

ПСИХОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет

Рассмотрены психотерапевтические подходы к коррекции психогенных депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, у лиц молодого возраста. Выделены варианты психопатологической симптоматики: тревожный, неврастенический и тревожно-тоскливый. Предложены комплексные психокоррекционные программы, включающие рациональную психотерапию, патогенетическую поведенческую групповую психотерапию, когнитивно-бихевиорально-аналитическую психотерапию, аутогенную тренировку. Разработаны принципы и методы ведения внебольничной длительной терапии, в том числе приемы семейной, имаго- и арт-терапии.

Ключевые слова: психогенные депрессии, суицидальное поведение, молодой возраст, психокоррекционные программы.

Проблема депрессивных расстройств является одной из актуальных для теории и практики современной медицины.

При оценке суммарного рейтинга депрессии в отдельных возрастных когортах отмечается не только значимое увеличение общего количества пациентов, но и заметное «омоложение» этого заболевания. Известно также, что вероятность заболеть депрессией в течение жизни возрастает более чем в 2 раза и достигает 14,4–17,3%. При этом оказывается, что выздоровление или наступление стойкой ремиссии отмечается лишь у 33% больных, в то время как у 55% пациентов депрессия рецидивирует, а еще у 12% — продолжается годами [1, 4, 8, 10, 13].

На протяжении последнего десятилетия во всем мире депрессивные состояния приобретают угрожающие масштабы, наносят экономический ущерб обществу. В настоящее время установлено, что пациенты с депрессиями совершают суициды в 30 раз чаще, чем люди, не страдающие этим заболеванием. При этом 15% не леченых пациентов с депрессиями умирают от суицида [3, 5, 12].

Суицидальное поведение представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современного общества. Являясь сложным феноменом, суицидальное поведение включает в себя не только медицинский, но также социальный, психологический, культуральный, религиозный и другие аспекты. Повышение риска осуществления аутоагрессивных действий у больных с депрессивными расстройствами свидетельствует о несомненной важности проблемы эффективного и адекватного лечения депрессивных расстройств, имеющей как медицинское, так и социальное значение [2, 6, 7, 9, 11].

Цель исследования — оптимизация психотерапевтических подходов к коррекции психогенных депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением у лиц молодого возраста.

Нами было проведено комплексное обследование 155 больных в возрасте 17–35 лет обоего пола (58 мужчин и 97 женщин), совершивших суицидальную попытку и находящихся на лечении с диагнозом F43.0 — острая реакция на стресс.

Обследованные пациенты не имели психических заболеваний в анамнезе, а психопатологические реакции в период совершения суицида носили характер преходящих ситуационных расстройств, кратковременных депрессивных реакций, демонстративно-шантажных поведенческих реакций, истероидных реакций у акцентуированных личностей.

В работе были использованы клинко-психопатологический метод исследования, включающий изучение жалоб, оценку психического и соматоневрологического статуса больных, выделение основных психопатологических синдромов и их динамики, в качестве диагностических признаков — критерии МКБ-10, соматоневрологический статус оценивался по общепринятым клиническим критериям. Кроме того, применялись специально разработанная карта обследования суицидологического больного; клинко-анамнестический, катамнестический, психодиагностический методы с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона (М. Hamilton, 1967), адаптированных к МКБ-10 (Г. Л. Пантелеева, 1988); шкалы Монгомери — Айсберга (S. A. Montgomery, M. Asberg, 1979), адаптированной к МКБ-10 (G. D. Guelfi, 1993); Больничной шкалы тревоги и депрессий

(HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983), тесты СМОЛ (В. П. Зайцев, 1981), «Незаконченные предложения» (в модификации В. Л. Гавенко, 1988), а также разработанные на кафедре методики определения суицидального риска и оценки самосознания смерти (В. Л. Гавенко и соавт. 1991); методы математической статистики.

Данные, полученные в ходе клинико-анамнестического исследования, позволили нам выделить основные психотравмирующие ситуации, приводящие к развитию суицидального поведения в рамках острой реакции на стресс у лиц молодого возраста: кратковременные, но резко затрагивающие личность в силу индивидуальной значимости травмирующих воздействий; ситуации сильных, продолжительно существующих травмирующих воздействий и ситуации слабых, но продолжительно действующих травмирующих воздействий.

В результате клинико-психопатологического исследования были отмечены следующие особенности психических расстройств у обследованных больных, в клинической картине которых наблюдались подавленность настроения и аффект тоски (скука, уныние, грусть, печаль): астенический симптомокомплекс, внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться, немотивированное беспокойство, тревога, склонность к бурным аффективным реакциям со слезами, часто переходящими в рыдания, различного рода страхи и навязчивые воспоминания стрессовой ситуации, потеря интереса к прежним занятиям, идеи самообвинения и самоуничтожения, транзиторные снижения памяти. В ряде случаев наблюдалась полная диссоциативная амнезия психотравмирующей ситуации, у 76,5% обследованных выявлены различные расстройства сна, у 79,5% — вегетативная лабильность.

На основе данных клинико-психопатологического исследования в зависимости от количества присутствующих в клинической картине психопатологических симптомов и степени их выраженности, с учетом дополнительного анализа степени тяжести депрессивной и тревожной симптоматики по шкалам Гамильтона, Монтгомери — Айсберга и Больничной шкале тревоги и депрессии были выделены варианты психопатологической симптоматики: тревожный — в 44,2%, астено-тревожный — в 38,9%, астенический — в 9,7% и тревожно-тоскливый — в 7,3% случаев.

Тревожный вариант, как правило, развивался в результате кратковременной, внезапной и индивидуально значимой психогении, для него характерны доминирование общего тревожного фона настроения, подавленность, раздражительность, гиперемии, чувство тоски, тревоги, ожидание несчастья, внутреннее напряжение, беспокойство с невозмож-

ностью расслабиться, усиление тревоги на фоне оживления воспоминаний о психотравмирующей ситуации, нарушения сна, концентрация внимания на состоянии соматического неблагополучия, чему способствовали вегетативные пароксизмы, чаще кардиоваскулярного типа (тягостные ощущения сдавления, сжатия в груди). Отмечались тяжелая либо умеренно выраженная тревога и депрессия по шкале Гамильтона, клинические либо субклинические проявления тревоги и депрессии по Больничной шкале, большой либо умеренный депрессивный эпизод по шкале Монтгомери — Айсберга.

Астено-тревожный симптомокомплекс формировался постепенно, на фоне массивной психогении с длительными, непрогнозируемыми последствиями и характеризовался признаками астении в сочетании с тревогой, напряженностью, волнением, аффектом тоски, истерическими проявлениями, стойкими соматовегетативными расстройствами и включал в себя, наряду с тяжелой либо умеренно выраженной тревогой и депрессией по шкале Гамильтона, их клинические и субклинические проявления по Больничной шкале, большой либо умеренный депрессивный эпизод по шкале Монтгомери — Айсберга.

Астенический вариант развивался при длительном эмоциональном напряжении и протекал с преобладанием повышенной утомляемости, вялости, истощаемости, раздражительности, повышенной восприимчивости к ранее нейтральным раздражителям, апатии, адинамии на фоне вегетовисцеральных пароксизмов (головные боли, ощущение нехватки воздуха, артериальная гипотония, отсутствие аппетита) и характеризовался легкой выраженности тревогой и депрессией по шкале Гамильтона, их субклиническими проявлениями по Больничной шкале, малым депрессивным эпизодом по шкале Монтгомери — Айсберга.

Тревожно-тоскливый вариант наблюдался при длительном подостром психогенном воздействии и отличался относительно выраженной тревогой, проявлениями слабовыраженной тоски, не проецирующейся в будущее. Характерными были изменения структуры суточных колебаний настроения с выраженными проявлениями тоски именно в утренние часы в сочетании с грустью, подавленностью, апатией, отмечались ипохондрические и истерические включения, депрессивные и тревожные расстройства в рамках легкого эпизода по шкале Гамильтона, с субклиническими проявлениями по Больничной шкале и при малом депрессивном эпизоде по шкале Монтгомери — Айсберга.

В ходе работы нами было проведено изучение уровня и направлений конфликтности (тест «Незаконченные предложения»). Наивысший уровень эмоциональной напряженности выявлен

по отношению к семье (59,8% женщин и 46,2% мужчин), отцу (54,2% и 56,3% соответственно), страхам и опасениям (81,2% и 90,5%), целям личности (44,5% и 52,1%). У лиц молодого возраста, совершивших суицидальную попытку, возникает непреодолимый конфликт с самим собой (94,2% женщин и 96,5% мужчин) и своим будущим (78,5% и 80,2% обследованных), который находит отражение в высказываниях — «будущее кажется мне мрачным», «у меня его нет», «я из себя ничего не представляю», «я пустое место». У молодых женщин достоверно выше уровень эмоциональной напряженности по отношению к противоположному полу (78,5%) и половой жизни (85,4%), чем у мужчин (38,9% и 37,5% соответственно). В то время как у мужчин отмечается высокий уровень конфликтности по отношению к товарищам (58,2%) по сравнению с 39,8% обследованных женщин.

Результаты проведенного нами анализа особенностей личности лиц молодого возраста, совершивших суицидальные попытки, по шкалам СМОЛ показал, что у обследованных больных преобладают пики по шкале депрессии (D), свидетельствующей о наличии сниженного настроения, морального дискомфорта, наибольшие показатели отмечены как у женщин, так и у мужчин (60,45 и 59,62 соответственно); по шкале истерии (Hy), которая выявляет личности, склонные к использованию симптомов соматического заболевания в качестве средства разрешения конфликтных ситуаций, наивысшие показатели у женщин — 50,68, у мужчин — 42,56; по шкале психопатии (Pd), отражающей импульсивность, реализацию эмоциональной напряженности в непосредственном поведении, наивысшие показатели отмечены у мужчин — 61,38 балла, а у женщин — 55,57 балла.

Согласно данным клинико-психопатологического исследования для лиц молодого возраста, совершивших суицидальную попытку, наиболее типичны следующие личностные черты: низкая коммуникативность, замкнутость, тревожная мнительность, высокоразвитое чувство вины, склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов, неуравновешенность, повышенная чувствительность, впечатлительность, притязания на особое внимание, признание.

Вышеприведенные данные позволили нам разработать патогенетически обоснованную комплексную систему коррекции суицидального поведения в рамках острой реакции на стресс, которая включает сочетанное применение медикаментозных средств и психотерапевтической коррекции.

По нашему мнению, необходимо выполнение комплексных психокоррекционных программ, в состав которых входят следующие психотерапевтические методики:

рациональная психотерапия (классический вариант Дюбуа), прежде всего направленная на вскрытие патогенетической сути конфликта, определяющего запуск невротической реакции, на активацию позитивных особенностей личности, коррекцию неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, нормализацию системы эмоционально-волевого реагирования, изменение системы отношений;

патогенетическая групповая психотерапия (Н. К. Липгарт, В. С. Подкорытов, В. И. Сухоруков, 1979), направленная на повышение способности адекватно реагировать на проблемные ситуации и принимать конструктивные решения;

с целью активации психотерапевтического процесса, т. е. активного участия больных в реализации психотерапевтической программы, целесообразно введение аутогенной тренировки (мы использовали модификацию А. Т. Филатова, 1979). Аутогенная тренировка должна быть направлена на развитие и усиление процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания, регуляцию нарушений в вегетативной нервной системе, формирование компенсаторных механизмов, а также релаксации;

нами разработаны принципы и методы ведения внебольничной длительной терапии, необходимой в случаях, требующих проведения психокоррекции, по срокам не укладывающейся в период стационарного лечения и не сочетающейся с рамками условий амбулаторного наблюдения. В состав такой психотерапевтической работы вошли приемы семейной терапии, консультативные формы; были проведены акцентировка и дальнейшее расширение имаготерапии (В. И. Сухоруков, 1984) и активизация арт-терапии (М. Е. Бурно, 1982) (как наиболее соответствующей этому контингенту пациентов); введение целого ряда социальных адаптирующих приемов (разного рода помощь и взаимопомощь, активизация общения, перестройка круга контактов, усвоение социальных правил, требований и критериев, изменение степени необходимой социальной активности).

Профилактические мероприятия в отношении лиц молодого возраста, которые высказывают суицидальные мысли, должны быть направлены на овладение привычками активных форм адаптивного поведения, самостоятельное принятие решений, отказ от недостижимых целей и примирение с жизненно значащими потерями.

Проведенное катаретическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой патогенетически обоснованной системы коррекции и психопрофилактики суицидального поведения. Так, из 155 обследованных у 83,8% больных повторных суицидальных попыток не отмечалось,

16,2% прошли повторные курсы разработанного нами комплекса психотерапевтических мероприятий в связи с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами, при этом у данной категории больных суицидального поведения не наблюдалось, а в клинической картине доминировала астеническая и тревожно-депрессивная симптоматика.

Список литературы

1. *Бачериков А. Н.* Клинико-психопатологические, патопсихологические особенности и принципы профилактики суицидального поведения у больных эндогенными и экзогенными депрессиями / А. Н. Бачериков, М. М. Денисенко // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 4 (65).— С. 56–60.
2. *Бурчинский С. Г.* Новые подходы к оптимизации фармакотерапии депрессий в пожилом и старческом возрасте / С. Г. Бурчинский // Укр. вісн. психоневрології.— 2006.— Т. 14, вип. 1 (46).— С. 62–66.
3. *Марута Н. А.* Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. А. Марута // Арх. психіатрії.— 2011.— Т. 17, № 3 (66).— С. 5–9.
4. *Марута Н. А.* Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 3 (52).— С. 89–94.
5. *Марута Н. А.* Эффективность препарата Венлаксор при лечении депрессивных расстройств / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 2 (51).— С. 139–142.
6. *Марута Н. О.* Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Здоров'я України.— 2012.— № 3 (22).— С. 6–8.
7. *Марута Н. О.* Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Нейро News. Психоневрология и нейропсихиатрия.— 2010.— № 5 (24).— С. 83–90.
8. *Марута Н. О.* Когнітивно-біхевіоральна терапія при лікуванні депресивних порушень / Н. О. Марута, О. Є. Семікіна, Л. В. Малюта // Таврич. журн. психіатрії.— 2011.— Т. 15, № 2 (52).— С. 32–33.
9. *Михайлов Б. В.* Психогенные расстройства и проблемы психотерапии / Б. В. Михайлов // Междунар. психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журн.— 2007.— Т. 1, № 1.— С. 84–89.
10. *Мишиев В. Д.* Сучасні депресивні розлади / В. Д. Мишиев.— Львів: Видавництво Мс, 2004.— 208 с.
11. *Подкорытов В. С.* Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 350 с.
12. *Пшук Н. Г.* Психологічна predisпозиція депресії / Н. Г. Пшук, І. В. Коваленко, Г. Я. Пшук // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини.— 2009.— Т. 1, № 2 (2).— С. 21–24.
13. *Чабан О. С.* Тревога, депрессия и боль / О. С. Чабан // Здоров'я України.— 2012.— № 3 (22).— С. 4.

ПСИХОГЕННІ ДЕПРЕСІЇ ТА СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Г. М. КОЖИНА, В. І. КОРОСТІЙ, К. О. ЗЕЛЕНЬСКА, С. ХМАЇН

Розглянуто психотерапевтичні підходи до корекції психогенних депресивних розладів, що супроводжуються суїцидальною поведінкою, в осіб молодого віку. Виділено варіанти психопатологічної симптоматики: тривожний, неврастенічний і тривожно-тужливий. Запропоновано комплексні психокорекційні програми, які включають раціональну психотерапію, патогенетичну поведінкову групову психотерапію, когнітивно-біхевіорально-аналітичну психотерапію, аутогенне тренування. Розроблено принципи та методи ведення позалікарняної тривалої терапії, в тому числі прийоми сімейної, імаго- та арт-терапії.

Ключові слова: психогенні депресії, суїцидальна поведінка, молодий вік, психокорекційні програми.

PSYCHOGENIC DEPRESSIONS AND SUICIDE BEHAVIOR IN YOUNG PEOPLE

A. M. KOZHYNA, V. I. KOROSTIY, E. A. ZELENSKAIA, S. KHMAIN

Psychotherapeutic approaches to correction of psychogenic depressive disorders accompanied by suicidal behavior in young adults are featured. The variants of psychopathologic signs were distinguished, i.e. anxious, neurotic, anxious and dreary. Complex psychocorrection programs including rational psychotherapy, pathogenetic behavioral group psychotherapy, cognitive behavioral and analytical psychotherapy, autogenic training were suggested. The principles and methods of outpatient long-term therapy, including family therapy techniques, imago- and art therapy were worked out.

Key words: psychogenic depression, suicidal behavior, young age, psychocorrection programs.

Поступила 25.11.2013