

Гелда А.П., Голубович В.В., Горюшкина Е.Г., Гнедько М.Л., Залеская И.С., Карманова Т.Б., Кучко Е.В., Нестерович А.Н., Никулина Е.Ю., Отчик Н.С., Попков А.Д., Роменский А.В., Рунец К.Е., Сорокин И.Г., Чернецкая Е.В., Чудук В.С.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь
Городской психоневрологический диспансер, Минск, Беларусь

Суицидогенный кризис и механизмы психологической защиты

Не всякая психотравмирующая ситуация, возникающая под влиянием социальной фрустрированности или социально-стрессовых воздействий, является суицидоопасной [2]. В то же время для преодоления любой переживаемой индивидуумом психотравмирующей ситуации задействованы механизмы психологической защиты (МПЗ) с целевой направленностью на снижение эмоциональной ситуационной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения. При этом индивидуумом используется несколько МПЗ, но один из них является доминирующим по преодолению негативных переживаний [1].

Цель исследования: изучение основных МПЗ в переживаемой суицидоопасной ситуации у лиц с непсихотическими психическими расстройствами.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное проспективное в однородных параллельных группах со стратификационной рандомизацией (основная выборка исследования – контингент лиц с непсихотическим аутоагрессивным первичным/повторным суицидальным поведением и контрольная – контингент лиц без аутоагрессивных проявлений в кризисные периоды жизни) клинико-суицидологическое исследование в соответствии с протоколом ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов [5] с дополнением к протоколу экспериментально-психологической методики для диагностики доминирующих стратегий психологических защит (опросника «Индекс жизненного стиля»; ИЖС) [4]. Период времени проведения исследования – 01.01.2011–01.01.2013 на базе клинических отделений ГУ «РНПЦ психического здоровья», отделения острых отравлений УЗ «БСМП г. Минска» и стационара пограничных состояний УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска при сплошном наборе исследовательских случаев самопокушений – в основной выборке и с помощью таблицы случайных чисел из общего массива несуйцидальных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами – в контрольной [3]. Обе выборки исследования – рентные по половозрастному составу пациенты с непсихотическими психическими расстройствами.

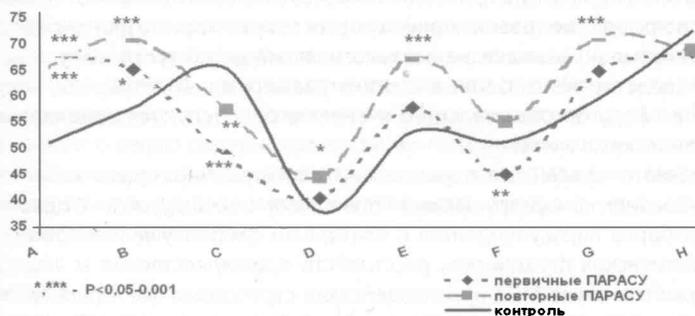
Критерии включения контингента лиц в исследование: возраст старше 16 лет, переживаемый психологический кризис, саморазрушающее поведение (для основной выборки исследования) или отсутствие такового (для контрольной выборки исследования), непсихотические формы психической дезадаптации (стрессо- и нестрессозависимые), добровольное согласие на участие в исследовании. Контингенты лиц основной и контрольной выборки исследования обследуются однократно в первую неделю поступления в клинику. Объем выборок рассчитан в соответствии с требованиями решаемых задач исследования.

Для обработки материалов исследования при выбранном 95%-м уровне доверия использовались общепринятые методы параметрической статистики: двухвыборочный t-тест Стьюдента для проверки нулевой гипотезы различия/сходства между средними значениями ($M \pm m$) признака в независимых выборках (программа MS Excel, 2003).

Основная выборка исследования (879 чел.) представлена 3 группами парасуицидентов: а) формально психически здоровые люди (не состоявшие на психиатрическом и наркологическом учете) в возрасте $30,3 \pm 0,50$ года в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40–F48) или настроения (F32.0–F32.1) –

472 чел. (390 чел. и 82 чел. соответственно с впервые в жизни совершившими и с повторными суицидальными попытками); б) лица с синдромом зависимости от алкоголя (F10.1–F10.2) и ситуационно обусловленными расстройствами адаптации с нарушением поведения (F43.24) или с тревожно-депрессивными симптомами (F43.20–F43.22) в возрасте $29,8 \pm 0,7$ года – 250 чел. (129 чел. с первичным и 121 чел. с повторным самопокушением); в) лица с непсихотическими психическими расстройствами, ранее лечившиеся в психиатрических стационарах или состоящие на психиатрическом учете (F06–F07; F40–F43; F32.0–F32.1; F60–F61) в возрасте $31,5 \pm 1,12$ года – 157 чел. (90 чел. с первичным и 67 чел. с повторным самопокушением); и 4) контрольная, представленная пациентами с невротическими расстройствами без саморазрушающего поведения в кризисные периоды жизни (F40–F48) – 150 чел. в возрасте $34,9 \pm 1,54$ года.

Результаты и обсуждение. Анализ материалов исследования проведен в сопоставлении совокупных выборок парасуицидентов с первичным (n=609) и повторным (n=270) самопокушением с контролем (см. рисунок).



Примечания:

А – отрицание, В – вытеснение, С – регрессия, D – компенсация, Е – проекция, F – замещение, G – интеллектуализация, H – реактивные образования);

	A	B	C	D	E	F	G	H
Первичные ПАРАСУ	68±1***	65±1*	49±1***	40±1	58±1	45±1**	65±1	68±1
Повторные ПАРАСУ	65±2***	71±2***	57±2**	44±2*	68±2***	55±2	72±2***	69±1
Контроль	50±3	58±3	65±2	38±3	53±3	51±2	60±3	72±2
t ₁ (первичные ПАРАСУ)	5,262	2,529	-6,604	0,906	1,344	-2,601	1,592	-1,660
t ₂ (повторные ПАРАСУ)	4,052	4,374	-2,876	2,133	3,866	1,311	3,459	-1,379

. – в сопоставлении по t-критерию Стьюдента при p<0,05–0,001 соответственно.

Усредненный профиль по опроснику «Индекс жизненного стиля» в выборках парасуицидентов и контроля (в перцентилях)

По усредненному профилю в анализируемых выборках парасуицидентов с первичным и повторным самопокушением отмечается схожесть тенденции линии трендов и определенное отличие от такого тренда в сопоставлении с контролем. Особенно явно выраженные отличия имеют место при сопоставлении характеристик механизмов психологической защиты в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением и контрольной выборки пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. Существенно преобладающими по вероятности применения в конфликтной суицидоопасной ситуации в качестве психологической защиты с целью ухода от стрессового влияния или нивелирования его действия при склонности к хронизации суицидального поведения выявляются такие МПЗ, как «отрицание» (65 ± 2 против 50 ± 3 перцентилей в выборке контроля; $p < 0,001$ и $t = 4,052$), «вытеснение» (71 ± 2 против 58 ± 3 перцентилей; $p < 0,001$ и $t = 4,374$), «компенсация» (44 ± 2 против 38 ± 3 перцентилей; $p < 0,05$ и $t = 2,133$), «проекция» (68 ± 2 против 53 ± 3 перцентилей; $p < 0,001$ и $t = 3,866$) и «интеллектуализация» (72 ± 2 против 60 ± 3 перцентилей; $p < 0,001$ и $t = 3,459$), т.е. себя проявляют такие МПЗ, при использовании (реализации) которых неприемлемые для индивидуума дистрессовые и вызывающие психологический дискомфорт импульсы, причинно-следственно связанные с психотравмирующей ситуацией, «переводятся» в сферу бессознательного и внешне опосредуются суицидальными поведенческими актами.

В свою очередь, при переживании психотравмирующего события без формирования саморазрушающего поведения индивидуумами с однотипными в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением регистрами непсихотических психических расстройств преимущественно и чаще всего «выбираются» иные МПЗ противодействия стрессовым факторам, такие как «регрессия» (65 ± 2 против 57 ± 2 перцентилей в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением; $p < 0,01$ и $t = 2,876$) и «реактивные образования» (72 ± 2 против 69 ± 1 перцентилей; $p > 0,05$), т.е. себя проявляют такие МПЗ, при использовании (реализации) которых индивидуумом допускается поступление в сознание травмирующей информации с ее извращенной интерпретацией в форме «болезненных» психических ощущений и активного поиска избавления от подобного рода ощущений с мобилизацией внутренних ресурсов, но в основном с опорой на помощь извне (врачебную помощь).

Таким образом, отличие в МПЗ в кризисный суицидоопасный период жизни, в особенности при хронизации суицидального поведения, заключается в многообразии выбора использования психологических установок ухода от суицидоопасной психотравматизации с доминирующим применением более

зрелых по уровню форм МПЗ, чем при выборе таковых в кризисный период жизни, с формированием (или очередным обострением) непсихотического психического расстройства без саморазрушающего поведения. Такие доминирующие МПЗ, выбираемые индивидуумом в суицидоопасной ситуации, как «отрицание» (65 ± 2 против 50 ± 3 перцентилей в выборке контроля; $p < 0,001$), «вытеснение» (71 ± 2 против 58 ± 3 перцентилей; $p < 0,001$), «компенсация» (44 ± 2 против 38 ± 3 перцентилей; $p < 0,05$), «проекция» (68 ± 2 против 53 ± 3 перцентилей; $p < 0,001$) и «интеллектуализация» (72 ± 2 против 60 ± 3 перцентилей; $p < 0,001$) способствуют хронизации суицидального процесса посредством отрицания или вытеснения реалий окружающей действительности, «перевода» проблемы на уровень бессознательного и последующей ее реализации суицидального поведенческого акта.

Заключение. При коморбидности сформировавшегося суицидоопасного состояния с непсихотическими психическими расстройствами индивидуумами для преодоления суицидогенной ситуации используется многообразие механизмов психологической защиты, и в частности таких, среди которых доминирующими при хронизации суицидального поведения являются такие формы психологической защиты, как «отрицание», «вытеснение», «проекция» и «интеллектуализация», что следует учитывать при разработке и практической реализации медико-психологических программ антисуицидальной направленности с целью переинформатизации психологических установок на самоуничтожение и мобилизации внутренних сил и ресурсов для позитивной антисуицидальной «трансформации» и успешного преодоления суицидального кризиса.

Литература

1. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л., 1988. – 270 с.
2. Войцех, В.Ф. Суицидология / В.Ф. Войцех. – М.: Миклоша, 2008. – 280 с.
3. Лакин, Г.Ф. Биометрия: Учеб. пособие для биол. спец. вузов / Г.Ф. Лакин. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: Высш. шк., 1990. – 352 с.
4. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (Пособие для психологов и врачей) / под ред. Л.И. Вассермана – СПб.: Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 40 с.
5. Схема интервью Европейского исследования парасуицидов: перевод с англ. под ред. В.Б. Позняка. – Минск, 1996. – 100 с.