

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Системные механизмы высшей нервной деятельности: избранные труды / П. К. Анохин. – М.: Наука, 1979. – 454 с.
2. Балева Л.С. Совершенствование медико-социальной экспертизы и реабилитационных мероприятий в домах ребенка /Л.С.Балева, Е.Б. Лаврентьева, Н.М. Карахан //Вопросы практ. педиатрии. – 2009. – №4(2). – С.72-76.
3. Пономаренко Г.Н. Проблемы специфичности в физиотерапии / Г.Н. Пономаренко // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2010. – №3. – С. 50-54.
4. Протокол медицинских испытаний сканера электропунктурного компьютерного КЭС – 01 «Авиценна» / А. А.Фадеев, М. Н.Дубова; – М.: Науч. – практ. центр традиц. медицины и гомеопатии М-ва здравоохранения РФ. –М., 2000. – 3 с.
5. Разумов А.Н. Восстановительная медицина – современный подход и научное обоснование профилактического направления в здравоохранении / А.Н.Разумов, А.Г. Одинец, Н.Г. Михайлов // Физиотерапевт. –2010. – №4. – С. 28-38.
6. Савченко В.М. Методологические аспекты оценки эффективности лечения на курорте / В.М.Савченко // Вопр. курортологии, физиотерапии и леч. физ-ры. – 2000. – № 3. – С. 12-15.
7. Самойлов В. О. Функциональное состояние человека: методологии и принципы оценки / В. О. Самойлов // Вестн. восстанов. медицины. – 2008. – № 3(25). – С. 30-32.
8. Соколов А.В. Научно-методологическое обоснование нового принципа оценки эффективности восстановительных технологий /А.В.Соколов//Вестник восстановительной медицины. – 2005. – № 1 (11). – С. 4-6.
9. Шувалова О.П. Лечение глиной и целебными грязями /О.П. Шувалова. – СПб, 2001. – 122 с.

А. М. Кожина,

доктор медицинских наук, профессор

В. И. Коростий,

доктор медицинских наук, профессор

Е. А. Зеленская,

аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии,

Харьковский национальный медицинский университет

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Проблема депрессивных расстройств является одной из актуальных для теории и практики современной медицины. На протяжении последнего десятилетия во всем мире депрессивные состояния приобретают угрожающие масштабы, наносят экономический вред обществу. В настоящее время установлено, что пациенты с депрессиями совершают суициды в 30 раз чаще, чем люди не страдающие депрессиями. При этом 15% не леченых пациентов с депрессиями умирают от суицида [1, 2].

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 актуальности проблемы эффективного и адекватного лечения депрессивных расстройств, имеющей как медицинское, так и социальное значение [3, 4].

В ходе работы нами с целью оптимизации психотерапевтических подходов к коррекции депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением у лиц молодого возраста было проведено комплексное обследование 155 больных с депрессивными расстройствами, совершивших суицидальную попытку, в возрасте 17-35 лет, обоого пола.

Результаты анализа комплексного клинико-анамнестического исследования свидетельствует о том, что в формировании аутодеструктивного поведения лиц молодого возраста боль-

шое значение имеет влияние таких неблагоприятных социально-психологических факторов как как ситуации утраты, жестокое обращение с суицидентами в семье, ссоры с супругом или близким другом, серьезные финансовые затруднения, неожиданный имущественный крах (что наиболее характерно для мужчин), противоречия старшего и младшего поколений, переживания, связанные с неразделенной любовью (достоверно чаще встречаемые у женщин).

На наш взгляд при проведении анализа причин возникновения суицидального поведения у лиц молодого возраста, целесообразным является анализ уровней и направлений конфликтности, который был проведен нами при помощи методики «Незаконченные предложения». Как показали результаты исследования уровень конфликтности по интенсивности и направленности был различным. Как видно из приведенных результатов, наибольший уровень эмоциональной напряженности выявлен по отношению к семье (59,8% женщин и 46,2% мужчин), отцу (54,2% женщин и 56,3% мужчин), страхам и опасениям (81,2% женщин и 90,5% мужчин), целям личности (44,5% и 52,1% соответственно). У лиц молодого возраста совершивших суицидальную попытку возникает непреодолимый конфликт в отношении к самому себе (94,2% женщин и 96,5% мужчин) и своему будущему (78,5% и 80,2% обследованных) находящий 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 мужчин отмечается высокий уровень конфликтности по отношению к товарищам (58,2%), в сравнении с 39,8% обследованных женщин.

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

Таким образом, суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта, это результат взаимодействия средовых (ситуационных) и личностных факторов. Особенности проявления социально-психологической дезадаптации лиц молодого возраста являются суицидальные попытки, служащие попыткой выхода из конфликтной ситуации.

Полученные в ходе работы результаты позволили нам выделить следующие варианты суицидального поведения у обследованных больных: Истинное суицидальное поведение (46,3% обследованных), для которого характерен обдуманый, с длительным и постепенным формированием пресуицид; мотивы суицида в подавляющем большинстве случаев – конфликты, непосредственно перед суицидом депрессивные переживания, ощущения непереносимости ситуации, душевной боли, безысходности, ненужности, чувства усталости; суицидальные попытки совершаются в одиночестве, используемые при этом средства планируются; психологический смысл этого типа суицида – «протест» против сложившейся ситуации.

Аффективный вариант суицидального поведения (36,5% случаев) – в большинстве случаев пресуицид короткий; суицидальное решение возникает на высоте аффекта, мгновенно, мысль о суициде зарождается внезапно; выбирается чаще всего первое попавшееся под руку средство, соматическая тяжесть которого обусловлена тяжестью психического состояния и сила аффективного настроения, которое в момент суицида ослабляет сознание; эмоциональное состояние перед попыткой суицида характеризуется ощущением душевной боли, невыносимостью ситуации, возбуждением, страхом, необходимостью близких духовных контактов; суицид, за редким исключением, совершается в одиночестве, что свидетельствует о невыраженности демонстративного компонента в группе аффективных суицидов; о последствиях своих действий суицидент обычно не думает, наблюдается рассогласование конечной цели суицида (смерти) и ее психологического смысла.

Демонстративное суицидальное поведение (17,2% обследованных): цель данного типа суицидальных попыток – воздействие на отношение значимых лиц, мотивы – конфликты; со-

стояние в пресуициде характеризуется недепрессивными эмоциями: обидой, чувством жалости к себе и непреодолимости ситуации, агрессией, страхом перед суицидом, однако переживания не отличаются глубиной, а аффект не выражен; суицидент понимает, что его действия не могут повлечь за собой смерть; иногда суицид совершается на глазах у значимых лиц, часто о предстоящем суициде сообщается близким и даже посторонним лицам.

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 следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 44,2% случаев, астено-тревожный (38,9%), астенический (9,7%), и тревожно-тоскливый в 7,3% случаев.

Вышеприведенные данные позволили нам разработать патогенетически обоснованную комплексную систему коррекции суицидального поведения в рамках острой реакции на стресс, включающую в себя сочетанное применение медикаментозного и психотерапевтического воздействия.

По нашему мнению необходимым является применение комплексных психокоррекционных программ, в состав которых входят следующие психотерапевтические методики: когнитивно-бихевиоральная психотерапия, интерперсональная психотерапия, психообразовательные тренинги.

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 элементов такой психотерапевтической работы вошли приемы семейной терапии, консультативные формы работы, имаготерапия и арттерапия.

Проведенное катамнестическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой патогенетически обоснованной системы коррекции и психопрофилактики суицидального поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачериков А.Н., Денисенко М.М. Клинико-психопатологические, патофизиологические особенности и принципы профилактики суицидального поведения у больных эндогенными и экзогенными депрессиями. // Украинський вісник психоневрології. Том 18, вип. 4 (65), 2010. С. 56-60.
2. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні. // – Здоров'я України. №3 (22), 2012. С. 6-8.
3. Марута Н.О., Семікіна О.Є., Малюта Л.В. Когнітивно-біхевіоральна терапія при лікуванні депресивних порушень // Таврический журнал психиатрии том 15, №2 (52), 2011, С. 32-33
4. Чабан О.С., Тревога, депрессия и боль. // – Здоров'я України. №3 (22), 2012. С.4.