

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

*С.А. Игумнов *В.А. Жебендяев
Минск, РНПЦ психического здоровья, *Витебск УО «ВГМУ»*

Среди причин расстройств депрессивного спектра большое место занимают различного рода средовые, прежде всего психотравмирующие факторы. Исследования показали, что около 66-90% эпизодов депрессии последовали после тяжелых жизненных событий, происшедших за полгода или менее до этого эпизода. Психогенный фактор (ПФ), запускающий развитие депрессии складывается из отношения психической травмы (ПТ) к психической защите (ПЗ) [1]. Это отношение может быть выражено формулой: $ПФ = ПТ/ПЗ$, из которого следует, что чем больше выражена психическая защита, тем меньше значение психогенного фактора и наоборот. Если механизмы защиты оказываются несостоятельными для успешного переживания ситуации, то нарастает тревога, приводящая к дезинтеграции психической деятельности.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей функционирования механизмов психологической защиты у пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня для разработки подходов к краткосрочной психотерапии.

Материал и методы. Работа была проведена на базе Витебской областной клинической психиатрической больницы и Витебского областного психоневрологического диспансера. Объектом исследования были выбраны 119 пациентов обоего пола зрелого возраста с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня, без признаков психических заболеваний другой этиологии и тяжелых соматоневрологических нарушений. В контрольную группу вошли 42 здоровых испытуемых. Вся клиническая группа расстройств депрессивного спектра непсихотического уровня (119 пациентов) для целей разработки дифференцированной краткосрочной психотерапии была разделена на 3 подгруппы, отличающие друг от друга по длительности и выраженности депрессивной симптоматики: кратковременные депрессивные реакции (30 пациентов), пролонгированные депрессивные реакции (30 пациентов) и депрессивные эпизоды (59 пациентов).

Для клинической оценки психического состояния пациентов применялся клиничко-психопатологический метод с использованием критериев современной классификации болезней МКБ-10, а также шкала Гамильтона для оценки депрессии и опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90.

Для оценки напряженности механизмов психологической защиты, а также изучения структуры данных психологических защит использовался

опросник «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index) [2], адаптированный в Институте им. В.М. Бехтерева.

Результаты были обработаны статистически с применением программы STATISTICA 6.0.

Результаты их обсуждение. Для пациентов с кратковременными депрессивными реакциями характерен достоверно более высокий уровень «отрицания» (отрицание фрустрирующей реальности) по сравнению с контролем ($p < 0,005$), а также по сравнению с другими клиническими подгруппами ($p < 0,01$), а также более низкий, по сравнению с контрольной группой уровень «вытеснения» ($p < 0,05$). Выявлено, что «отрицание» имеет множественные отрицательные корреляционные взаимосвязи с психической тревогой ($r = -0,602$, $p < 0,019$), интерперсональной сенситивностью ($r = -0,777$, $p < 0,004$), obsессиями ($r = -0,590$, $p < 0,029$), паранойяльными симптомами ($r = -0,620$, $p < 0,007$) и выраженностью симптоматики в целом ($r = -0,621$, $p < 0,049$). «Замещение» (снятие напряжения путем переноса агрессии с более сильного или значимого субъекта (являющегося источником гнева) на более слабый объект или на самого себя) способствует повышению чувства вины ($r = 0,624$, $p < 0,034$), мыслей о смерти ($r = 0,710$, $p < 0,010$) и появлению атипичных симптомов депрессии ($r = 0,510$, $p < 0,039$). Таким образом, в наибольшей степени с ухудшением состояния пациента коррелирует «замещение», а «отрицание» способствует уменьшению выраженности психопатологической симптоматики.

Высокие значения механизма психологической защиты «отрицание» отражают тот факт, что данный механизм способствует снижению выраженности депрессивной симптоматики, снятию актуальности психотравмирующей ситуации, однако затрудняет ее психологическую переработку. В связи с этим, по мере уменьшения уровня тревоги, целесообразно использование психотерапевтических подходов, направленных на «вентилирование» чувств, актуализацию реактивных переживаний, их отреагирование и принятие. Для этого возможно использование как вербальных вмешательств, направленных на фасилитацию обсуждения психотравмирующих ситуаций, предшествующих развитию депрессии, так и экспозиционных методик, целью которых является возвращение аффективного переживания и способствование отреагированию эмоций.

В подгруппе с пролонгированными депрессивными реакциями наблюдается снижение напряженности "отрицания" и усиление напряженности «регрессии» ($p < 0,05$), «замещения» ($p < 0,05$), «проекции» ($p < 0,05$), «гиперкомпенсации» ($p < 0,05$), а также «рационализации» ($p < 0,05$). В данной подгруппе также обнаружена отрицательная взаимосвязь между глубиной симптоматики и психологической защитой «отрицание» ($r = -0,782$, $p < 0,017$). Активизация целого комплекса механизмов психологической защиты, таких как «регрессия», «проекция», «замещение», «гиперкомпенсация» и «рационализация» отражает более глубокую деформацию личностных стратегий совладания с дистрессом и обосновывает применение методик, способствующих как разотождествлению с дисфункциональными механизмами психологической защиты, так и коррекции сопутствующих когнитивных искажений.

Пациенты с депрессивными эпизодами отличались актуализацией психологических защит в виде «замещения» ($p < 0,01$), при котором агрессивные

импульсы часто переправляются на себя, и «проекции» ($p < 0,001$), посредством которой усиливается представление о мире как опасном и ненадежном. Среди психологических защит обнаружены положительные корреляции между напряженностью психологических защит и ажитацией ($r = 0,363$, $p < 0,05$); замещение было ассоциировано с депрессивностью ($r = 0,405$, $p < 0,039$), фобической тревогой ($r = 0,392$, $p < 0,05$), психотицизмом ($r = 0,528$, $p < 0,01$) и индексом тяжести GSI ($r = 0,389$, $p < 0,05$) (согласно опроснику SCL-90). Таким образом, краткосрочная психотерапия депрессивных эпизодов по мере уменьшения выраженности клинической симптоматики депрессии в результате поддерживающей психотерапии и фармакотерапии должна включать коррекцию в межличностной модальности с проработкой конфликтных и стрессогенных ситуаций, связанных с отношениями пациента с актуальными для него/нее людьми. Это позволит снизить представления об окружающих пациента людях как враждебных в случае заострения психологического защитного механизма «проекции». В связи с активизацией «замещения», в результате которого агрессия переводится с интерперсонального на интраперсональный уровень функционирования личности, целесообразна психотерапевтическая коррекция с использованием методик, направленных на интеграцию конфликтных частей идентичности.

Заключение. Таким образом, изучение особенностей функционирования механизмов психологической защиты у пациентов с расстройствами депрессивного спектра различных клинических подгрупп выявило существенные различия, что целесообразно учитывать при разработке подходов к дифференцированной краткосрочной психотерапии.

Список литературы

1. Шостакович, Б.В. Психогенные депрессии: патоморфоз и современные особенности клиники / Б.В. Шостакович, С.А. Потапов // Международный медицинский журнал. – 2000/ - №1 - с. 332-337
2. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л.И. Вассерман [и др.], под ред. Л.И. Вассерман. - СПб.: ПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. - 49 с.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ФОРМИРОВАНИИ ОБРАЗА БОЛЕЗНИ У ЛПА на ЧАЭС С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1–2 СТЕПЕНИ

В.П. Вишневская

*Минск, ГУО «Институт национальной безопасности
Республики Беларусь»*

В понимании механизмов формирования психосоматических заболеваний у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС отсутствует единая точка зрения, однако большинство исследователей, признавая патогенное влияние радиационных воздействий, указывает при этом и на существенную роль стрессовых факторов, порожденных катастрофой и ее последствиями. Правомерность такой позиции вряд ли может оспариваться,