

основными 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.

Суїцидальний ризик у больних тривожно-фобическими расстройствами и расстройствами адаптации коррелює з депресивним, тривожним и агрипническим синдромами, у больних тривожно-депресивними расстройствами — з депресивним и агрипническим, у больних диссоціативними расстройствами — з депресивним, у больних соматоформними расстройствами — з іпохондрическим, у больних неврастенією — з депресивним и агрипническим синдромами.

Установлено, що в характерологіческому профілі пацієнтів з суїцидальним ризиком преобладали високий рівень нервно-психіческої напруженності, вираженні черти інтравертированності, психастеническіє и експлозивніє черти характера, то єсть черти неуверенності, чувствительності и замкнутості сочетались з неустойчивістю настроєня, імпульсивністю и раздражительністю. У пацієнтів же без суїцидальних тенденцій, наряду з вираженим психастеническим радикалом, наблюдалось преобладание, прежде всего, істероїдного радикала личности, а также более высокий рівень екстравертированності, то єсть пацієнти данної групи характеризовались більшою направленністю вовне.

По результатам изучения способів проявлення агресивних імпульсів получено, що пацієнти з суїцидальною направленністю были не склонны проявлять свои агресивніє імпульси прямо и выносить их вовне, а трансформировали их вовнутрь себя в виде реакцій вини и обиды. При этом пацієнти без суїцидальної направленності характеризовались більшою варіативністю в способах проявлення агресивності: наряду з преобладанием реакцій обиды, вини и непрямої агресії, склонны были также проявлять свои агресивніє імпульси в виде вербальних и физических реакцій.

Система цінностей пацієнтів з суїцидальним ризиком характеризовалась преобладанием цінностей личной жизни, таких как «счастливая семейная жизнь», «любовь» и «уверенность в себе», и низкой значимістю цінностей профессиональной и творческой реализации, высокой внутрєнней конфликтностью в отношении наиболее значимых цінностей, то єсть субъективним ощущением их недостижимости. Пацієнти з суїцидальною направленністю характеризовались низкими показателями интернальности, то єсть были склонны воспринимать себя пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств в наиболее значимых сферах жизни: в сфере семейных отношений и в области достижений, что отражалось на снижении собственной активности, пассивности, ощущении обреченности. У пацієнтів без суїцидального ризика значиміє позиции в иєрархии цінностей, помимо личных цінностей, также занимали ценности собственной реализации вовне: в деятильности, на работе, что значительно расширяет репертуар личных возможностей.

Анализ механизмов психологіческой защиты продемонстрировал наличие низкой варіабельности и низкого уровня выраженности психологіческих защит у пацієнтів з суїцидальною направленністю, что свидетельствует об их низких адаптивных возможностях. Пацієнти без суїцидальної направленності характеризовались выраженностью таких защит как «регрессия», «вытеснение», «замещение» и «отрицание», то єсть разрешали свои внутрєнние конфликты путем перехода на более ранніє стадии развития либидо.

Использование полученных данных в построении дифференцированной терапии у больних невротическими расстройствами (своевременное купирование аффективных и эмоционально-лабильных расстройств, помощь в разрешении психотравмирующей ситуации и внутрєличностного конфликта, дезактуализации пережитого, повышении уровня адаптации, формировании осознанных и зрелых представлений о смерти) способствует профилактике суїцидального ризика у данної категории больних.

Список литературы

1. Суїцидология. Прошлоє и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Под ред. А. Н. Моховикова. — М.: Когито-Центр, 2001. — 569 с.
2. Юрьєва Л. Н. Клиническая суїцидология: Монография. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
3. De Leo D. The Future of Suicide Prevention // XXII World Congr. International Association for Suicide Prevention (10—14.09.2003, Stockholm, Sweden). — P. 410: 3.
4. Welch S. S. A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population // Psychiatr. Ser. — 2001. — Vol. 52, — № 3. — P. 368—375.
5. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб визначення суїцидального ризику. — ХДМУ. — № заяв. 2001021010 від 13.02.01 — Надрук. 2001, бюл. 6 // Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00.
6. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб оцінки самосвідомості смерті. — ХДМУ. — № заяв. 2001021008 від 13.02.01 — Надрук. 2001, бюл. 6 // Патент 40453А.
7. Бажин Е. Ф., Гольнкіна Е. А., Эткінд А. М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологіческий журнал. — 1984. — № 3. — С. 152—162.
8. Фанталова Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутрєнних конфликтов // Психологіческий журнал. — 1992. — № 1. — Т. 13. — С. 107—117.
9. Бєседин А. Н., Липатов И. И. Книга практического психолога: Ч. 1, Ч. 2. — Харьков, 1996. — С. 166—168.
10. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологіческих защитных механизмов // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб., 1994. — С. 77.
11. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологіческой диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — 297 с.

УДК 616.895.4:616.89-008.441.44:615.851

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ИЛИ ДИСФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А. С. Галичева

Харьковский государственный медицинский университет (г. Харьков)

По данным экспертов ВОЗ ежегодно в мире клинически диагностированной депрессией болеют, по крайней мере, 200 млн человек, и эта цифра неуклонно возрастает. Украина входит в число стран с высокой заболеваемістю депресивными расстройствами. Приблизительно 2/3 пацієнтів з диагностированной депрессией склонны к суїцидальным попыткам и 10—15 % совершают суїцид.

Вышеизложенное определяет актуальность данної работы, целью которой является разработка подходов к психопрофилактике суїцидального поведения и психотерапевтической коррекции депресивных расстройств, развивающихся на фоне поражения или дисфункции головного мозга.

Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное обследование 105 больних, женского пола в возрасте 18—55 лет находящихся на стационарном лечении в ХОПБ № 3, с диагнозом аффективное (депресивное) расстройство на фоне органического поражения головного мозга.