

основними являлись личностные особенности, выраженность депрессии, состояние постоянного нарушения адаптации.

Полученные данные свидетельствуют о редукции суицидальных проявлений с нарастанием симптомов СПИДа. На ранних этапах ВИЧ-инфекции они обусловлены в большей степени шоковой реакцией на установление диагноза. Женщины чаще мужчин выявляли суицидальные тенденции.

Результаты проведенного исследования имеют важное значение при разработке методов психотерапевтической коррекции психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных.

УДК 616.89-008.441.44:616.895-082

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В УСЛОВИЯХ РЕОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И. Л. Вовк

*Харьковская областная психиатрическая больница № 1
(с. Стрелечье)*

Как известно, психиатрическая служба Украины находится в состоянии реорганизации. Акцент оказания психиатрической помощи смещается на врачей «первичного звена», амбулаторную службу. Опыт работы в этом направлении в ряде развитых стран свидетельствует, что врачи первичного звена недостаточно хорошо знают и могут лечить депрессию, а эффективность оказания помощи таким больным все еще более качественная в стационарных условиях. В Украине уровень суицидов высок, и наиболее часто к этому приводят депрессии. Увеличению риска суицидов способствует отказ больных от терапии вследствие неинформированности о выборе препаратов при лечении депрессии, назначение устаревших средств, лечение по устаревшим стандартам, а также побочные эффекты, из-за которых пациенты прекращают их принимать.

Одним из этапов реформирования стационарной психиатрической помощи является организация специализированных отделений для больных с первым эпизодом психического заболевания (аффективного расстройства).

Наш опыт организации работы такого отделения для больных аффективной патологией подтверждает преимущество такой формы обслуживания.

Правильно организованная работа, создание психотерапевтической среды, применение современных методов и технологий лечения, реабилитации, профилактики (которые пока не доступны на уровне первичного звена), лечение и диагностика на основании клинических протоколов способствуют существенному изменению всех качественных показателей.

По итогам работы за 2007 год средняя длительность пребывания в отделении составила 35,7 дней, в том числе по нозологиям: F 20—29 — 43,5 дня, F 30—39 — 31,5 дня, F 40—49 — 26,1 дня, что ниже средних по области, средних по Украине показателей (за исключением неврозов, показатели при которых на уровне средних по Украине).

Очевидно, что на переходном этапе реформирования психиатрической помощи создание и функционирование в каждой больнице специализированных отделений для пациентов с первым эпизодом психического заболевания (аффективного расстройства) оправдано и будет способствовать уменьшению и профилактике суицидов.

УДК 616.89-008.441.44:616.85

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

*П. В. Волошин, Н. А. Марута,
И. А. Явдак, Е. С. Череднякова*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины» (г. Харьков)*

Высокий уровень самоубийств в большинстве стран Европы, и в Украине в частности, обуславливает возросший интерес исследователей к вопросам изучения факторов, участвующих в формировании суицидального поведения [1—4]. В литературе освещены преимущественно проблемы суицидального поведения, а выявлению суицидального риска уделяется меньше внимания, в связи с чем целью проведенного исследования явилось изучение суицидального риска у больных невротической болезнью (F 4).

Методы исследования включали: клинико-психопатологическое обследование с анализом феноменологической структуры основных психопатологических синдромов; психодиагностическое обследование: способ определения суицидального риска [5], способ определения самосознания смерти [6], метод определения уровня субъективного контроля [7]; методика изучения ценностных ориентаций в модификации Е. Б. Фанталовой [8]; методика определения характерологических акцентуаций личности и нервно-психической неустойчивости [9]; опросник Плутчика — Келлермана — Конте (Life Style Index) для изучения механизмов психологической защиты [10]; опросник А. Басса — А. Дарки для изучения способов проявления агрессии [11].

Показано, что в механизме формирования суицидального поведения у больных невротическими расстройствами важными составляющими являются характер и длительность действия психотравм, их сочетание.

Установлено, что больные невротическими расстройствами характеризуются «пограничным уровнем» суицидального риска (23,24 баллов), при этом максимально выражен суицидальный риск у больных расстройствами адаптации (F 43) — 29,05 балла, тревожно-депрессивными (F 41.2) — 25,52 балла и неврастением (F 48) — 24,74 балла, минимально — у больных диссоциативными (F 44) — 18,82 балла, тревожно-фобическими (F 40.8) — 17,25 балла и соматоформными (F 45) расстройствами — 14,62 балла.

Больные невротическими расстройствами в целом характеризуются высоким уровнем самосознания смерти (25,12 баллов), который выполняет функцию антисуицидального барьера. Низкий уровень самосознания смерти выявлен у больных диссоциативными расстройствами (17,54 балла), что определяет наличие у них демонстративно-шантажных форм поведения.

Клинико-психопатологическими предикторами суицидального риска при тревожно-фобических расстройствах является высокий уровень вегетативных нарушений и импульсивность, при тревожно-депрессивных расстройствах — аутоагрессия и аффективные нарушения, при расстройствах адаптации — высокий уровень аффективных нарушений, при диссоциативных расстройствах — импульсивность, при соматоформных расстройствах — выраженность вегетативных проявлений, при неврастении — сужение межличностных контактов.