

труда было 2. Производственной деятельностью в течение жизни, связанной с сельскохозяйственным промышленным производством, занимались 8 больных; не связанной с сельским хозяйством — 21, хотя все обследуемые пациенты говорили, что «постоянно работают на земле своего хозяйства, как все сельские жители». Семейное положение больных было таким: проживало в семье (женат/замужем) — 3 пациента, одинокие (не замужем/не женат) — 13, разведенные — 8, вдовы — 5.

Анализ особенностей аутоагрессивных действий показал, что из числа изучаемых суицидентов повешение предприняло 11 больных, нанесение самопорезов — 8, отравление — 7, попытка утопиться — 1, броситься под колеса машины — 1, отравиться газом — 1.

По результатам проведенного исследования предикторами суицидальных поступков у жителей сельской местности, страдающих депрессивными расстройствами, могут быть женский пол, возраст 20—29 лет, безработица, неблагоприятное семейное положение, физический труд. Наиболее распространенные суицидальные действия — повешение свидетельствуют о серьезности намерений уйти из жизни.

Полученные результаты должны учитываться при профилактике суицидов у больных депрессивными расстройствами, проживающих в сельской местности.

УДК 616.89-008.441.44-008.44.9

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ И СКЛОННЫХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЮ

Беро М. П., д-р мед. наук, проф., директор ОКПНБ — МПЦ, Беро С. Я., зам. директора по лечебной работе ОКПНБ — МПЦ
Областная клиническая психоневрологическая больница — медико-психологический центр (г. Донецк)

Материалы ВОЗ, данные статистики и литературы свидетельствуют о значительном росте уровня аутоагрессивного поведения в последние десятилетия во всех развитых странах мира, включая Украину. Одним из наиболее опасных аспектов проблем роста аутоагрессивного поведения среди населения различных стран мира является выраженная тенденция к росту суицидальных попыток. Постоянный существенный рост количества самоубийств и суицидальных попыток стал основой для формирования национальных программ по превенции суицидального поведения в различных странах мира. Существующие тенденции отражают насущную необходимость решения данной сферы проблем на государственном уровне в нашей стране.

Наибольший уровень самоубийств, суицидальных попыток и других видов аутоагрессивных действий регистрируется при различных видах депрессивных расстройств.

В настоящее время вызывает опасение тот факт, что среди самоубийц отмечается существенный рост количества мужчин трудоспособного возраста, а также резкое «помолодение» аутоагрессивных действий, как самоубийств и суицидальных попыток, так и других эквивалентных форм саморазрушающего поведения.

Ведущее место среди причин аутоагрессивного поведения занимают различные психологические и социальные проблемы: многочисленные варианты межличностных конфликтов в семье и с ближайшим окружением, отсутствие адекватной самореализации,

различные патопсихологические нарушения личности, а также социальная неустроенность — отсутствие работы, низкий материальный уровень, низкий уровень социального контактирования.

По решению Донецкого Областного совета на базе Областной клинической психоневрологической больницы — медико-психологического центра с 01.04.2005г. создан кабинет социально-психологической помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением. Кабинет социально-психологической помощи оказывает консультативно-лечебную, реабилитационную и профилактическую помощь лицам, которые добровольно обращаются в связи с кризисными и суицидоопасными состояниями, взаимодействует с «Телефоном доверия», с лечебными учреждениями, которые оказывают медицинскую помощь после суицидальных попыток (реанимационное отделение ДОКТМО, Областной травматологической больницы, ЦГКБ № 1), психотерапевтами районных поликлиник г. Донецка, врачами-психиатрами Центральных районных и городских больниц Донецкой области, стационарными отделениями ОКПНБ — МПЦ, оказывает специализированную психотерапевтическую, психиатрическую, медико-психологическую амбулаторную лечебно-консультативную помощь взрослому населению города и области, подросткам и обучающейся молодежи.

Показаниями для направления и консультирования являются:

- патологические и непатологические ситуационные реакции и кризисные состояния;
- психогенные невротические депрессии и реакции, посттравматические стрессовые состояния;
- психопатические реакции;
- психосоматическая патология.

За 2007 год в кабинете кризисных состояний проконсультировано 502 человека. Из них госпитализировано в ОКПНБ — МПЦ 496 человек. Медицинская и социально-психологическая помощь лицам с указанными расстройствами оказывается по их желанию анонимно. Госпитализация осуществляется добровольно — по просьбе больного.

Люди с суицидальными намерениями не избегают помощи, а наоборот, часто стремятся к ней, в частности к консультированию. Из тех, кто совершает суициды, почти 70 % консультируются врачами общего профиля за месяц, а 40 % — в течение последней недели до совершения фатального поступка; 30 % — так или иначе выражают свои намерения, ставя в известность окружающих. Поэтому врачу общей практики важно определить место невротической депрессии среди сходных состояний, обусловленных нарушениями настроения.

Нами разработаны методические рекомендации для врачей общей практики по предупреждению несчастных случаев по причинам самоубийств и самоповреждений.

Определение понятий

Суицид (самоубийство) — это осознанное лишение себя жизни. *Суицидальное поведение* — понятие более широкое, которое, помимо суицида, включает в себя суицидальное поведение, попытки и проявления.

К суицидальным проявлениям относят соответствующие мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни. Феномен суицида

чаще всего связывают с представлением о психологическом кризисе. В данном случае под кризисом понимают эмоциональное состояние, возникающее в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, то есть таким препятствием, которое не может быть устранено обычными способами решения проблем, известными человеку из прошлого жизненного опыта.

Факторы суицидального риска

1. Социально-демографические факторы. Чаще всего совершают суициды молодежь в возрасте от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемыми именно в этом возрасте. Второй пик суицидальной активности приходится на возраст 40—60 лет, для которого, помимо психологических проблем, характерно ухудшение соматического здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией. Кроме того, именно в этот период взрослые дети покидают родительский дом, а родители болеют и умирают; также эта возрастная группа чаще сталкивается с проблемами в профессиональной карьере.

Женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины. Однако у мужчин суицид чаще носит завершенный характер.

Чаще всего совершают суициды безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом.

Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности. Семейное положение и особенности внутрисемейных отношений оказывают значительное влияние на суицидальный риск. Состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведенные. Выше суицидальный риск у бездетных, а также живущих отдельно от родственников. Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приёмных родителей, воспитывавшиеся в интернате или же имевшие только одного из родителей. Родительские семьи суицидентов характеризуются открытыми конфликтами между их членами. Матерям свойственны истероидные черты характера, отцы — жестоки и безразличны.

При оценке суицидального риска предлагается также учитывать следующие биографические факторы:

- гомосексуальная ориентация;
- суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом;
- суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц.

2. Индивидуально-психологические факторы.

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Выявлен ряд предрасполагающих психолого-психиатрических факторов суицидального поведения, к которым относятся следующие:

- повышенная напряженность потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию защитных механизмов.
- импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта;
- чувство вины и низкая самооценка;
- гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов.

Выделяют также ряд личностных стилей суицидентов:

1) импульсивный: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций;

2) компульсивный: установка во всем достигать совершенства и успеха. При соотношении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду;

3) рискующий: балансирующий на грани опасности является привлекательным и вызывает приятное возбуждение;

4) регрессивный: снижение по разным причинам эффективности механизмов психологической адаптации;

5) зависимый: беспомощность, безнадежность, пассивность, необходимость и постоянный поиск посторонней поддержки;

6) амбивалентный: наличие одновременного влияния двух побуждений к жизни и смерти;

7) убегающий: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства;

8) заброшенный: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби;

9) творческий: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

3. Медицинские факторы.

1. Психическое здоровье. Суициденты представлены следующими диагностическими категориями:

- психически здоровые;
- лица с пограничными психическими расстройствами;
- психически больные.

2. Соматическое здоровье — наличие тяжелого хронического прогрессирующего заболевания.

Знакомство с особенностями больных депрессией необходимо врачам общей практики, поскольку они составляют группу риска возможного самоубийства. Другая часть больных может иметь различные маски депрессии и безуспешно лечить несуществующие заболевания внутренних органов. Богатство и разнообразие соматических проявлений депрессивного состояния поражает терапевтов. Создается впечатление, что нет ни одного показателя вегетативной жизни, который не претерпевал бы изменений в связи с динамикой психического статуса.

В последние годы особое внимание привлекают атипичные депрессии, которые клинически проявляются соматическими симптомами, за фасадом которых просматриваются невротические расстройства. Подобные состояния описываются как маскированные депрессии. Несвоевременность диагностики таких состояний может приводить к тяжелым последствиям, к числу которых относятся и суициды.

Клиническая картина маскированной депрессии характеризуется многочисленными соматовегетативными и невротическими жалобами, среди которых выделяются разнообразные по локализации и выраженности боли, приступы головокружения, сопровождающиеся ощущениями страха, отказом от еды, истерическими расстройствами. При несомненном сходстве с определенными соматическими заболеваниями почти никогда не наблюдается полной имитации их клиники. Локализация боли чаще не точна, иные болезненные ощущения не описываются с обычной для соматических заболеваний последовательностью, не выявляется их

зависимость от определенных провоцирующих факторов. Врачу общей практики важно определить место депрессии среди сходных состояний, обусловленных нарушениями настроения, имеющими нередко психодинамическую основу (результат личностно-средового взаимодействия). Определение высокой степени риска суицида, отказ от пищи, бессонница, темп нарастания депрессии служит основанием для принятия решения о консультации психотерапевтом. Психиатры, психотерапевты отличаются от врачей общей практики склонностью назначать адекватные дозы антидепрессантов, а значит более действенные. Для медикаментозного лечения необходимы длительные сроки.

УДК 616.89.008.44

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

И. А. Бурлаенко

*КУ «Запорожская областная психиатрическая больница»
(г. Запорожье)*

В настоящее время Украина прочно вошла в группу стран с высоким уровнем аутоагрессивного поведения (АП). По данным за 2004 г., общий уровень смертности от суицидов в Украине превысил таковой в странах Европейского региона в 1,5 раза и в 2 раза — в странах — членах Европейского Союза. Особую тревогу вызывает тот факт, что за последние годы увеличилось количество самоубийств среди детей и подростков (5—14 лет). Так, в 1996 г. в Украине было зафиксировано 7 самоубийств детей в возрасте от 5 до 9 лет и 81 — в возрасте от 10 до 14 лет (всего 88 случаев). В 2000 г. этот показатель составил уже 188 случаев. Таким образом, проблема детско-подросткового АП в настоящее время становится все более актуальной и требует тщательного анализа и решения.

Общей причиной АП в детско-подростковом возрасте является социально-психологическая дезадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением. Именно на подростковый возраст приходится пик экспериментов с употреблением психоактивных веществ и другой жизненно опасной активности. Для этого возраста характерны мысли о суициде как о мести за обиду, ссоры, нотации со стороны учителей и родителей. Наибольшее суицидогенное влияние оказывают нарушения коммуникации в семье, различные формы эмоциональной зависимости с симбиотическим, гиперопекающим поведением со стороны матери при дистантности и субmissивности отца, ригидные, перфекционистские, виктимные и истощающие манипулятивные родительские установки, а также отвергающее, эмоционально безразличное отношение родителей по отношению к детям.

К реализации разнообразных проявлений АП особенно склонны подростки с различными формами расстройств поведения (РП) (F 91). Основные черты характера подростка с РП — негативизм, агрессивность, дерзость и мстительность. Одной из форм АП у подростков с РП являются самопорезы, самоповреждения. В таких случаях АП выражается в покушении на целостность своего организма или реализуется в виде неосознанного «саморазрушений» — раннего употребления алкоголя, наркотиков, курения и т. п.

Учитывая вышесказанное, для предупреждения АП у подростков с РП необходима система психопрофилактических и психолого-педагогических коррекцион-

ных мероприятий. К сожалению, в нашей стране психопрофилактическая работа с подростками с РП проводится недостаточно. Поэтому в настоящее время существует потребность и необходимость в разработке и внедрении новых эффективных мероприятий психологического и воспитательно-педагогического характера, в задачи которых будет входить формирование и коррекция личностных качеств, потребностей, ценностных ориентаций, мировоззренческих установок, выявление возможностей и условий для социализации личности подростка с РП. К таким мероприятиям относятся психокоррекционные программы, направленные на формирование антисуицидальных копинг-стратегий поведения, изменение личностных установок, самооценки, уровня притязаний, формирование «антисуицидального барьера».

Для реализации психопрофилактических и психокоррекционных программ для подростков с РП необходимо междисциплинарное сотрудничество специалистов психиатров, медицинских психологов, педагогов, социальных работников и т. д. Только с помощью системного комплексного подхода возможно решение проблемы аутоагрессивного поведения у подростков с расстройствами поведения.

УДК 616.89-008.441.44:616-022.6

ПРОБЛЕМА СУИЦИДА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ И СТАДИИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

В. И. Вовк

*Харьковская медицинская академия последипломного
образования (г. Харьков)*

Самоубийства представляют собой одну из форм летального исхода при ВИЧ-инфекции. По данным ВОЗ, вероятность самоубийства у больных ВИЧ-инфекцией примерно в 16—36 раз выше аналогичного показателя среди населения в целом. После сообщения о факте инфицирования у 23 % обследованных больных обнаруживаются суицидальные тенденции в виде суицидальных мыслей и намерений [Т. Н. Ермак, О. Г. Юрин, 2003]. Суицид воспринимается больными как избавление от мучительной смерти, от отчаяния, безнадежности, боли (особенно постоянной), мрачного и безнадежного будущего. Самоубийство может быть актом мести или добровольным уходом из жизни, связанным с невыносимым физическим или эмоциональным страданием в связи с неизлечимой болезнью [M. Asberg, D. Shelling, R. Shadier, 1998].

Объектом нашего исследования явились 104 пациента с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. Общая выборка больных была условно разделена на четыре группы. Первые две группы составили 23 мужчины и 43 женщины с I—II (ранними) стадиями ВИЧ-инфекции (по классификации В. И. Покровского). Двумя другими группами выступали 24 мужчины и 14 женщин с III—IV (поздними) стадиями ВИЧ.

Суицидальная группа симптомов в виде любых танатостремительных тенденций на ранних стадиях составляла 17,24 %, на поздних — 5,26 % ($p < 0,05$). У мужчин первой группы суицидальные намерения были выявлены в 10 % случаев, второй группы — 4,76 %. У женщин эта цифра составила 21,05 % на ранних стадиях и 7,69 % — на поздних.

Суицидальные тенденции у больных ВИЧ-инфекцией формировались в результате констелляции целого ряда патогенных факторов, среди которых