, изоляция, интеллектуализация, реактивное образование). Считается, что МПЗ формируются в онтогенезе на основе взаимодействия генотипических свойств с индивидуальным, конкретно-историческим опытом развития личности в определенной социальной среде и культуре, становясь довольно устойчивым свойством личности [4].

Недостаточное осознание событий, переживаний и ощущений, которые причинили бы человеку боль при их осознании, позволяет лицам с АЗ долгое время сохранять спокойствие и не тревожиться по поводу связанных с алкоголизацией проблем. При этом, ограждая личность от внутреннего конфликта, МПЗ лишают человека возможности осознания происходящих с ним перемен, что способствует прогрессированию болезни АЗ и позднему обращению за помощью. Установлено, что в кон-

критических ситуациях могут срабатывать самые различные МПЗ, однако каждый раз в качестве ведущего МПЗ выступает преимущественно одна из них, беря на себя основную часть работы по преодолению негативных переживаний [4].

Данные о структуре МПЗ у пациентов с АЗ неоднозначны и мало изучены. Есть наблюдения о преобладании у пациентов с алкогольной зависимостью МПЗ «проекция», в других исследованиях — «отрицание» и подчеркивается также меньшая выраженность и функциональная неразвитость механизма «компенсация» в условиях, когда весь спектр компенсирующих действий заменяется употреблением алкоголя [3–5].

Цель

Изучение механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью в процессе формирования качественной ремиссии и в рецидивоопасных клинических ситуациях ремиссионного периода (РОКС).

Материал и методы исследования

В исследование, проведенное на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», после прохождения, согласно принятых в наркологии стандартов, трехэтапного лечения были включены 76 мужчин с АЗ (шифр F 10.200-202 по критериям МКБ-10) в возрасте от 27 до 55 лет. Критериями исключения были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с другими психическими и поведенческими расстройствами неалкогольного генеза. Все пациенты были разделены на три подгруппы сравнения. Первые две подгруппы находились в качественной ремиссии (без клинически выраженных РОКС) соответственно на этапе становления (I подгруппа, n = 28) (воздержание от употребления алкоголя 1–6 месяцев, F 10.200) и установившейся (II подгруппа, n = 25) (воздержание от употребления алкоголя 13–72 месяца, медиана 34 месяца, F 10.202) ремиссии. III подгруппа состояла из 23 пациентов, у которых после длительного периода (от 13 до 64 месяцев, медиана 32 месяца) компенсированной ремиссии (ремиссии без явных клинических РОКС) был констатирован факт обращения к наркологу для противорецидивного лечения в связи с жалобами на РОКС.

В ходе выполнения работы применены психопатологический и экспериментально-психологический методы. Механизмы психологической защиты изучали по методике «Life style index» (R. Plutchik, H. Kellerman, в адаптации Л. И. Вассермана) [4].

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , достоверности отличия по критерию Стьюдента и критерию согласия χ^2) проводилась с помощью компьютерной программ «Microsoft Excel 2010» и «Statistica» 6.0. Сравнение данных в трех подгруппах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала — Уоллиса. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительная усредненная выраженность МПЗ по тесту [3] у пациентов трех подгрупп представлена таблица 1.

Таблица 1 — Сравнительная выраженность механизмов психологической защиты в I, II и III подгруппах

Механизмы психологической защиты	Подгруппы пациентов		
	I, n = 28	II, n = 25	III, n = 23
	M ± σ	M ± σ	M ± σ
Отрицание	84,20 ± 13,68	75,93 ± 21,85	68,43 ± 29,25
Подавление	60,90 ± 8,14	54,82 ± 31,30	61,71 ± 21,25
Регрессия	67,51 ± 30,64	54,82 ± 33,10**	73,29 ± 18,36
Компенсация	53,40 ± 31,37*	69,50 ± 23,83	71,00 ± 25,92***
Проекция	78,19 ± 18,75	66,07 ± 30,82	60,14 ± 32,39
Замещение	57,40 ± 25,24	53,93 ± 29,77**	75,00 ± 14,14
Интеллектуализация	77,20 ± 20,08	73,22 ± 19,08	66,00 ± 28,52
Реактивные образования	81,79 ± 16,68*	61,14 ± 26,14	63,71 ± 28,18

Примечание. Статистически значимые отличия ($p < 0,05$): * I и II подгрупп; ** — II и III подгрупп; *** — III и I подгрупп.

Как следует из таблицы, в начале формирования терапевтической ремиссии (I подгруппа) характерными являлись такие МПЗ как «отрицание», «реактивные образования», «проекция» и «интеллектуализация», а статистически значимо реже них встречался МПЗ «компенсация» ($p < 0,001$).

По сравнению с I подгруппой во II 7 МПЗ уменьшались в выраженности ($p < 0,01$) и только «компенсация» выростала из 53,4 ± 31,37 баллов до 69,5 ± 23,83 баллов ($p < 0,05$) и становилась стабильной психологической чертой пациентов с компенсированной ремиссией, сохраняющейся даже в рецидивоопасных ситуациях (71 ± 25,92 баллов) (таблица 1).

При возникновении на фоне ремиссии РОКС (III подгруппа) у лиц с АЗ структура МПЗ была следующей (в порядке убывания частоты использования): «замещение», «регрессия», «компенсация», «отрицание», «интеллектуализация» «реактивные образования», «подавление» и «проекция». При сравнении МПЗ в РОКС и в ремиссии (таблица 1) видно, что большинство МПЗ меняются мало ($p > 0,05$). В РОКС увеличиваются, в сравнении с пациентами в компенсированной ремиссии, «замещение» с $53,93 \pm 29,77$ баллов до $75 \pm 14,14$ баллов ($p = 0,007$) и «регрессия» с $54,82 \pm 33,10$ до $73,29 \pm 18,36$ баллов ($p < 0,05$). Рост использования такого МПЗ как «замещение» в РОКС клинически проявлялся в разрядке подавленных эмоций (в частности, связанных с актуализацией у пациентов влечения к алкоголю) на доступных объектах, чаще всего, своих близких (раздражительность, вплоть до дисфории, агрессия). А рост выраженности в РОКС МПЗ «регрессия» проявлялся возвратом к онтогенетически более древним и менее зрелым способам поведения, что в обоих случаях повышало риск срыва и рецидива алкогольной зависимости.

Таким образом, впервые исследованы особенности механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью в процессе формирования терапевтической ремиссии и при возникновении на ее фоне рецидивоопасных клинических состояний. Установлено, что вначале терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью характерными являлись такие механизмы психологической защиты как «отрицание», «реактивные образования», «проекция», «интеллектуализация» и реже всех встречался «компенсация». По мере формирования компенсированной ремиссии большинство механизмов психологической защиты использовались пациентами с алкогольной зависимостью все реже, и только использование такого механизма как «компенсация», становившейся стабильной чертой пациентов с установившейся компенсированной ремиссией, учащалось ($p < 0,05$). При возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью происходил значимый рост использования механизмов психологической защиты «замещение» ($p < 0,01$) и «регрессия» ($p < 0,05$).

Заключение

По мере формирования компенсированной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью наблюдается уменьшение ($p < 0,01$) использования непродуктивных и рост ($p < 0,05$) использования относительно продуктивных (компенсация) механизмов психологической защиты. При возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций, несмотря на стабильность выработанной в ремиссии компенсации, наблюдается статистически значимый ($p < 0,05$) возврат к использованию онтогенетически более древних бессознательных способов поведения, непродуктивных механизмов психологической защиты. Поэтому, в процессе реабилитации лиц с алкогольной зависимостью следует развивать их компенсаторные возможности, но не полагаться на бессознательные механизмы психологической защиты, а готовить пациентов к сознательному преодолению рецидивоопасных клинических ситуаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наркологія: Національний підручник / І. К. Сосін [и др.] (мол.) (під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва). — Харків, 2014. — 1428 с.
2. Сквіра, І. М. Влияние психологических рецидивоопасных факторов на устойчивость ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью / И. М. Сквіра // Медична психологія. — 2013. — № 2. — С. 73–77.
3. Копытов, А. В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография / А. В. Копытов. — Минск: Изд. Центр БГУ, 2012. — 400 с.
4. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов / Л. И. Вассерман [и др.]. — СПб., 1999. — 49 с.
5. Чернявская, И. Ю. Механизмы психологической защиты у лиц с алкогольной аддикцией / И. Ю. Чернявская // Психологія. — 2010. — № 4. — С. 24–28.

УДК 613.816 – 084-036.35

СООБЩЕСТВО ВЗАИМОПОМОЩИ «ФОРМУЛА ТРЕЗВОСТИ» КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ

Сквіра І.М.¹, Абрамов Б. Э.¹, Ткачева О. Н.², Сквіра М. І.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Реабилитационный центр «Формула трезвости»

г. Гомель, Республика Беларусь

³Негосударственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов»

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение

Проблема лечения алкогольной зависимости (АЗ) остается чрезвычайно актуальной по масштабам распространения, величине экономических, демографических и нравственных потерь и пред-