

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ
«ПРОФІЛАКТИКА АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ»
(Харків, 13—14 березня 2008 р.)

УДК 616.89-008.447:616.85

**ОБЩЕБИОЛОГИЧЕСКАЯ АНТИЦИПАЦИЯ ПРИ ОСНОВНЫХ
 ФОРМАХ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

А. Ф. Артемчук, А. А. Артемчук

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
 АМН Украины» (г. Харьков)*

Как известно, всё многообразие нормального и аддиктивного поведения человека строится на четырёх врождённых программах: самосохранения, пищевого, полового и инстинкта любопытства (творчества). В числе нарушений самосохранительного поведения можно отметить такие разнообразие по происхождению и клинике состояния, как: суицидальное и криминальное поведение; членовредительство; алкоголизацию, наркотизацию, курение, переядение, анорексию; сверхценные идеи ущербности, воздержания, бред преследования; железнодородный параноид; невроз навязчивых состояний; философию нигилизма, фатализма и др. К пищевым аддикциям можно отнести невротический отказ от пищи; булимию; поедание несъедобных вещей, копрофагию, алкоголизм, токсикоманию, табакокурение; избыточные аппетит и масса тела, вегетарианство и др. Аддикции сексуального характера включают разновидности оральной и анальной сексуальности (в т. ч. никотинизм, алкоголизм); садизм, мазохизм, вуаризм, педофилию, нимфоманию; некрофилию, скотоложество, пироманию; сексуальное религиозное сектанство («хлыстуны», «скопцы», «сатанисты»); философские системы с отказом от сексуальной жизни и др. Аддикции творческого поведения нередко носят характер социально-педагогической запущенности, «трудоголизма», шопинга, алкогольной, наркотической, игровой и др. зависимости, духовного и этического нигилизма, галлюцинаторного, бредового и другого синдромотворчества и т. д.

Все эти нарушенные поведенческие программы нередко носят характер болезненного влечения и могут быть условно разделены на химические и нехимические; пищевые, сексуальные, «творческие» и самосохранительные; бытовые и производственные; индивидуально-личностные и социальные; пограничные и клинические; сложные и простые; религиозно-философские, игровые и др.

В числе наиболее общих характеристик для всех этих аддикций можно специально отметить:

— их неоправданно большую значимость в жизни больного человека;

— широкий клинический диапазон проявления: от упрямства и «позы», демонстративного поведения — до сверхценной идеи, навязчивых состояний, болезненных влечений и даже — галлюцинаторного, бредового, саморазрушительного и разрушительного поведения;

— невозможность (или большие трудности) их психологической коррекции и самокоррекции;

— их тесную взаимосвязанность между собой — коморбидность, быструю трансформацию одного в другое, бурную генерализацию при определённых условиях, т. е. сложный системный характер патологии;

— сильно выраженную зависимость от факторов урбанизации, увеличения численности населения, ухудшения характеристик здоровья человека;

— их экзистенциальный характер: все они носят форму «псевдодеятельности», заместительного поведения, способа «побега от проблем», «образа жизни»;

— их тесную причинно-следственную связь со слабостью или дефектностью четырёх вышеотмеченных врождённых биологических программ: самосохранительной, пищевой, половой и творческой.

По-видимому, всю известную психопатологию со знаком «+» или «-», гипер- или гипо- можно отнести к регистру приобретённых болезненных программ, в основе которых лежит вышеотмеченная общебиологическая антиципация.

Всё вышеуказанное имеет определяющее значение для понимания теоретических и практических аспектов аддиктивного поведения и открывает новые возможности в плане превентологии и лечения.

УДК: 616.89-008:345.913

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ
 С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПСИХОЗА**

*И. А. Бабюк, д-р мед. наук, зав. каф., С. Г. Ушенин, канд. мед. наук, доцент кафедры, О. И. Осокина, аспирант (каф. психиатрии, психотерапии, мед. психологии и наркологии ФИПО)
 Донецкий национальный медицинский университет
 им. Горького (г. Донецк)*

Суицидальное поведение у психотических пациентов является серьёзной проблемой в психиатрии, непосредственно влияющей на качество оказания специализированной психиатрической помощи. Потому все аспекты, касающиеся диагностики возможного суицидального поведения у психотических больных, методов профилактики суицидов имеют немаловажное значение.

Исследование проводилось на базе областной клинической психиатрической больницы г. Донецка. Нами было обследовано 38 пациентов с первым эпизодом психоза (24 мужчины, 14 женщин), находившихся на лечении в отделении кризисных состояний ОКПБ г. Донецка. Исследование проводилось на основании разработанного полуструктурированного клинического интервью с больными, а также с членами их семей.

Согласно полученным нами данным у 6 человек (5 мужчин и 1 женщина) накануне госпитализации были отмечены суицидальные тенденции. Один человек из этой группы непосредственно перед госпитализацией в стационар предпринял суицидальную попытку.

В синдромальной структуре у суицидальных пациентов с первым эпизодом психоза, по нашим данным, в подавляющем большинстве случаев ведущим являлся бред преследования (5 случаев). В одном случае психическое состояние пациента определялось синдромом Кандинского — Клерамбо. Кроме того, в каждом из выявленных случаев диагностировалась вторичная депрессивная симптоматика.

Таким образом, высокая распространенность суицидального поведения у больных с первым эпизодом

психоза (13,1 % по нашим даним) свідечує про необхідність розробки та впровадження комплексних профілактичних заходів, направлених на недопущення суїцидів ще на ранніх етапах хвороби.

УДК 616.89-008.441.44 (477.54)

ЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ, ЗДІЙСНЕНІ В СТАНІ АЛКОГОЛЬНОГО СП'ЯНІННЯ

*А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна,
Л. М. Ситенко, О. В. Горбунов, А. В. Кись*
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», Харківське обласне бюро
судово-медичної експертизи (м. Харків)

У архіві бюро судово-медичної експертизи ми вивчили матеріали 803 випадків завершених суїцидальних спроб, що були здійснені мешканцями Харкова впродовж 2002—2004 років. Співвідношення чоловіки/жінки становило 3,0 : 1. У 320 випадках (39,85 % від загальної вибірки суїцидентів) під час лабораторного дослідження крові суїцидентів був знайдений етанол. Співвідношення чоловіки/жінки у групі завершених суїцидальних спроб, здійснених в стані алкогольного сп'яніння становило 9,32 : 1. Цей показник був у межах від 8,33 : 1 у віковій групі 10—19 років до 12,20 : 1 у віковій групі 40—59 років.

Найбільшу кількість завершених суїцидальних спроб, здійснених в стані алкогольного сп'яніння, було зареєстровано у вікових групах 40—59 років ($p < 0,001$) та 20—39 років ($p < 0,001$), як у загальній вибірці в цілому, так і у чоловіків окремо. Завершені суїцидальні спроби, здійснені в стані алкогольного сп'яніння, склали майже 60 % від усіх самогубств у віковій групі 20—59 років як у загальній вибірці в цілому, так і у чоловіків окремо.

Зміст етанолу у пробах крові трупів коливався від 0 до більш ніж 5 ‰, але приблизно у 45 %, як серед усіх завершених суїцидальних спроб, здійснених у стані алкогольного сп'яніння, так і у чоловіків окремо, концентрація цього спирту становила 1,51—3 ‰.

Серед усіх завершених суїцидальних спроб, здійснених в стані алкогольного сп'яніння, а також у чоловіків окремо найчастіше етанол перед самогубством вживався в четверги, найрідше — у неділі. Під час порівняння даних за четверги із неділями в обох цих вибірках різниця статистично значуща ($p < 0,05$).

УДК 616.89-008.441.44-07:616.895.8

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА ГОСТРИЙ ПОЛІМОРФНИЙ ПСИХОТИЧНИЙ РОЗЛАД

А. М. Бачериков, Т. В. Ткаченко.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України» (м. Харків)

Дослідження було проведено у 70 пацієнтів, серед них 35 хворих на шизофренію (F 20) та 35 хворих на гострий поліморфний психотичний розлад (F 23). Основну групу склали 37 хворих, у яких спостерігалась суїцидальна спрямованість, контрольну — 33 хворих без наявності суїцидальних тенденцій.

Мета дослідження — вивчення психодіагностичних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад для удосконалення критеріїв діагностики та прогнозування суїцидів.

Для досягнення мети дослідження були використані такі методи: опитувальник рівня суб'єктивного контролю, методика вивчення ціннісних орієнтацій в модифікації Е. Б. Фанталової, методика визначення характерологічних акцентуацій характеру та нервово-психічної нестійкості, тест визначення індивідуального стилю життя та опитувальник А. Басса — А. Даркі.

Для хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад з суїцидальною спрямованістю були характерними накопичування агресії в собі, що відображалось в переважанні почуття образи та підозрливості; низький рівень інтернальності; переважання психастенічних рис характеру та високий рівень нервово-психічної нестійкості; низький рівень вираженості психологічних захистів (переважаючими механізмами психологічного захисту були «регресія» та «реактивні утворення»). В ієрархічній структурі цінностей переважали цінності особистого життя, цінності ж професійної реалізації були менш значущі.

Для хворих без наявності суїцидальної спрямованості були характерними схильність виносити агресивні імпульси проти оточуючих, а не проти себе, у вигляді вербальної та фізичної агресії; інтернальний тип контролю в усіх сферах життя, крім сімейних відносин; рівень нервово-психічної нестійкості нижче, ніж у хворих з суїцидальною спрямованістю; виражені істероїдні риси характеру; більш високий рівень вираженості психологічних захистів (переважаючими механізмами психологічного захисту були «регресія» та «реактивні утворення»). В ієрархічній структурі цінностей, крім цінностей особистого життя, цінності здоров'я та власної реалізації займали важливе місце.

УДК 616.895.4:616.89-008.444.9

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С АУТОАГРЕССИВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Ж. И. Белостоцкая

*Харьковская областная психиатрическая больница № 1
(с. Стрелечье)*

Известно, что Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов, а депрессивные расстройства являются наиболее суицидогенными среди всех психических и поведенческих расстройств. Это — одна из серьезнейших проблем здравоохранения,

Целью настоящего исследования явилось изучение некоторых социально-демографических особенностей больных депрессивными расстройствами, проживающих в сельской местности, которые совершили суицид.

Под наблюдением находилось 29 больных, у которых клинико-психопатологическим (диагностические критерии МКБ-10) и психологическим (шкалы Гамильтона и Монтомери — Асберга для оценки депрессии) был выявлен депрессивный эпизод (F 32) или рекуррентное депрессивное расстройство (F 33). Из исследования исключены больные с органическим поражением центральной нервной системы, страдающие зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ.

Женщин было 18, мужчин — 11. Возрастные особенности суицидентов: 20—29 лет — 11 человек (8 женщин и 3 мужчины), 30—39 лет — 3 (1 и 2 соответственно), 40—49 лет — 6 (3 и 3), 50—59 лет — 5 (2 и 3), старше 60 лет — 4 (все женщины). Безработных было 24 человека, работающих — 5. Большинство больных (27 человек) занимались физическим трудом, людей умственного