

досвіду. Вище перелічені індивідуально-типологічні властивості є психологічним підґрунтям формування аутоагресивної поведінки та відповідно її маркерами у рятувальників аварійно-рятувальних служб.

УДК (613.83+616.89)

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ «ЭДНОК» У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЧНОСТЕЙ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ИХ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Г. Б. Губа, А. П. Закревский, И. В. Цыба, И. Б. Клюева
Областной наркологический диспансер (г. Донецк)*

Проведен анализ особенностей аутоагрессивного поведения 50 больных, участников программы заместительной терапии препаратом «Эднок» в течение 2007 года с диагнозом синдром зависимости от опиатов. Сопутствующие диагнозы: ВИЧ-инфекция, психопатия и синдром психопатоподобного поведения. Больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 27 человек наиболее социально адаптированные, трудоустроенные, сохранившие семейные отношения. Взаимоотношения данной группы с другими членами проекта, медицинскими работниками диспансера были максимально продуктивными. Вторая группа состояла из 14 человек с частичной социальной дезадаптацией, семь из которых не имели собственных семей, стабильного источника дохода. Третья группа состояла из 9 человек наиболее социально дезадаптированных. В данную группу входили 3 отрицательных лидера проекта, 2 участника проекта выбыли в связи с возбуждением в отношении них уголовных дел, один участник проекта скончался от сопутствующих заболеваний.

Все 50 пациентов получали (помимо симптоматического лечения) в качестве препарата заместительной терапии препарат «Эднок» в терапевтических дозах от 2—4 до 12—20 мг/сут. на один прием. Параллельная симптоматическая терапия включала в себя прием антидепрессантов, нейролептиков по общепринятым схемам. Средние сроки нахождения в проекте — более года.

Результаты годичного наблюдения за пациентами проекта убедительно доказали четкое позитивное влияние назначения заместительной терапии на аутоагрессивное поведение наркозависимых больных. Две первые группы пациентов находились на протяжении года в состоянии качественной ремиссии в отношении кустарных наркотиков. Попытки социальной адаптации, выразившиеся в частичном или полном трудоустройстве (19 случаев), восстановлении на учебе (4 случая), возобновлении семейных отношений с прежними партнерами (3 случая), вступлении в брак (2 случая) были характерны для участников всех групп.

Участники 3 группы изначально, до вступления в проект, наиболее социально дезадаптированные, тем не менее, в ходе проводимой заместительной терапии существенно снизили элементы аутоагрессии. Только у 3-х членов данной группы было прекращено проводимое лечение.

Таким образом, следует признать, что несмотря на неоднозначное отношение к идеологии заместительной терапии в Украине, данный способ терапии, безусловно, следует считать мощным сдерживающим фактором аутоагрессии и социальной дезадаптации, имеющих место практически у всех наркозависимых пациентов.

УДК (613.83+616.89)

ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ «ADDNOK»

*Г. Б. Губа, И. В. Цыба, И. Б. Клюева,
А. В. Колодежный, С. В. Титиевский
Областной наркологический диспансер (г. Донецк)*

Проведен анализ аутоагрессивного поведения 54 больных, находящихся под клиническим наблюдением на заместительной терапии (ЗТ) препаратом «Addnok» в течение 2 лет, с диагнозом синдром зависимости от опиатов. Больные были разделены на три группы, в которых выявлены определенные особенности аутоагрессивного поведения.

В первую группу вошли 12 больных, которые имели работу, семью, не нарушали режима посещений программы ЗТ, строили партнерские взаимоотношения с медицинским персоналом. Эргопатический тип ВКБ имел место у 7 больных, гармонический — у 2, тревожный — у 3. Необходимо отметить следующие особенности поведения: 1) больные не строили длительных планов на перспективу; 2) часть больных стремилась скрыть свое нахождение в программе; 3) жизненные установки были связаны с сохранением работы, семьи, поддержанием своего здоровья;

Во вторую группу вошли 34 больных, из них 14 работы не имели, хотя периодически говорили о возможной работе, 7 не имели семьи или были разведены. Для них характерно было формирование различных мифов в отношении режима ЗТ, дозы и формы приема препарата. На фоне стрессовых ситуаций вне программы у 23 больных этой группы отмечался рецидив по введению суррогатов опия, барбитуратов, первинтина, трамадола, алкоголя. Мотивация для срыва была стандартная: снять напряжение, восстановить сон, почувствовать прилив необходимой энергии. 11 больных таких срывов не имели, с их слов с ситуацией стресса помогало справиться наличие семьи и детей. Акцентуация личности наблюдалась у 26 больных: по истероидному типу — у 12, зависимому — у 4, шизоидному — у 3, параноидному — у 3, неопределенная — у 4. Расстройство личности наблюдалось у 8 больных: зависимое 3, тревожное 3, эмоционально — неустойчивое — у 2. Анозогностический тип ВКБ был — у 9 больных, эргопатический — у 7, тревожно-депрессивный — у 9, меланхолический — у 3, дисфорический — у 2. Особенности аутоагрессивного поведения заключались: 1) в существенных различиях между декларируемыми намерениями и реальными поступками, имеющими деструктивный характер; 2) в нарушениях режима и в формировании мифов ЗТ; 3) в наркотических срывах при стрессовых ситуациях. У 10 больных наблюдалось формирование дефекта личности по наркологическому типу с образованием нового уклада жизни. Новые черты были продолжением личностных свойств, носили психопатический характер, и при этом отсутствовала динамическая подвижность имеющихся симптомов болезни.

В третью группу вошли 8 больных, которые имели выраженный дефект личности по наркологическому типу. Все больные не имели семьи и детей. Работу имел только 1 больной. Семь пациентов постоянно нарушали режим посещения ЗТ. У всех больных наблюдались постоянные срывы, во время которых они использовали первинтин, суррогаты опия, барбитураты,

трамадол, алкоголь. Расстройство личности наблюдалось у всех больных: по истерическому типу — у 3, параноидальному — у 2, тревожному — у 2, диссоциальному — у одного. Тревожно-депрессивный тип ВКБ был у 5 больных, параноидальный — у одного, апатический — у 2. Стержневыми особенностями аутоагрессивного поведения в этой группе больных являлись: 1) стремление получить максимальную дозу препарата, которое становилось системным фактором контроля сознания; 2) законченное создание виртуального мироощущения; 3) витальный страх и глубоко законспирированная ненависть по отношению к себе, к окружающим, в том числе и к медицинскому персоналу.

УДК 616.895.87-08

ФАКТОРЫ РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

Е. В. Гузенко

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

Целью настоящей работы явилось определение факторов риска аутоагрессивного поведения у больных, перенесших первый психотический эпизод (ППЭ). Проанализированы результаты обследования 140 пациентов, перенесших ППЭ (78 мужчин и 62 женщины). Средний возраст мужчин составил $24,9 \pm 6,8$, женщин — $26,5 \pm 7,9$ года. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 распределение больных с первыми психотическими проявлениями по основным рубрикам оказалось следующим: F 20.0 — 41 (29,3 %); F 23.0 — 12 (8,6 %); F 23.1 — 44 (31,4 %); F 23.2 — 14 (10,0 %); F 23.3 — 7 (5,0 %); F 25.2 — 9 (6,4 %); прочие — 13 (9,3 %) пациентов. У 22 (15,6 %) больных на момент обследования наблюдался один психотический эпизод, у 24 (17,1 %) — два, у 37 (26,4 %) — три, у 57 (40,7 %) — четыре-шесть приступов.

У 41 пациента (18 мужчин и 23 женщины) отмечалось аутоагрессивное поведение в форме суицидальных попыток: в период первого психотического эпизода — у 19, второго — у 28, третьего — у 8, четвертого и более — у 4 больных. В большинстве случаев аутоагрессивные действия проявлялись путём нанесения самоповреждений (чаще мужчины — 14) или медикаментозного отравления (преимущественно женщины — 18).

Наиболее часто аутоагрессивные тенденции отмечались в период до начала активной психофармакотерапии, а также в первые два года после перенесенного ППЭ. Так, 10 пациентов совершили суицидальные попытки в период до начала адекватной терапии (6—12 мес.), что явилось показанием для первичной госпитализации.

Ретроспективный анализ данных о пациентах с аутоагрессивным поведением позволил выделить следующие факторы риска суицидального поведения: молодой трудоспособный возраст до 27 лет; семейная дезадаптация (разведённые, овдовевшие и особенно — одинокие, никогда не имевшие семьи); высокая профессиональная квалификация либо её отсутствие; личный или семейный суицидальный анамнез; социально-экономическое неблагополучие; преморбидные личностные особенности (низкая спо-

собность формирования компенсаторных механизмов, импульсивность, демонстративность, эмоциональная лабильность); наличие в структуре психопатологических расстройств выраженной депрессивной симптоматики.

Также выявлено, что при ППЭ существует два пика частоты совершения суицидальных попыток больными, получавшими стационарное лечение: в течение первой недели госпитализации и первого полугодия после выписки. Короткий срок госпитализации (менее месяца) также повышает риск совершения суицида, по-видимому, из-за недостаточной стабилизации психического состояния больного.

Выявленные факторы риска суицидального поведения, в том числе связанные с госпитализацией, необходимо учитывать при организации медико-социальной помощи пациентам с ППЭ, в структуре которой рекомендуется проведение комплекса превентивных антисуицидальных мероприятий.

УДК 616.895.8:616.89-008.441.44:159.96

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

М. М. Денисенко, Н. А. Малихіна

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Дослідження було проведено у 35 хворих на шизофренію (F 20). Мета дослідження — вивчення патопсихологічних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію для удосконалення критеріїв діагностики та прогнозування суїцидів. Для досягнення мети дослідження були використані такі методи: шкала Гамільтона, опитувальники «Спосіб визначення суїцидального ризику», «Спосіб визначення аутоагресивних предикторів», «Спосіб визначення самосвідомості смерті».

Для хворих на параноїдну шизофренію середній показник за шкалою «Спосіб визначення суїцидального ризику» по групі склав 20,29 балів, що свідчило про низький рівень суїцидального ризику у цілому по групі, однак для 38,2 % хворих була характерна наявність високого суїцидального ризику (середній бал — 28,2), а 62,8 % хворих мали низькі показники (середній бал — 15,4) — низький ризик суїциду. Притаманною для групи хворих на параноїдну шизофренію була характерна наявність пониженого рівня показника самосвідомості смерті у 62,8 % хворих, які мали низькі показники самосвідомості смерті (середній бал — 15,4), що свідчило про високий ризик аутодеструктивних дій. Під час обстеження у хворих на параноїдну шизофренію переважаючим видом агресії була тривожність, нав'язливі ідеї, втрата критики та часті думки про суїцид. Ці дані збігаються з результатами за шкалою Гамільтона, що свідчить про високий ризик аутоагресивної поведінки у хворих з шизофренією навіть коли хворі заперечують суїцидальні наміри.

Було виявлено, що у хворих на параноїдну шизофренію приховані суїцидальні наміри тісно пов'язані з афективними порушеннями, звуженням та розладом когнітивних функцій, звуженням та розладом міжособистісних контактів. Ці результати обумовлені саме клінікою самого захворювання.