

Суїцидальний ризик у больних тривожно-фобическими расстройствами и расстройствами адаптации коррелує з депресивним, тривожним и агрипническим синдромами, у больних тривожно-депресивними расстройствами — з депресивним и агрипническим, у больних диссоціативними расстройствами — з депресивним, у больних соматоформними расстройствами — з іпохондрическим, у больних неврастенією — з депресивним и агрипническим синдромами.

Установлено, що в характерологіческому профілі пацієнтів з суїцидальним ризиком преобладали високий рівень нервно-психіческої напруженності, вираженні черти інтравертированності, психастеническіє и експлозивніє черти характера, то єсть черти неуверенності, чувствительності и замкнутості сочетались з неустойчивістю настроєнія, імпульсивністю и раздражительністю. У пацієнтів же без суїцидальних тенденцій, наряду з вираженим психастеническим радикалом, наблюдалось преобладание, прежде всего, істероїдного радикала личности, а также более высокий рівень екстравертированності, то єсть пацієнти данної групи характеризовались більшою направленністю вовне.

По результатам изучения способов проявления агрессивных импульсов получено, что пацієнти з суїцидальною направленністю были не склонны проявлять свои агрессивные імпульсы прямо и выносить их вовне, а трансформировали их вовнутрь себя в виде реакцій вини и обиды. При этом пацієнти без суїцидальної направленності характеризовались більшою вариативністю в способах проявленія агресивності: наряду з преобладанием реакцій обиды, вини и непрямої агресії, склонны были также проявлять свои агрессивные імпульсы в виде вербальных и физических реакцій.

Система цінностей пацієнтів з суїцидальним ризиком характеризовалась преобладанием цінностей личной жизни, таких как «счастливая семейная жизнь», «любовь» и «уверенность в себе», и низкой значимістю цінностей профессиональной и творческой реализации, высокой внутрєнней конфликтностью в отношении наиболее значимых цінностей, то єсть субъективным ощущением их недостижимости. Пацієнти з суїцидальною направленністю характеризовались низкими показателями интернальности, то єсть были склонны воспринимать себя пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств в наиболее значимых сферах жизни: в сфере семейных отношений и в области достижений, что отражалось на снижении собственной активности, пассивности, ощущении обреченности. У пацієнтів без суїцидального ризика значимые позиции в иєрархии цінностей, помимо личных цінностей, также занимали ценности собственной реализации вовне: в деєятельности, на работе, что значительно расширяет репертуар личных возможностей.

Анализ механизмов психологической защиты продемонстрировал наличие низкой вариабельности и низкого уровня выраженности психологических защит у пацієнтів з суїцидальною направленністю, что свидетельствует об их низких адаптивных возможностях. Пацієнти без суїцидальної направленності характеризовались выраженностью таких защит как «регрессия», «вытеснение», «замещение» и «отрицание», то єсть разрешали свои внутрєнние конфликты путем перехода на более ранние стадии развития либидо.

Использование полученных данных в построении дифференцированной терапии у больних невротическими расстройствами (своевременное купирование аффективных и эмоционально-лабильных расстройств, помощь в разрешении психотравмирующей ситуации и внутрєличностного конфликта, дезактуализации пережитого, повышении уровня адаптации, формировании осознанных и зрелых представлений о смерти) способствует профилактике суїцидального ризика у данної категории больних.

Список литературы

1. Суїцидология. Прошлоє и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Под ред. А. Н. Моховикова. — М.: Когито-Центр, 2001. — 569 с.
2. Юрьєва Л. Н. Клиническая суїцидология: Монография. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
3. De Leo D. The Future of Suicide Prevention // XXII World Congr. International Association for Suicide Prevention (10—14.09.2003, Stockholm, Sweden). — P. 410: 3.
4. Welch S. S. A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population // Psychiatr. Ser. — 2001. — Vol. 52, — № 3. — P. 368—375.
5. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб визначення суїцидального ризику. — ХДМУ. — № заяв. 2001021010 від 13.02.01 — Надрук. 2001, бюл. 6 // Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00.
6. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб оцінки самосвідомості смерті. — ХДМУ. — № заяв. 2001021008 від 13.02.01 — Надрук. 2001, бюл. 6 // Патент 40453А.
7. Бажин Е. Ф., Гольєнкина Е. А., Эткинд А. М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. — 1984. — № 3. — С. 152—162.
8. Фанталова Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутрєнних конфликтов // Психологический журнал. — 1992. — № 1. — Т. 13. — С. 107—117.
9. Бєседин А. Н., Липатов И. И. Книга практического психолога: Ч. 1, Ч. 2. — Харьков, 1996. — С. 166—168.
10. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб., 1994. — С. 77.
11. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — 297 с.

УДК 616.895.4:616.89-008.441.44:615.851

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ИЛИ ДИСФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А. С. Галичева

Харьковский государственный медицинский университет (г. Харьков)

По данным экспертов ВОЗ ежегодно в мире клинически диагностированной депрессией болеют, по крайней мере, 200 млн человек, и эта цифра неуклонно возрастает. Украина входит в число стран с высокой заболеваемістю депресивными расстройствами. Приблизительно 2/3 пацієнтів з диагностированной депрессией склонны к суїцидальным попыткам и 10—15 % совершают суїцид.

Вышеизложенное определяет актуальность данної работы, целью которой является разработка подходов к психопрофилактике суїцидального поведения и психотерапевтической коррекции депресивных расстройств, развивающихся на фоне поражения или дисфункции головного мозга.

Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное обследование 105 больних, женского пола в возрасте 18—55 лет находяющихся на стационарном лечении в ХОПБ № 3, с диагнозом аффективное (депресивное) расстройство на фоне органического поражения головного мозга.

Как показали результаты исследования, в клинической картине депрессивных расстройств преобладали сниженный фон настроения, чувство грусти, тоски, печали, безысходности происходящего, повышенный уровень тревожности, нарушения внимания, снижение аппетита, нарушения сна, гипо- или гиперестезии, фиксация на болезненных переживаниях. У 44,3 % больных отмечались суицидальные мысли, у 27,9 % — суицидальные намерения и 5,6 % обследованных совершали суицидальные попытки.

Клиническая структура депрессивных расстройств представлена тоскливым, тревожным, астено-апатическим, ипохондрическим и диссоциативным вариантами.

Наше исследование показывает большую роль в комплексной терапии депрессивных состояний, развивающихся на фоне поражения или дисфункции головного мозга, психотерапевтических методов лечения. В зависимости от синдромологии депрессивных расстройств мы применяли различные формы психотерапии.

При астено-апатической и ипохондрической депрессии основным методом была рациональная психотерапия, направленная на разъяснение больным причин возникновения, механизмов развития болезненных ощущений, дезактуализацию психотравмирующей ситуации, на укрепление веры больного в успех лечения. С целью потенцирования и закрепления эффекта биологической терапии также применялись аутогенная тренировка и наркопсихотерапия с применением тиопентала натрия.

При тоскливой и тревожной депрессии патогенетически обусловленными методами были бихевиоральная (поведенческая) психотерапия, направленная на выработку и закрепление физиологических условно-рефлекторных связей, которые помогали бы адекватно реагировать на психотравмирующие ситуации, также применялись наркопсихотерапия, аутогенная тренировка и рациональная психотерапия.

При диссоциативной депрессии, т. к. больные данной группы — лица с преобладанием первой сигнальной системы, художественные, внушаемые, в первую очередь применялись суггестивные методы, гипноз в различных модификациях, наркопсихотерапия, аутогенная тренировка, бихевиоральная (поведенческая) психотерапия, рациональная психотерапия.

Как показали результаты исследования, благодаря использованию комплекса вышеперечисленных методик достигается более высокий процент длительных, устойчивых ремиссий, улучшение социальной адаптации больных, снижение показателей временной нетрудоспособности, повышение качества жизни больных, снижение риска суицидальных действий.

аварійно-рятувальних служб (РАРС), працівників МВС, останнім часом приділяється значна увага.

Слід відзначити, що виникнення та прояви АП залежать від широкого спектру причин, з урахуванням змісту внутрішнього (суїцидогенного) конфлікту, характеристик психологічного стану, а також типових патернів долаючої поведінки. У цьому зв'язку значна увага профілактики АП серед зазначених контингентів надається якісному професійному відбору, експертизі, а також психологічному супроводу під час виконання ними службових обов'язків. При цьому необхідно враховувати той факт, що, з однієї сторони, прагнення до роботи з підвищеним ризиком для життя та здоров'я, може бути пов'язане з неусвідомленою аутоагресією, а з іншої — існують індивідуально-типологічні властивості, які сприяють АП.

Нами під час психодіагностичного обстеження (за тестом ІТО) визначено низку психоемоційних характеристик та провідних особистісних тенденцій гірничорятувальників (60 осіб). Усі РАРС були поділені на дві групи за критерієм наявності/відсутності психічного розладу: «умовно здорові» гірничорятувальники ($N = 40$) та хворі на розлад адаптації (змішана тривожно-депресивна реакція) ($N = 20$, з них 15 осіб з помірним ступенем вираженості тривожно-депресивної симптоматики й 5 — зі значним).

Індивідуально-типологічні властивості особистості «умовно здорових» гірничорятувальників визначаються наявністю гіпертимної акцентуації, яка проявляється підвищеними показниками екстравертності, комунікативності, лідерства, конформності. Їм притаманні високий рівень самокритичності (низьке значення показника за шкалою «корекція»). Показники за шкалами «конфліктність» та «агресивність» були у межах норми, що вказує на відсутність ворожого ставлення до оточуючих, незважаючи на складні (стресові) умови професійної діяльності.

Аналіз профілю особистості за методикою ІТО в осіб з помірним ступенем вираженості психічної патології показує, що для них характерні високі показники за шкалами «корекція» та «екстраверсія» при низькому рівні «компромісу», що свідчить про особистісну незрілість, яка проявляється в некритичності до себе, нездатності до самоаналізу при прагненні жити зовнішнім життям: недостатній рівень самосвідомості, внутрішнього «локусу контролю», здатності до самопостереження, ауторефлексії, самоаналізу.

Провідними особистісними рисами психічнохворих РАРС зі значним ступенем вираженості тривожно-депресивної симптоматики в структурі змішаної тривожно-депресивної реакції розладу адаптації є сполучення надто високих показників за шкалами «корекція» та «екстраверсія» при нездатності до компромісів, що є показником вираженого внутрішнього конфлікту особистості, її дисгармонійності, психологічної негнучкості, авторитаризму, нездатності до конструктивного спілкування та співіснування з оточуючими.

Таким чином, розвиток розладів адаптації (змішаної тривожно-депресивної реакції) та значна ступінь вираженості тривожно-депресивної симптоматики у РАРС виникає за умов дисгармонійності особистості, наявності внутрішнього конфлікту завдяки сполученню протилежних тенденцій (що і обумовлює підвищення особистісної тривожності), зниженої комунікабельності (до рівня алекситимії), замкненості, відсутності внутрішньої роботи над собою для усвідомлення та когнітивного опрацювання життєвого травмуючого

УДК 616.89-008.444.9

МАРКЕРИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У РЯТУВАЛЬНИКІВ АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНИХ СЛУЖБ

Є. Г. Гриневич¹⁾, Ю. В. Дубинська¹⁾, І. І. Олексєнко²⁾

¹⁾Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;

²⁾Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України (м. Київ)

Питанням аутоагресивної поведінки (АП), внутрішніх та зовнішніх її форм, в осіб, що працюють в екстремальних умовах трудової діяльності — рятувальників