

Была подтверждена эффективность с уровнем доказательности «В» кризисной психотерапии.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о необходимости создания образовательных программ по клинической суицидологии и специализированных клинических протоколов, базирующихся на данных доказательной медицины.

УДК 616.89-008.441.44-036.8(477)

Юрєва Л. Н., Юрєв А. Е.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины
(г. Днепропетровск)

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В УКРАИНЕ

При проведении анализа динамики уровня суицидов в Украине за 30-летний период (с 1981 по 2010 годы) выявлены значительные колебания суицидальной смертности, которые могут быть разделены на несколько периодов.

1. Период снижения суицидальной смертности времен позднего СССР («застой») и антиалкогольной кампании (1981—1988). Наивысший показатель суицидальной смертности в Украинской ССР был зафиксирован в начале изучаемого периода (25,06 самоубийств на 100 тыс. населения в 1982 г.). В течение следующих четырех лет число суицидов сократилось почти в 1,4 раза и достигло своего минимума в 1986 году (18,47 самоубийств на 100 тыс. населения). В дальнейшем уровень самоубийств колебался незначительно вплоть до 1991 года. В этот период проводилась масштабная антиалкогольная кампания. В работах ряда авторов выдвинута гипотеза о взаимосвязи между антиалкогольной кампанией и снижением уровня суицидов.

2. Период роста суицидальной смертности времен «кризиса после распада СССР» (1991—1996) характеризуется стремительным ростом самоубийств среди населения Украины. За период с 1991 по 1996 годы уровень завершенных суицидов увеличился в 1,4 раза с 20,6 самоубийств на 100 тыс. населения в 1991 году до 29,4 в 1996 году. Данный период исторически характеризуется глубокими и стремительными изменениями, связанными с трансформацией в социальной, экономической, культурной сферах жизни. Данный период также характеризуется отменой антиалкогольных ограничений и широкой доступностью алкоголя для населения.

3. Период стабилизации суицидальной смертности (1996—2000) характеризуется стабильно высоким уровнем суицидов на протяжении 4 лет. Исторически этот период совпал с экономическим кризисом 1998 года.

За 15-летний период (1983—1997 гг.) изменилась возрастная и социальная структура суицидентов. Так, если в 1983 году 94,6 % суицидов приходилось на возрастную группу 20—60 лет, то в 1997 году в эту группу было отнесено только 87,4 % суицидентов. Наибольшее количество завершенных суицидов в 1997 году совершили лица работоспособного возраста (71,5 %). Средний возраст смерти суицидентов составил 48,3 года. На 1,5 % возросло число лиц моложе 20 лет и на 8,4 % — старше 60 лет. Более чем в шесть раз увеличилось количество суицидов среди неработающих (2,4 % и 15,2 % соответственно).

4. Период снижения суицидальной смертности (2000—2010) характеризуется снижением уровня распространенности суицидов. С 2006 года Украина из группы стран с высоким или «критическим» уровнем суицидов (более 20 самоубийств на 100 тыс. населения) переместилась в группу стран со средним уровнем распространенности самоубийств.

Описанная динамика самоубийств в Украине характерна для многих стран СНГ, где пик суицидальной активности был достигнут через 4—6 лет после распада СССР. В этот период была особенно выражена психическая дезадаптация населения, вызванная социально-экономическими потрясениями, сменой и ломкой национальной мотивации, кризисом идентичности, anomией. Затем наступает адаптация населения к новым социокультуральным условиям и наблюдается постепенное снижение частоты суицидов.

Полученные данные указывают на высокую значимость первичной профилактики суицидов с акцентом на психологические, социальные и информационно-образовательные стратегии и необходимость разработки дифференцированных программ превентивных вмешательств.

УДК 616.831-001.31-008.47(-07)(581)

Якущенко И. А.*, Песоцкая Е. В.**

КП «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3»*, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»** (г. Харьков)

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ПОЛУЧЕННОЙ В БОЕВЫХ УСЛОВИЯХ (АФГАНИСТАН)

У ветеранов локальных войн, в т. ч. участников военных действий в Афганистане, в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) формируется дефицитарная органическая симптоматика.

Целью нашей работы явилось изучение психопатологических и неврологических нарушений у этой категории пациентов.

В период с 2009 по 2011 гг. нами обследовано 252 пациента мужского пола в возрасте от 49 до 55 лет, ветеранов войны в Афганистане, перенесших «боевую» закрытую ЧМТ легкой и средней степени тяжести, которые находились на стационарном лечении в 23-м госпитальном отделении ХОКПБ № 3. Всем больным проводили стандартное клиничко-неврологическое обследование, исследование функции вегетативной нервной системы с применением опросников (Вейн А. М. с соавт., 1998), психодиагностическое исследование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS-A и HADS-D), нейропсихологическое исследование с использованием шкалы оценки психического состояния (Mini-mental state examination — MMSE).

При объективном исследовании у обследованных пациентов выявлены следующие неврологические синдромы: пирамидный — 63,8 %, вестибуло-атактический — 71,0 %, подкорковый — 34,3 %, нарушения со стороны черепно-мозговых нервов — 49,5 %, синдром вегетативной дисфункции (пароксизмальное течение — 59,1 %, перманентное — 32,6 %).

В психическом статусе у больных обнаруживались невротоподобные (36,5 %) и поведенческие (46,3 %) расстройства с ведущим психопатоподобным синдромом и неглубоким когнитивным снижением (24—25 баллов по шкале MMSE), ипохондрическими переживаниями сверхценного уровня (64,3 %). В большинстве случаев эта психопатологическая симптоматика имела тенденцию к прогрессивному течению с формированием хронических посттравматических изменений личности. У 26,2 % больных клиническая картина характеризовалась четко очерченным психоорганическим симптомокомплексом с выраженными когнитивными нарушениями (20—22 балла по шкале MMSE). Эти больные отличались однотипностью жалоб, однообразием психопатологической симптоматики, полиморфизмом сопутствующих соматических заболеваний. В психическом статусе выявлялись инертность и ригидность мышления, нарушения памяти и расстройства волевой сферы. Аффективная сфера больных характеризовалась пониженным настроением с элементами угрюмости или эксплозивности, неадекватными по силе и выраженности эмоциональными реакциями, возникающими непосредственно в ответ на психотравмирующую ситуацию. Отмечена характерная динамика личностных изменений с нарастанием мнестического дефекта и эмоционально-волевого регресса с формированием органической деменции.

Проведенное исследование продемонстрировало у пациентов, перенесших «боевую» ЗЧМТ, наличие неврологического и психопатологического симптомокомплекса, характерной особенностью которого является раннее формирование подкоркового синдрома в виде дрожательной формы паркинсонизма и прогрессирующих когнитивных нарушений (деменции).