

УДК 616.895.8-07:616.89-008.441.44

### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПОЛІМОРФНИЙ ПСИХОТИЧНИЙ РОЗЛАД З СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНІЇ

*А. В. Харченко, Р. В. Лакинський*

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

Дослідження було проведено у 35 хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F 23). Мета дослідження — вивчення клініко-психопатологічних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F 23) для підвищення якості профілактики самогубств у таких пацієнтів. Для досягнення мети дослідження були використані такі новітні шкали як «Спосіб визначення суїцидального ризику», «Спосіб оцінки самосвідомості смерті», «Тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (пресуїцидального синдрому)», а також шкала вираженості депресії Гамільтона.

Для хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії середній показник суїцидального ризику по групі склав 24,3 бала, що свідчило про підвищений рівень суїцидального ризику у цілому по групі, у 31,4 % з них середній бал був 32,7, що свідчило про високий ризик аутодеструктивних дій, 68,6 % хворих мали низькі показники (середній бал 15,9), що характерно для низького ризику аутодеструктивних дій;

Під час обстеження за шкалою «Спосіб оцінки самосвідомості смерті» у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії середній бал показника самосвідомості смерті склав 24,25; однак у 65,7 % випадків був характерним низький рівень самосвідомості смерті (середній бал 20,7), що свідчило про високий ризик аутодеструктивних дій.

Було виявлено, що у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад за показниками шкали Гамільтона наявність суїцидальних намірів була виявлена у 40,0 % обстежених хворих.

Таким чином, у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії суїцидальні наміри пов'язані з афективними порушеннями, звуженням та розладом когнітивних функцій, аутоагресією. Рівень аутоагресивних предикторів відповідає помірному рівню, який збігається з клінічними проявами депресії в структурі даного захворювання.

УДК 616.89-008.441.44

### О ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДООПАСНЫХ СОСТОЯНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*А. И. Химчан, М. Л. Сулов*

*Городской психоневрологический диспансер № 3 г. Харьков*

Большинство современных отечественных и зарубежных исследователей не склонны излишне оптимистически рассматривать возможности современной психиатрии и психотерапии в предупреждении суицидоопасных состояний. Оценка места и роли, силы влияния на конечное количество суицидов медицинских и психологических институций скорее сдержанная, если не скептическая. Социальным и культуральным, т. е. средовым, а также популяционно-генетическим

факторам, ответственным, в конечном итоге, за число суицидов, принадлежит, без сомнения, основное место. Однако все без исключения сходятся в том, что основные усилия должны быть направлены на профилактику, причем не вторичную, а первичную, т. е. на широкое поле состояний и нозологии, имеющих пресуицидальные диспозиции. Профилактика должна начинаться, по общему мнению, не с момента суицидальной активности, а тогда, когда о суициде еще нет и речи.

Современные психоаналитические исследования создали теоретическую базу, позволяющую рассмотреть пресуицидальную диспозицию не только в случаях манифестирования депрессивной симптоматики, но и в ситуациях кажущегося благополучия, имитирующих психическое здоровье. Теория нарциссической организации личности и суицида как агрессивной реакции, направленной на самого себя, в условиях острой или хронической нарциссической травмы, приводящей к кризису, является в настоящий момент рабочей теорией большинства европейских школ. Нарушенная нарциссическая регуляция, т. е. регуляция самооценки, сферы между Идеальным-Я и Реальным-Я, а также зависимость от объекта, делает индивида крайне ранимым по отношению к внешним и внутренним фрустрациям и заставляет реагировать нарциссической яростью, направляемой на себя самого. Это ведет к суициду, как способу окончательной победы над несправедливостью мира и невыносимостью душевной боли.

В условиях амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощи работа с уже совершившими суицидальные действия пациентами зачастую проблематична, сам факт обращения за помощью для них уже ранит и унижает, они избегают психиатров. В то же время работа с пресуицидальными диспозициями внешне благополучных пациентов, имеющих депрессивную невротическую симптоматику, проблемы в учебе и в отношениях с другими людьми, особенно семейные проблемы, демонстрирует возможность эффективного вмешательства.

В Харьковском городском психоневрологическом диспансере № 83 создан Центр профилактики кризисных состояний, который включает дневной стационар и психотерапевтическое отделение. Главной особенностью этого подразделения является сочетание возможностей биологического лечения (медикаментозного, физиотерапевтического и рефлексотерапевтического) под наблюдением психиатра и психотерапевтического ведения с участием психотерапевта и медицинского психолога. Взаимодействие такого рода позволило создать т. н. терапевтическую среду организации, которая, по мнению многих ученых, является едва ли не важнейшим лечебным фактором, позволяющим временно компенсировать утраченный или фрустрирующий объект в жизни пациента.

Основной метод в психотерапевтической работе с пациентами — психодинамически ориентированная психотерапия в индивидуальной и групповой форме, позволяющая привлечь к обсуждению и прояснению имеющие патогенетическое значение проблемы пациентов и их конфликты. Выдающимся является тот факт, что зачастую только после длительной работы и снятия защит стыда и вины пациенты рассказывают о своих суицидальных фантазиях и приготовлениях, что единственно ведет к возможности осознания и проработки возможных опасностей скрытых депрессивных переживаний. Опыт работы убеждает нас