

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Проблема суицида и парасуицидального поведения на сегодняшний день становится одной из наиболее острых медико-социальных и клинико-психологических проблем современности в связи с неуклонным ростом числа самоубийств [15]. Повышенное внимание к этой проблеме отечественных и зарубежных исследователей имеет большое значение для клинической и теоретической медицины. В настоящее время тяжелая социально-экономическая ситуация способствует усилению социально-психологической дезадаптации и формированию аутоагрессивных тенденций. В любом обществе в периоды социального напряжения создаются предпосылки для возникновения различных форм отклоняющегося поведения, включая суицидальное.

Суицид может отражать общественный обычай, своеобразную норму, правило поведения, принятое в конкретном обществе, в определенной культуре (например, японское *харакори*), может быть связан с неизлечимыми соматическими заболеваниями, с психическими расстройствами и, наконец, суицид может наблюдаться у практически здоровых лиц, не имеющих каких-либо соматических или психических заболеваний. В последнем случае, обычно речь идет о наличии острых или хронических психических травм [16]. При суицидальных попытках, совершаемых в состоянии аффективного возбуждения лицами без психических расстройств, в большинстве случаев звучат мотивы индивидуалистического плана, отражающие социальную незрелость или психическую неустойчивость. Например, частым пусковым механизмом являются обида, гнев, возмущение в ответ на недоверие, требовательность, ограничение эгоистических желаний, измену, а также неудовлетворенность притязаний, бремя ответственности. В подобных реакциях находит отражение неумение или нежелание считаться с обстоятельствами, необходимостью учета интересов окружающих, неспособность к рациональному разрешению конфликтов [16]. Самоубийство редко совершается в результате трезвого рационального взвешивания жизненных обстоятельств, доводов в пользу принятия или отвержения жизни. В основе его — психологический кризис, переживание целой гаммы негативных эмоций. Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами и смотрят в будущее без надежды. Поэтому необходимо по-новому осмыслить роль социально-психологической помощи при суицидальном поведении [2, 15].

В настоящее время остается открытым вопрос о процессе формирования суицидального поведения, остаются не до конца разработанными клинические вопросы, а также вопросы формирования суицидального риска. Так, до настоящего времени не определены корреляционные взаимосвязи между суицидальным риском и ведущим психопатологическим синдромом. Немаловажное значение имеет комплексное изучение причин, мотивационных механизмов суицидального поведения на основе личностных, психологических и средовых характеристик.

Изучение суицидального поведения нельзя сводить только к анализу завершенных суицидов и суицидальных попыток. Необходимо включить в рассмотрение весь спектр суицидоопасных реакций, все многообразие проявлений этого феномена — суицидальных мыслей, угроз, имитаций (подделок), демонстраций суицидальных намерений — вплоть до его крайних форм — покушений на самоубийство и завершенных самоубийств. Различные виды или типы суицидального поведения необходимо, как нам кажется, рассматривать отдельно, чтобы иметь возможность выделить диагностические признаки суицидального поведения в его различных формах или типах, принимая во внимание предрасполагающие объективные и субъективные суицидогенные факторы.

С помощью социологических исследований было установлено влияние на общее количество случаев суицида таких факторов как климат, время года, место проживания, возраст, пол, вероисповедание, уровень экономики, политическая ситуация. Среди факторов высокого риска отмечаются также: возраст более 45 лет, мужской пол, алкоголизм (у алкоголиков уровень суицидов выше в 50 раз); поведение, включающее насилие, суицидальные попытки в прошлом и госпитализация в психиатрические учреждения в прошлом [19].

Преморбидные особенности личности, как один из факторов риска аутоагрессивного поведения, изучены достаточно глубоко как психиатрами, так и психологами и психотерапевтами. Выявлен ряд предрасполагающих психолого-психиатрических факторов суицидального поведения, к которым относятся следующие [16]:

- повышенная напряженность потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию психологических защитных механизмов, неумение ослабить фрустрацию;
- импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта;
- наличие чувства вины и низкой самооценки;
- гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентаций.

В целом совокупность лиц, совершающих суициды и покушения, в диагностическом плане распадается на три основные категории: душевнобольные, лица с пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровые. Основную массу составляют пограничные больные, в то время как две другие категории представлены приблизительно одинаково [16].

Если обратиться к клиническим примерам, то можно заметить, что даже в тех случаях, когда дезадаптация и конфликт обуславливаются психотической симптоматикой, ее влияние на поведение не носит прямого и непосредственного характера. Оно всегда опосредовано системой личностных характеристик больного и особенностями его взаимоотношений с окружающей социальной средой. Суицидальное решение предполагает необходимый этап личностной переработки конфликтной ситуации, какой бы «псевдореальной»

эта ситуация ни была. Ибо по определению суицид есть намеренное лишение себя жизни. Данная закономерность проявляется и при эндогенных депрессиях, и при аффективно-бредовых, и при галлюцинаторно-бредовых расстройствах. Уровень социализации личности и ее базисные установки определяют выбор того или иного варианта поведения при психотических нарушениях [15; 16].

Иначе не представляется возможным понять, почему при одном и том же заболевании, при наличии одинаковой психопатологической симптоматики одни больные совершают суициды, а другие не обнаруживают никаких проявлений суицидальности. Тщательный клинико-психологический анализ позволяет очертить границы этого «личностного этапа», вскрыть его структуру и определить его влияние на дальнейшее поведение больного. Приведенные аргументы заставляют решительно отвергнуть «постулат непосредственности», т. е. тезис о непосредственной зависимости суицидального поведения от болезненных симптомов. В еще большей степени это касается непсихотических расстройств, т. е. «пограничной патологии» и периодов ремиссий эндогенных психозов. Именно в данной категории, по сравнению с психотическими больными, суицидальные проявления наиболее часты, поскольку «открытость» этих больных к неблагоприятным средовым влияниям несоизмеримо расширяет «поле» конфликтных переживаний. Клиническая симптоматика в генезе суицидов явно отступает на второй план, за счет выдвижения личностных и микросоциальных факторов. Для прогноза суицида важнее при этом не столько содержание и структура психопатических или невротических синдромов, сколько реальные социальные взаимоотношения больного, преморбидные характеристики, сформировавшиеся установки. Суицидальный риск значительно выше там, где с большей быстротой и интенсивностью происходит болезненная перестройка личностной структуры. Применительно к эндогенным заболеваниям, наркоманиям и алкоголизму это означает, что в состояниях психоза или наркотической психопатизации личности суициды совершают преимущественно те, у кого до начала заболевания не выявлялась патологических отклонений [20].

Итак, при суицидальном поведении у лиц с психической патологией отчетливо обнаруживается роль личностных и средовых факторов, которая возрастает по пути «движения» от психотических состояний к пограничным расстройствам.

Подавляющее число больных (с пограничными психическими расстройствами), имеющих суицидальные тенденции, не обращаются в психоневрологические диспансеры, а для профилактики аутоагрессивных действий необходимы как первичные (до совершения суицидальной попытки), так и вторичные (после ее совершения) мероприятия. Это связано с большим количеством повторов суицидальных действий и с тем, что до 40 % суицидентов составляют подростки и молодые люди в возрасте до 21 года, у которых аутоагрессивные действия зачастую становятся привычным способом разрешения личностных проблем. После совершения суицидальной попытки больным при госпитализации в терапевтические, хирургические отделения городских больниц или в клинику скорой помощи оказывается квалифицированная помощь, и человек встает на ноги. Но очень часто соматическое выздоровление не решает психологических проблем суицидентов, которые собственно и привели больного к совершению суици-

дальной попытки. Они нуждаются в психиатрической или психологической помощи [6, 19].

К сожалению, существующее положение наглядно демонстрирует, что системы помощи лицам, совершающим попытку самоубийства, пока нет. Хотя есть разрозненные силы, в одиночку пытающиеся воспрепятствовать волне самоубийств.

В системе существующей суицидологической службы, ориентированной на предупреждение самоубийств среди контингентов практически здоровых, лиц с пограничными расстройствами и душевнобольных, акценты в терапевтической тактике расставлены различно.

Что касается психически больных суицидентов, то по отношению к ним, на первый план выступает адекватная медикаментозная терапия.

Принципы лечения психически больных с суицидоопасными состояниями должны опираться на ряд общих положений, к которым относятся поэтапность и многофакторность воздействия с применением обширного комплекса фармакологических, психотерапевтических и социальных мероприятий, используемых в зависимости от преобладания в структуре мотивации суицидального поведения психопатологических, личностных или средовых факторов [4, 16].

Психосоциальные мероприятия в отношении психически больных суицидентов в системе комплексной терапии суицидоопасных состояний занимают особое важное место и являются необходимым вспомогательным видом помощи наряду с адекватной психофармакотерапией психических нарушений. Они включают комплекс медицинской и социально-психологической реабилитации.

Медицинская реабилитация психически больных направлена на полное или частичное восстановление психического и соматического здоровья или на возможное замедление развития заболевания, предупреждение обострений и рецидивов [7].

Социально-психологическая реабилитация предусматривает адаптацию больных к социальному окружению, повышение самосознания путем формирования адекватного отношения к своему заболеванию и улучшения способностей к решению психологических проблем, налаживанию взаимоотношений с окружающими, в семьях, трудовых коллективах. Эта форма реабилитации должна сопровождать весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий.

Социально-психологическая реабилитация — это комплекс мер, направленных на повышение уровня функциональных способностей в быту и социуме, восстановление разрушенных или утраченных больным или инвалидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья.

Цель социальной реабилитации — восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение самостоятельности и материальной независимости.

Социально-психологическую реабилитацию подразделяют на социально-бытовую и социально-средовую.

Социально-бытовая реабилитация заключается в приобретении больным или восстановлении утраченных в результате болезни навыков по самообслуживанию в быту, в приспособлении к новым условиям жизни.

Социально-средовая реабилитация включает социально-средовую ориентацию, социально-средовое образование, социально-средовую адаптацию. В ходе социально-средовой ориентации осуществляется

ориентация больного в окружающей среде: установление взаимоотношений с людьми, знакомство с территорией, расположенными на ней необходимыми объектами — магазинами, учреждениями, предприятиями, спортивно-оздоровительными объектами и т. д.

Социально-средовая адаптация — это процесс и результат приспособления субъекта к объектам жизнедеятельности и овладения навыками самостоятельного жизнеобеспечения.

В понятие реабилитации входит комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, т. е. профилактики заболеваний [7].

Опыт практической и научной работы с психически больными позволил определить основные принципы их социальной реабилитации:

- раннее начало реабилитационных мероприятий;
- ступенчатость, преемственность и комплексность оказываемой помощи;
- непрерывность и завершенность;
- индивидуальный подход в проведении реабилитации;
- единство психосоциальных и биологических методов воздействия.

Социально-психологическая реабилитация должна проводиться на всех этапах лечения психически больного независимо от его места нахождения — будь то стационар, психоневрологический диспансер или другие лечебные или стационарные учреждения. Комплекс реабилитационных мероприятий зависит от клинического состояния и сохранности социальной компетентности больного.

Начальный этап реабилитации имеет целью предотвращение формирования психического дефекта, явлений «госпитализма». Своевременность и введение социотерапевтических методов работы с пациентом способствуют сокращению сроков госпитализации, предотвращают развитие иждивенческих, пассивно-потребительских стереотипов поведения.

На втором этапе реабилитации биологическая терапия обычно ограничивается «поддерживающими» дозами психотропных средств, а на первое место выступают психосоциальная коррекция и трудотерапия [7].

Основной стратегической целью в ведении больного является повышение самосознания личности и ее социальной активности, адаптация к новым условиям жизни или возвращение к полноценному прежнему уровню социального функционирования с восстановлением семейных, трудовых или других социальных связей [4, 16].

Длительность реабилитационного процесса определяется потребностью каждого конкретного случая — от нескольких недель до многих лет. Реабилитацию можно считать завершенной только тогда, когда личность пациента во всем многообразии ее социальных отношений достигла уровня, максимально возможного и приближенного к доболезненному [2; 4; 7].

Еще одним направлением является улучшение работы по суицидологическому просвещению близкого окружения пациентов (родственники, друзья и т. д.). Данное направление может повысить уровень суицидологической просвещенности родственников, что позволит своевременно распознать у больного признаки формирования суицидального поведения, а в случае совершения им суицидальных действий своевременно оказать доврачебную помощь.

Подводя некоторые итоги, можно сказать, что внедрение перечисленных направлений социально-психологической помощи при суицидальном поведении призвано внести существенный вклад в повышение эффективности профилактики самоубийств у больных с психическими расстройствами.

Таким образом, дифференцированная комплексная социально-психологическая терапия суицидоопасных состояний у психически больных и ее преемственное продолжение в условиях динамического наблюдения в психоневрологическом диспансере является эффективной мерой успешной профилактики суицидального поведения в различных возрастных периодах.

Существенным фактором профилактики повторных суицидальных действий является преемственность всего комплекса мероприятий во внебольничных условиях.

Список литературы

1. Амбрумова А. Г. Сборник трудов научно-исслед. ин-та им. Ассатиани. — 1974, т. 19—20. — С. 47—50.
2. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства // Соц. и клин. психиатрия. — 1996, № 4. — С. 14—20.
3. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., Бергельсон Л. Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. — 1981. — № 4. — С. 91—102.
4. Войцехович В. А., Редько А. Н. Самоубийства с позиций социальной медицины // Пробл. соц. гигиены и история медицины. — 1996. — № 2. — С. 16—19.
5. Демина О. О. Клинико-психопатологические особенности суицидального поведения при острой реакции на стресс // Укр. вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1 (30). — С. 116—117.
6. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению жизни населения // Вестник Российской Академии медицинских наук. — № 8. — С. 18—22.
7. Зозуля Т. В. Основы социальной и клинической психиатрии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Академия, 2001. — 224 с.
8. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. — 11-е изд. — СПб.: Питер, 2004. — 1167 с.
9. Кензин Д. В. Суицидальное поведение при депрессии в рамках расстройств настроения и личностных расстройств (анализ и психофармакологическая коррекция) // Рос. психиатр. журнал. — 2001. — № 2. — С. 41—47.
10. Лапичкий М. А., Ваулин С. В. Психопатологическая характеристика лиц, госпитализированных в психиатрические стационары в связи с суицидальной попыткой // Соц. и клин. психиатрия. — 1997. — № 1. — С. 128—129.
11. Ласый Е. В., Евсегнеев Р. А. Оценка обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидальных попыток больных шизофренией в прогнозировании и профилактике суицидального риска // Там же. — 1999. — № 2. — С. 14—17.
12. Пилягина Г. Я. Особенности суицидогенеза аутоагрессивного поведения в молодом возрасте // Пробл. мед. науки та освіти. — 2003. — № 4. — С. 53—57.
13. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и суициды: популярный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии. — 2004. — № 2. — С. 48—52.
14. Ситченко Н. М. Суицидальные попытки лиц, страдающих психопатией // Харьк. мед. журнал. — № 3—4. — С. 76—77.
15. Соколова Е. Т., Сотникова Ю. А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. — 2006. — № 2. — С. 103—115.
16. Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. — 128 с.
17. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М.: Когнито-Центр, 2005. — 376 с.
18. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я., Никифорчук Р. И. Проблема суицида в Украине. // Междунар. мед. журнал (Харьков). — 1999. — № 1. — С. 52.
19. Шульга А. И., Сонник Г. Т. О суицидальных действиях психически больных // Журнал невропатологии и психиатрии. — № 8. — С. 1216—1217.
20. Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когнито-Центр, 2004. — 214 с.
21. Alan L. Berman. Суицид — общие теории и предотвращение. «Suicide». <<http://www.mysuicide.ru/litera>>.

Надійшла до редакції 14.03.2007 р.

О. О. Ільяшенко

Особливості соціально-психологічної реабілітації осіб із суїцидальною поведінкою*Луганський державний медичний університет
(м. Луганськ)*

У статті розглянуто особливості суїцидальної поведінки та вплив соціально-психологічних факторів на її прояв у загальній популяції та серед психічнохворих. Визначено шляхи удосконалювання суїцидологічної допомоги та профілактики суїцидальних спроб.

Ключові слова: суїцид, суїцидальна поведінка, аутоагресивність, суїцидогенез, дезадаптація, соціально-психологічна реабілітація, адаптація, профілактика.

O. Il'yashenko

The features of social-psychological rehabilitation of persons inclined to suicidal behavior*Luhans'k State Medical University
(Luhans'k)*

In the article the features of suicidal behavior and influence of social-psychological factors on its manifestation among the total population and the insane persons were highlighted. The ways of making the suicidal succorance and the prophylaxis of attempted suicides were determined.

Key words: suicide, suicidal behavior, autoaggressiveness, suicidal genesis, disadaptation, social-psychological rehabilitation, adaptation, prophylaxis.

УДК 616-073.756.8-073.8:616858-008.6

Н. В. Карabanь¹, З. З. Рожкова², И. Н. Карabanь¹¹ Інститут геронтології АМН України (г. Київ),² Клініка «Борис» (г. Київ)**ПЕРВИЧНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА
ДЛЯ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА СТАЛЕВО
(ЛЕВОДОПА/КАРБИДОПА/ЭНТАКАПОН)**

Болезнь Паркинсона (БП) характеризуется неуклонным прогрессированием, неизбежно приводит к инвалидизации и значительным социально-экономическим потерям общества. Согласно современным данным, БП считают болезнью нейромедиаторного обмена. Специфической биохимической особенностью заболевания является недостаточность продукции дофамина в базальных ганглиях и развитие дофадефицитарного нейромедиаторного дисбаланса [1—4].

В последние годы активно обсуждается вопрос о назначении ингибиторов КОМТ (катехол-О-метилтрансфераза) с момента начала приема препаратов Л-дофа. Это связано с концепцией постоянной дофаминергической стимуляции рецепторов, которая была впервые предложена в конце 80-х годов прошлого века [5—6]. Было установлено, что инфузии леводопы и применение агонистов дофаминовых рецепторов с более длительным периодом полувыведения способны существенно уменьшить выраженность моторных флуктуаций. Полагают, что именно импульсная нефизиологическая стимуляция дофаминовых рецепторов при назначении препаратов леводопы является одной из причин, приводящих к появлению тяжелого инвалидизирующего осложнения — дискинезий [7]. Выполненные экспериментальные и клинические исследования показали, что дополнительное назначение ингибитора КОМТ одновременно с началом терапии Л-дофа достоверно снижает риск развития моторных флуктуаций и дискинезий [8—10]. В результате этих клинических исследований был создан препарат Сталево, содержащий в одной таблетке три компонента — Л-дофа, ингибитор дофа-декарбоксилазы (ДДК) — карбидопу и ингибитор КОМТ — энтакапон. Сталево обеспечивает поступление леводопы в головной мозг фармакокинетически улучшенным способом, с блокадой двух основных путей метаболизма леводопы. Это означает, что леводопа проникает в головной мозг по механизму направленного транс-

порта [11, 12]. Карбидопа увеличивает время полувыведения леводопы путем ингибирования активности периферической докарбоксилазы. Соотношение карбидопа/Л-дофа, используемое в таблетках Сталево (карбидопа/леводопа/энтакапон), равно 1 : 4, что обеспечивает оптимальное насыщение периферической дофа-декарбоксилазы. За счет ингибирования метаболизма леводопы в 3-О-метилдопу (3-ОМД) добавление к леводопе и карбидопе энтакапона еще больше (на 35—40 %) увеличивает биодоступность леводопы в плазме крови и удлиняет ее период полувыведения у пациентов с БП с 1,3 до 2,4 часов [13]. В исследованиях [14—18], каждое продолжительностью по 6 месяцев, оценивали эффективность и безопасность ДДК/Л-дофы в комбинации с энтакапоном и в сравнении с традиционной комбинированной терапией ДДК/Л-дофой. Исследование [16] продолжалось 12 месяцев, и было посвящено оценке безопасности и переносимости ДДК/Л-дофы. В исследовании [17, 18] были включены подгруппы пациентов со стабильным течением БП, без моторных флуктуаций. Для объективизации полученных результатов в последние годы активно привлекаются разнообразные инструментальные методы исследований.

Метод магнитно-резонансной спектроскопии (МРС), ранее использованный в нейрорадиологии, в основном, для оценки эффективности химио- и радиотерапии внутримозговых опухолей, в последние годы все более широко применяется для изучения патофизиологических процессов при разнообразных по природе поражениях центральной нервной системы *in vivo*, а также для мониторинга эффекта лечения [19].

Оценке эффективности препаратов, используемых в терапии БП, с применением метода МРС посвящены исследования, направленные, прежде всего, на определение отсроченного влияния этих препаратов на церебральный метаболизм [20—22]. Уменьшение отношения NAA/Cho и одновременно отсутствие отличий