

Психотерапия суицидентов с расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ

ЧОБАНУ И.К.

н.с., отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

ВАЛЕНТИК Ю.В.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой наркологии РМАПО, Москва

ЕПИФАНОВА Н.М.

д.м.н., профессор, рук. отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

Рассматривается актуальная тема лечения пациентов с суицидальными ранениями, страдающих различными расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ). Для диагностики и психотерапии использовалась психогенетическая модель личности, был разработан тест личностных статусов. Дается характеристика групп пациентов с различными профилями. Рассматриваются особенности дифференциации и проведения психотерапии. Приводятся данные об эффективности дифференцированной психотерапии на основании данных о состоянии больных перед выпиской и данных катamnестического обследования.

Актуальность темы

Данные ВОЗ свидетельствуют о неуклонном росте самоубийств в мире. В частности, самоубийства относятся к трем ведущим причинам смертности в возрастной группе от 15 до 34 лет, что характерно для обоих полов (ВОЗ, 2001). Изучение динамики частоты суицидов в России в 1990—2001 гг. отражает подъем показателей после 1999 г. — более 40 на 100 тыс. населения, что более чем в 2 раза превышает уровень, считающийся по данным ВОЗ критическим (20 на 100 тыс. населения) [6]. В России среди причин преждевременной смертности второе место, уступая лишь болезням системы кровообращения, занимают несчастные случаи, убийства и самоубийства — 194,1 случая на 100 тыс. населения [7]. Следует отметить, что на одно завершённое самоубийство приходится от 10 до 40 суицидальных попыток. Большинство из них совершается лицами в наиболее активном, трудоспособном возрасте до 40 лет (76—79%) [9, 17]. Среди больных, совершивших аутоагрессивные действия, большое количество составляют пациенты с суицидальными ранениями. Данные исследований суицидов по Москве за 1996 г. показали, что самоповреждения составляют 22,1% (второе место после отравлений — 76%) [8].

Суицидальное поведение тесно связано с употреблением алкоголя и других ПАВ. В популяции больных алкоголизмом суицидальная смертность колеблется от 7 до 15%. Среди популяции суицидентов доля больных алкоголизмом составляет от 30 до 60% [16]. Прекращение алкоголизации (в том числе и терапевтически обусловленное) снижает риск повторной суицидальной попытки. Однако наиболее распространенные методы лечения алкоголизма не затрагивают его аутоагрессивной основы. В свою очередь, подходы, рекомендуемые для лечения суицидентов, практически не уделяют внимания лечению расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Эти данные свидетельствуют о необходимости создания специализированной психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

Цель работы: на основе изучения клинко-психопатологических и личностных особенностей у больных с суицидальными ранениями разработать дифференцированный подход к психотерапии в условиях соматопсихиатрического стационара.

Материал и методы исследования

Настоящая работа проводилась в условиях соматопсихиатрического отделения для хирургических больных отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств НИИ СП им. Н.В. Склифосовского (руководитель — д.м.н. проф. Н.М. Епифанова). В исследовании были включены 165 больных с суицидальными ранениями, находившихся на лечении с 2004 по 2006 гг. Следует отметить, что из исследования исключались пациенты с диагнозом *острые и преходящие психотические расстройства* (F23), пациенты с тяжелым соматическим состоянием, с выраженной умственной отсталостью, а также отказавшиеся от проведения психотерапии.

В исследовании участвовало 105 мужчин и 60 женщин. Распределение пациентов внутри возрастных групп отображено в табл. 1.

Все пациенты совершили суицидальные попытки и наблюдались с диагнозами *колото-резаные ранения различной локализации*, а также *сочетанные травмы после падения с высоты*. Распределение пациентов по локализации ранений представлено в табл. 2.

У этих больных были установлены следующие клинические диагнозы (в соответствии с классификацией МКБ-10): *расстройства зрелой личности* (52% от общего числа пациентов), реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации (10%), расстройства настроения (4%), шизотипическое расстройство (7%), шизофрения (4%), синдром зависимости от алкоголя (51%) и другие расстройства (9%). В категорию «другие расстройства» были включены диагнозы: *синдром зависимости от опиоидов, каннабиоидов, токсикомания, игровая зависимость, расстройства личности органической этиологии, стойкое изменение личности после переживания катастрофы*.

Было выявлено, что среди пациентов с суицидальными ранениями широко распространена зависимость от ПАВ, в основном от алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя (F10.2), средняя (вторая) стадия, наблюдался у 84 пациентов

Таблица 1
Распределение пациентов внутри возрастных групп, %

Возраст, лет	До 20	20—29	30—39	40—49	50—59	60 и старше
Мужчины	13	43	23	14	4,7	2
Женщины	8	38	30	18	5	0

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от полученных повреждений

Количество пациентов	Ранения конечностей	Ранения брюшной полости	Ранения грудной клетки	Ранения шеи	Сочетанные ранения	Сочетанные травмы
%	41	29	8	8	8	6
Абс.	67	47	13	14	14	10

(51%), среди них двойной диагноз — у 54 пациентов (33%). В группу с двойным диагнозом чаще включались пациенты с расстройствами личности, страдающие зависимостью от алкоголя. Синдром зависимости в основном встречался у мужчин старше 30 лет. Длительность систематического употребления алкоголя составляла более 10 лет. Наблюдалось выраженное влечение к алкоголю, был сформирован абстинентный синдром, у большинства наблюдались запои длительностью от нескольких дней до месяца. Пациенты употребляли крепкие напитки, преимущественно водку, в количествах более 500 мл в сутки. Суицидальные попытки чаще совершались на фоне депрессивного или дисфорического аффекта в состоянии опьянения или похмелья. Из числа этих пациентов 7 чел. поступили в абстинентном состоянии с делирием F10.4 и два пациента с психотическим расстройством F10.5.

Также среди обследованных пациентов в 37 случаях было выявлено неоднократное употребление алкоголя с вредными последствиями для здоровья F10.1, что составляет 22% от общего числа пациентов. В этой группе мужчины и женщины были представлены поровну, половина пациентов были моложе 30 лет. Длительность регулярного употребления алкоголя составляла в среднем 3–5 лет. В основном отмечалось систематическое, нередко ежедневное употребление слабоалкогольных напитков. Обычно пациенты употребляли алкогольные напитки вечером после работы, по дороге домой или дома в семейном кругу. Суицидальные действия они преимущественно совершали в состоянии алкогольного опьянения, алкоголь чаще исполнял роль растормаживающего фактора.

В состоянии алкогольного опьянения поступили 130 чел. (79%). Из них 23 пациента не страдали расстройствами, связанными с употреблением ПАВ. Один пациент 16 лет употребил крепкий алкогольный напиток для преодоления страха перед заранее намеченной суицидальной попыткой.

Наркотическая зависимость от опиоидов наблюдалась у двух пациентов, они совершили суицидальные попытки в состоянии наркотического опьянения. У 20 пациентов в анамнезе наблюдалось злоупотребление опиоидами, среди них количество мужчин и женщин распределилось примерно поровну. Все пациенты были моложе 40 лет, большинство в возрасте от 15 до 29 лет. У одного пациента была выявлена зависимость от каннабиноидов. Токсикомания также была выявлена у одного пациента, молодого человека 18 лет, употреблявшего летучие растворители с подросткового возраста.

При анализе распределения психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ, в зависимости от пола пациентов было обнаружено, что эти расстройства преобладают среди мужчин. Зависимость от алкоголя — 57% (60 пациентов), неоднократное употребление алкоголя с вредными последствиями для здоровья — 19% (20 пациентов), наркомания и токсикомания — 3% (3 пациента), в целом — 80% пациентов мужского пола страдают

различными расстройствами вследствие употребления ПАВ. Среди женщин расстройства распределились следующим образом: зависимость от алкоголя — 40% (24 больных), неоднократное употребление алкоголя с вредными последствиями для здоровья — 28% (17 больных), наркомания — 2% (1 больная). В целом, среди пациентов женского пола в 70% случаев наблюдаются расстройства вследствие употребления ПАВ.

Все больные были разделены на две группы: основную (105 пациентов) и контрольную (60 пациентов). Контрольная группа сопоставима с основной группой по полу, возрасту и основным клиническим признакам. Все пациенты проходили клиническую диагностику и тестирование с использованием шкалы выраженности депрессии Гамильтона и теста личностных статусов [5] в начале лечения и перед выпиской. В основной группе проводилась дифференцированная психотерапия, в контрольной группе — стандартная кризисная психотерапия. Результаты лечения в обеих группах оценивались в динамике клинически, психологически с использованием повторного тестирования, а также с использованием катamnестического обследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Для проведения диагностики и психотерапии в настоящем исследовании использовалась психогенетическая модель личности [3], базирующаяся на представлении о том, что психика формируется и функционирует в рамках реализации генетической программы. Условиями формирования личности являются проживание в обществе, овладение языком, развитие мышления и самосознания, а структурирование личности происходит в соответствии с качественно определенными этапами жизненного цикла человека, в процессе его взаимодействия со значимыми другими лицами. Каждый качественно своеобразный вид человеческой активности, например взаимодействие с родителями, сексуальное поведение, создание и поддержание семьи, в течение жизни приводит к формированию внутри личности вполне определенных личностных статусов. Каждый личностный статус характеризуется свойственным ему поведением, установками, ценностями и потребностями. Формирование личности завершается образованием предсказуемого набора универсальных личностных статусов в зрелом возрасте [4, 5]. Дифференцированный подход в психотерапии строился на основании оценки этих личностных статусов (ЛС) у взрослых пациентов. Целесообразно подробнее рассмотреть содержание этих личностных статусов.

ЛС «Я — Телесное» охватывает телесные функции, физическое здоровье, заботу о себе и собственное сохранение, способность самостоятельно обеспечить условия для жизни своего организма, умение сознательно взаимодействовать с ним (мониторинг, ограничения, контроль), стремление к телесным удовольствиям и комфорту.

ЛС «Я — Ребенок» связан с состоянием желанности и безопасности, это сфера взаимодействия с родителями или

авторитетными лицами в процессе обучения или выполнения иной совместной деятельности, в дальнейшем этот статус развивается и проявляется в заботе о родителях.

ЛС «Я — Мужчина / Женщина» отвечает за формирование половой идентичности, сексуальности, включает принятие половой принадлежности, освоение полового поведения, гендерных особенностей, реализацию сексуального поведения.

ЛС «Я — Партнер (муж / жена)» развивается в сфере семейной жизни: это создание своей семьи, взаимодействие с супругом или супругой в собственном «гнезде».

ЛС «Я — Родитель» включает в себя родительские функции, взаимодействие с детьми, их воспитание, получение удовольствия от собственного родительства.

ЛС «Я — Профессионал» охватывает профессиональную сферу, выбор и освоение специальности, профессиональный рост, контакты на рабочем месте с коллегами, подчиненными, начальством, получение удовлетворения от своей профессиональной деятельности.

ЛС «Я — Член групп» в основном отвечает за связи с различными сообществами, со своими сверстниками, земляками, соотечественниками, людьми своей национальности.

Эти универсальные личностные статусы составляют нормативную часть личности, т.е. ту часть личности, которая формируется в норме у всех индивидов и проявляется в адекватном функционировании в течение жизни. Хорошо развитая нормативная часть личности препятствует возможным девиациям и нарушениям поведения.

Кроме нормативных личностных статусов, были выделены патологические. В настоящем исследовании разработана модель личностного статуса «Я — Аутоагрессивное», формирующегося и участвующего в патологическом процессе у суицидентов. Данный патологический статус в его типичных вариантах представляет собой совокупность повторяющихся патологических потребностных циклов, болезненных установок и ценностей, фиксированных негативных стереотипов поведения и весь комплекс соответствующих переживаний, присущих данной категории пациентов, таких, как безнадежность, безысходность, беспомощность, ощущение вины, собственной ненужности, душевная боль, чувство бессмысленности жизни, импульсивность [14, 16].

Можно выделить значимых других, во взаимодействии с которыми формируется аутоагрессивный статус. Это могут быть реальные лица, на которых, например, направляется манипуляция при аутоагрессивном поведении. Или люди, при общении с которыми формируются иные патологические шаблоны поведения, сопровождаемые парасуицидальными переживаниями, негативными убеждениями, такими, как «ничего не получится», «я — неудачник, плохой». Они могут усиливаться высказываниями из окружения, например, такими, как «убить тебя мало». Раскручивается виток, когда собственные аутоагрессивные установки подтверждаются и потенцируются агрессивными высказываниями значимых других. Патологическим образованиям соответствуют смысловые конструкции или отсутствие нормативных смыслов, ценностные ориентации. Патологические варианты поведения могут фиксироваться, как, например, в случае успешных парасуицидальных манипуляций. Это механизм формирования порочного круга, который обеспечивает патологическое поведение.

Может наблюдаться частный вариант формирования аутоагрессивного статуса, как, например, в ситуации утраты, что встречалось в 27% случаев. Значимыми остаются уже ушедшие близкие люди. Пациенты не могут оторваться от них, не способны установить близкие отношения, эмоциональные связи с другими значимыми лицами даже по прошествии лет. Они тоскуют по ушедшим близким людям, продолжают общаться с ними в мечтах и фантазиях. Подчас ждут прихода смерти, чтобы соединиться с ними в ином мире и вновь почувствовать себя нужными, желанными, любимыми. Это может длиться годами и способствовать формированию выраженного аутоагрессивного личностного статуса. Проработка утраты у таких пациентов снижает суицидальную настроенность.

Особенно подвержены декомпенсации после утраты жизненно важных взаимоотношений пациенты, злоупотребляющие ПАВ, так как при этом такой пациент теряет не только любовь, но и часть своей и без того низкой самооценки, поскольку ушедший человек обеспечивал не только поддержку, но и его чувство собственного достоинства. Чем больше зависимости присутствовало в этих взаимоотношениях, тем сильнее становится риск, что разрыв отношений может ввергнуть его в хаос, регрессию и подтолкнуть к аутодеструктивным действиям [11, 18].

Этот статус развивается в условиях длительно осуществляемой аутоагрессии, при повторных суицидальных попытках, при значительных размышлениях. При изучении частоты повторных суицидальных действий в анамнезе было выявлено, что 43% больных (71 пациент) уже совершали суицидальные попытки. Из них 54% (38 пациентов) совершили одну суицидальную попытку, а 46% (33 пациента) — многочисленные суицидальные действия. Чаще других в исследованной группе совершают суицидальные действия пациенты с расстройствами личности, они составили 55% от общего числа пациентов с повторными суицидальными попытками в анамнезе. При анализе частоты повторных суицидальных действий среди пациентов с различной психической патологией лидировали пациенты с диагнозом *шизофрения*, среди них в 67% случаев наблюдались повторные суицидальные действия, в большинстве случаев многократные. По нашим данным, максимально сформирован личностный статус «Я — Аутоагрессивное» у суицидентов, ушедших из жизни в результате своих действий.

В результате изучения этого статуса у больных с суицидальными ранениями было обнаружено, что значение более 40 баллов является прогностически важным. В группу больных с таким значением вошло 63 пациента (38%), которые впоследствии совершили 8 суицидальных попыток из 11 во всей группе, из них одна — с летальным исходом, один пациент был убит, два отбывают срок заключения. Таким образом, значение личностного статуса «Я — Аутоагрессивное» выше 40 баллов свидетельствует о сформированном аутоагрессивном статусе, который проявляется в поведении и позже может обусловить повторные суицидальные попытки и другие варианты самоповреждающих действий. Вероятно, эти данные можно будет использовать для определения суицидального риска у подобных больных.

Также рассматривается личностный статус «Я — Аддиктивное», связанный с зависимостью (от алкоголя, наркотиков, других ПАВ). Он представляет собой совокупность патологических динамических тенденций, составляющих зависи-

мую от ПАВ субличность. Этот статус формируется в ходе повторяющихся эксцессов и деятельности по употреблению ПАВ. В нем консолидируется болезненный опыт: навыки алкогольного или другого зависимого общения, ценности, смыслы, установки и все многообразие поведения, связанного с употреблением ПАВ [3, 4]. Ведущим процессом, отражающим патологическую потребность в ПАВ, становится патологическое влечение к ним. Исследование ЛС «Я — Аддиктивное» в нашей работе связано с тем, что среди обследованных суицидентов 70% женщин и 80% мужчин злоупотребляют ПАВ или страдают зависимостью от алкоголя или наркотических средств, 79% обследованных пациентов поступили в отделение в состоянии алкогольного опьянения.

Личностные статусы «Я — Аутоагрессивное» и «Я — Аддиктивное» составляют патологическую часть личности.

Были разработаны специальный тест для диагностики личностных статусов у пациентов с суицидальными ранениями и его компьютерная версия. Он содержит 10 шкал: 7 шкал отражают показатели нормативных личностных статусов, 2 шкалы — показатели патологических личностных статусов и шкала лжи отражает искренность ответов. Это стандартизованный и валидизированный опросник, содержащий 92 вопроса. Тест чувствителен к личностным особенностям обследуемых и позволяет оценить в пределах от 0 до 100 выраженность личностных статусов и определить искренность ответов по шкале лжи. Также его можно использовать для выявления динамики личностных изменений пациентов после психотерапии.

По результатам обследования при помощи теста личностных статусов было обнаружено, что суицидентам свойственно сочетание выраженных проблем реализации основных личностных статусов и были выделены группы, каждая из которых требовала специфической психотерапевтической тактики.

Первая группа — это лица с инфантильным профилем (16% обследованных). На рис. 1 представлена диаграмма инфантильного профиля, проявляющегося доминирующим показателем личностного статуса «Я — Ребенок», увеличенным показателем статуса «Я — Аддиктивное» с сопутствующими тенденциями к симбиотическим отношениям, зависимостью от родителей и родительских фигур, несамостоятельностью в принятии решений, склонностью к алкоголизации. Этим пациентам сложно брать на себя ответственность за свои поступки, свою жизнь. Более поздние лично-

стные статусы слабо сформированы. Такие пациенты стремятся удовлетворить свои основные жизненные потребности при помощи значимых других лиц. Обычно они обвиняют своих родственников или других лиц в собственных проблемах. Они потенциально зависимы и склонны к проявлениям различных форм аутодеструктивного поведения, что подтверждается наличием у этих пациентов увеличенного показателя личностного статуса «Я — Аддиктивное». В быту это проявляется склонностью к алкоголизации или наркотизации. Среди этих больных 85% (23 пациента) страдают различными расстройствами, связанными с употреблением ПАВ; 74% совершили суицидальные действия в состоянии алкогольной интоксикации.

Инфантильный профиль встречался чаще у пациентов мужского пола (78%) и был представлен во всех возрастных группах. В этой группе 70% больных работали или учились; 37% состояли в браке, преимущественно в официальном; 26% воспитывали собственных детей.

Суицидальные попытки нередко носили характер истинных суицидальных действий, с желанием умереть, уйти из такой жизни (46%). Больные чувствовали полное бессилие что-либо изменить.

Вторая группа — это больные с напряженным профилем (23% обследованных). На рис. 2 показана диаграмма напряженного профиля, который проявлялся повышенными показателями по всем основным нормативным шкалам, в том числе по шкале личностного статуса «Я — Член групп», высокими показателями по шкале лжи, заниженными показателями по шкалам патологических личностных статусов. Этим пациентам свойственна напряженность основных потребностей, т.е. сильно выраженное желание достичь своей цели, при этом нередко они стремятся к совершенству, ставят перед собой завышенные планки. Им свойственно некоторое приукрашивание реальной ситуации. Это люди, ориентирующиеся на социально одобряемые поступки, на интересы группы, с которой они себя идентифицируют.

Этот профиль превалировал среди мужчин (63%); 66% пациентов с напряженным профилем работали или учились, 39% пациентов проживали совместно с супругами, чаще в официально зарегистрированном браке, 21% воспитывал детей. Среди этих пациентов реже, чем в предыдущей группе, встречались проблемы, связанные с употреблением ПАВ, — у 61% пациентов. Суицидальные попытки у таких больных чаще носили манипулятивный ха-

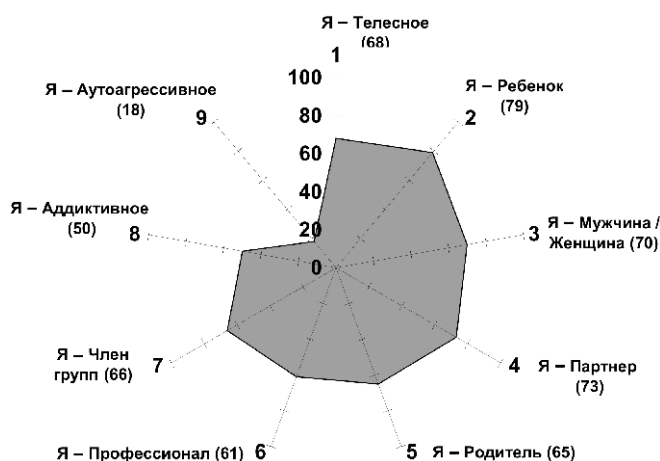


Рис. 1. Инфантильный профиль: пациент Б., 20 лет; шкала лжи — 67

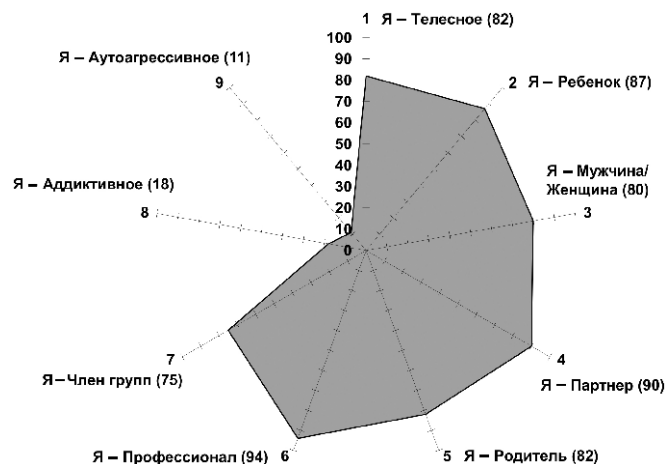


Рис. 2. Напряженный профиль. Пациент К., 41 год; шкала лжи — 67

рактер (55%), пациенты стремились выразить свой протест или привлечь внимание членов семьи.

Третья группа — пациенты с патологическим профилем (10% обследованных лиц). На рис. 3 представлена диаграмма патологического статуса, при котором доминируют один или оба патологических личностных статуса и относительно снижены значения нормативных статусов. В этой группе у всех пациентов была выражена тенденция к зависимому поведению: у 76% пациентов наблюдалась зависимость от алкоголя, у 18% — злоупотребление алкоголем. У единственного пациента без химической зависимости была игровая зависимость. В 100% случаев эти больные поступали в состоянии алкогольного опьянения.

При повышении показателя личностного статуса «Я — Аутоагрессивное» у пациентов наблюдались выраженные чувства безысходности, безнадежности, они воспринимали свою ситуацию как тупиковую, не видели возможности решения своих проблем.

Среди этих больных также доминировали мужчины (71%). В этой группе работали 53% пациентов, при этом, в отличие от других групп, не было ни одного пациента с высшим образованием или продолжающего какое-либо обучение. В браке состоял 41% пациентов, воспитывали детей только 12%, что также не соответствует данным в других группах. Среди 17 пациентов этой группы было предпринято 4 повторные суицидальные попытки после выписки из числа 11 попыток среди всех обследованных и было совершено одно убийство.

Как правило, низкие значения показателей того или иного статуса свидетельствуют о недостаточном уровне функционирования в том или ином статусе и о нарушении взаимодействия со значимыми другими лицами. Повышенные значения ЛС могли означать как высокую активность в данном личностном статусе, так и наличие серьезных проблем в статусной деятельности, обуславливающих потребностное напряжение, т.е. наличие сильных внутренних потребностей, не получающих удовлетворения и реализации в жизни.

Был описан профиль с доминирующим показателем личностного статуса «Я — Мужчина / Женщина» (16% обследованных лиц). У пациентов с таким профилем наблюдался внутренний конфликт между высокой потребностью в реализации себя как женщины или мужчины и одновременными проблемами в полоролевой идентификации, освоении полоролевых предписаний, желательности сексуального поведения. Такой профиль проявлялся в жизни отсутствием постоянного сексуального партнера или конфликтными отношениями с ним в сочетании с осознанием повышенной важности таких отношений. В этой группе были выражены аддитивные расстройства: злоупотребление или зависимость от ПАВ диагностированы у 85% пациентов этой группы (22 чел.), из них 3 больных — с зависимостью от героина.

В основном это пациенты молодого возраста, до 30 лет, из них 62% составляют женщины. Среди этих пациентов нет ни одного со стабильным сексуальным или семейным партнером. Четверо пациентов состояли в официальном браке, в момент совершения суицидальных действий они вследствие семейных конфликтов проживали раздельно от своих супругов. Остальные пациенты холосты, разведены. Работают или учатся 46% больных. Воспитывают детей 15%, это молодые разведенные женщины.

Суицидальные попытки в этой группе чаще носили манипулятивный характер (62%) и были в основном связаны с конфликтами с сексуальными партнерами или с родителями, которые жестко контролировали больных, не позволяя контактировать с сексуальными партнерами.

С другой стороны, профиль с доминирующим показателем личностного статуса «Я — Профессионал» (17% обследуемых) оказался характерен для пациентов, имеющих постоянное место работы. Работа им нравилась, и они отмечали субъективную важность ее сохранения. У многих эта область жизни была единственной, удовлетворявшей их. Видимо, профессиональная деятельность служила своеобразным вариантом компенсации неудовлетворенности в других жизненных сферах, в другой статусной деятельности. В кризисной ситуации наблюдался слом компенсации, и больные совершали аутоагрессивные действия. В эту группу вошли два пожилых пациента старше 60 лет, находящихся на пенсии, оба длительно работали на одном предприятии, с гордостью рассказывали о своей трудовой деятельности. Работали, учились или находились на заслуженном отдыхе 86% пациентов этой группы. В браке состояли 39%, воспитывали собственных детей — 21%.

Злоупотребление алкоголем или синдром зависимости от ПАВ наблюдались у 79% пациентов.

Личностные особенности пациентов, выявляемые на основании результатов тестирования, позволили определить тактику психотерапии.

В основной группе пациентов проводилась дифференцированная психотерапия. В зависимости от результатов диагностики, личностного профиля, имеющихся психопатологических расстройств, суицидальных механизмов и уровня социальной адаптации проводились дифференциация психотерапевтических воздействий, создание индивидуальной психотерапевтической программы и определялось сочетание необходимых компонентов психотерапевтической программы больных в соответствии с принципами континуального подхода.

Дифференцированная психотерапия включала индивидуальный, групповой и семейный компоненты. Работа с пациентами в отделении проводилась максимально активно, приближенно к условиям марафона, с учетом их соматического состояния. В начале пациенты вследствие нестабильного соматического состояния могли участвовать в психотерапевтическом процессе около 60 мин в день, по-

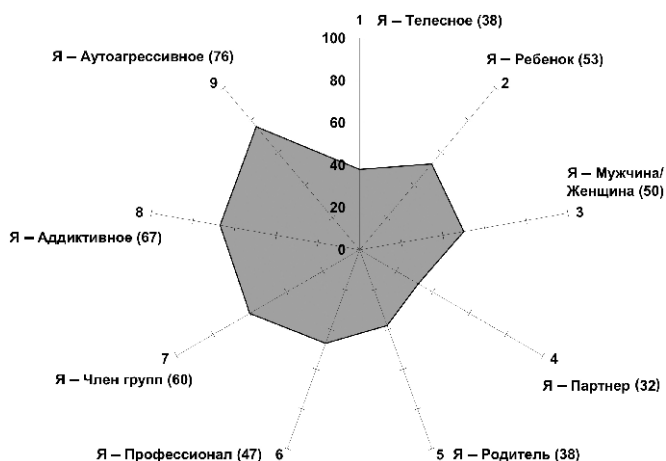


Рис. 3. Патологический профиль. Пациент Т., 29 лет; шкала лжи — 29

степенно, по мере улучшения их состояния, они все активнее включались в психотерапию и реабилитацию. В течение дня больные участвовали в занятиях психотерапевтической группы, посещали индивидуальные сессии, читали специальную литературу; также по возможности проводилась семейная психотерапия с участием родственников. В лечебном процессе участвовал социальный работник, который в индивидуальном или групповом формате проводил противоалкогольную терапию, профессиональную ориентацию, социальную поддержку и др.

В целом психотерапевтический процесс выглядел следующим образом. После знакомства, сбора анамнестических сведений, проведения тестирования проводилась индивидуальная сессия с обсуждением результатов тестирования и диаграммы. В доступных терминах пациентам излагался смысл диаграммы, обсуждалось распределение сил между различными сферами жизнедеятельности, делался акцент на выраженности патологических статусов, что помогало сформировать критику к употреблению ПАВ и обсудить аутоагрессию в жизни больного. Также уделялось внимание максимально и минимально выраженным статусам, при наличии проблем обсуждались причины неравномерного распределения сил, сниженного или чрезмерного функционирования в этих жизненных сферах. Использование профиля в индивидуальной психотерапии оказалось эффективным. Большинству пациентов это помогало шире посмотреть на свою жизнь, не концентрироваться лишь на конфликтной ситуации, глубже осознать наличие проблем и факторов, приведших их к самоповреждениям. Для многих пациентов это служило толчком к более глубокой психотерапевтической проработке. В дальнейшем в индивидуальном формате при необходимости проводились еще сессии.

Практически все пациенты участвовали в базисной групповой психотерапии. В основном это были закрытые группы численностью от четырех до восьми чел. Занятия проводились ежедневно, длительностью от 60 до 130 мин, что определялось физическим состоянием пациентов. Пациенты проходили от четырех до семи занятий. Несколько занятий посвящались противоалкогольному лечению. Эта тема была актуальна даже для непьющих пациентов, так как у большинства из них один из родителей страдал алкоголизмом. При необходимости проводили работу для облегчения чувства горя и утраты с использованием техник арт-терапии. Затем осуществлялась работа по активизации нормативных сфер деятельности.

При дифференцированной психотерапии в соответствии с принципами континуального подхода пациенты работают, находясь в зоне возможных психотерапевтических изменений [4]. Они начинают осознавать наличие всего комплекса собственных проблем, патологических и нормативных процессов на всех уровнях функционирования и ощущают внутреннюю потребность поиска «новых» форм существования на различных уровнях функционирования. В это время каждый из пациентов в ходе психотерапии анализирует, что он представляет собой как личность (личностные статусы) и как участник жизненных процессов, воплощая заданные природой и обусловленные социумом роли: сын или дочь, семейный партнер, родитель. В процессе такого анализа обычно выясняется, что у членов группы большинство этих каналов функционирования были или заблокированы, или редуцированы, или серьезно искажены. При оптималь-

ном развитии психотерапии, когда помехи со стороны патологических частей личности (аддиктивной и аутоагрессивной) заблокированы, можно всерьез заниматься процессами своего нормативного функционирования.

В процессе занятий психотерапевт помогает конструировать как общие, так и присущие только конкретному пациенту образы каналов функционирования или сфер жизни: ребенок, родитель, партнер, профессионал и др. Осуществляется структурирование этих каналов: Каким был? Когда последний раз совершал поступки, соответствующие конкретному личностному статусу? Что дал близким людям? Что получил? Что хочет изменить? Что хочет сделать в первую очередь? Чего хочет добиться в идеале? В ходе этой работы у членов группы впервые возникают ощущение цельности своего жизненного пути, сквозная временная перспектива и чувство освобождения от зависимости и безысходности.

На заключительном занятии обсуждались вопросы, связанные с восприятием ситуации, что важно для снижения возможной стигматизации больных, и использования техники позитивного построения будущего.

Последнее звено психотерапевтического алгоритма заключалось в восстановлении взаимоотношений со значимыми другими лицами, что необходимо для обеспечения последующей работы «нормативных» частей личности. При возможности проводилась семейная психотерапия с членами семьи пациента.

В большинстве случаев при достаточно выраженных патологических ЛС вначале было необходимо провести блокирование и редукцию этих статусов. Затем осуществлялась психотерапия, способствующая раскрытию или активизации нормативных личностных статусов.

При показателе ЛС «Я — Аутоагрессивное» выше 35—40 баллов психотерапию следовало начинать с блокирования этого статуса, для чего было необходимо преодолеть чувство безысходности, безвыходности, тупиковой ситуации. Так как аутоагрессия у разных пациентов была связана с различными жизненными ситуациями, то для этого использовались разные методы.

Для блокирования ЛС «Я — Аутоагрессивное» использовалась кризисная психотерапия с обесцениванием конфликтной ситуации и повышением ценности и значимости собственной жизни. Проводилось одно — два индивидуальных занятия с использованием рациональной психотерапии и недирективно-суггестивных техник. При этом использовались принципы кризисной психотерапии, включавшей этапы кризисной поддержки и кризисного вмешательства [12]. Это способствовало снятию внутреннего напряжения, редукции чувства отчаяния, повышало мотивацию на лечение, скорейшее выздоровление и выход из стационара.

Проводилось обсуждение обстоятельств суицидальной попытки, суицидальных мыслей, темы смерти. При групповой терапии это способствовало редукции чувства стигматизации, собственной ущербности и изолированности, увеличивало сплочение группы. Использовались элементы экзистенциальной психотерапии, затрагивались вопросы жизненных ценностей, смысла дальнейшего существования.

У отдельных пациентов аутоагрессия была связана с потерей значимых других: матери, отца, бабушки, супруга или супруги, близких друзей, что потребовало проведения определенной работы. Если такие утраты наблюдались у не-

скольких пациентов в группе, то процесс можно было проводить в групповом формате, который позволял создать общее психотерапевтическое поле, где более тяжелые пациенты могли воспользоваться ресурсами других пациентов. Если же эта тема была не актуальна для других больных или в случае, когда утрата произошла накануне суицидальной попытки, то более эффективной была психотерапия в индивидуальном формате. Для коррекции использовались арт-терапия, снятие стресса кинезиологией, другие методы. Правильно проведенная работа способствовала не только блокированию ЛС «Я — Аутоагрессивное», но и раскрытию заблокированных личностных статусов, с которыми была связана утрата. Нередко после этого занятия в состоянии пациентов наступало значительное улучшение, выраженно снижалась суицидальная настроенность.

Также для торможения аутоагрессии использовалась психотерапия чрезвычайных ситуаций, помощь в преодолении и отреагировании негативных эмоций, связанных с тяжелыми стрессовыми ситуациями, такими, как участие в боевых действиях, изнасилование, нападение, другие виды насилия. У таких пациентов аутоагрессия нередко была обусловлена безнадежностью, тоской из-за неспособности избавиться от тяжелых воспоминаний и негативных чувств.

С пациентами с тяжелой семейной историей, когда в семье наблюдаются смерти в молодом возрасте, убийства, самоубийства, пребывание в заключении, тяжелые формы зависимостей или психических заболеваний, требовалось проведение системной семейной психотерапии [13]. Для этого использовалась техника генограммы, обсуждение семейных тенденций, мотивация на перемены.

Также использовались элементы транзактного анализа, проводился анализ негативных предписаний, особенно предписания «не будь» [16], жизненного сценария [10, 14]. Основная цель занятия заключалась в помощи пациенту принять решение продолжать жить, отойти от негативных семейных традиций, позволить себе идти иначе, быть другим, более счастливым.

Отдельных техник, направленных на снижение душевной боли, не описано. В целом, после блокирования личностного статуса «Я — Аутоагрессивное» у пациентов снижался уровень душевной боли.

Для блокирования личностного статуса «Я — Аддиктивное» проводилась психотерапия зависимостей. Для этих целей использовались элементы групповой континуальной психотерапии, которая базируется на основных принципах континуального подхода:

1) процессуальное понимание алкоголизма, психотерапии, динамическое представление о ее мишенях и соответствующая процессуальная организация психотерапевтических воздействий;

2) системное воздействие на процессы зависимости от алкоголя на психобиологическом, психологическом и социально-психологическом уровнях функционирования пациента;

3) нейтрализация патологических и высвобождение нормативно-компенсаторных процессов функционирования пациента, что предполагает объединение в рамках психотерапевтической программы методов, ориентированных как на манипуляции, так и на развитие личности;

4) континуальность, т.е. обеспечение непрерывности психотерапии с созданием условий для погружения больных в процесс изменений [2, 4].

Первое занятие психотерапевтической группы обычно посвящалось обсуждению био-психо-социо-духовной модели и мотивации на психотерапевтическое лечение. На последующих занятиях обсуждалась информация о закономерностях развития зависимости от алкоголя, наркотиков, азартных игр, о последствиях зависимостей, о специфических изменениях личности, о методах и возможностях лечения различных зависимостей. Больные в свободной дискуссии обсуждали наличие характерных симптомов у себя и других пациентов, необходимость получения помощи и собственные возможности в борьбе с болезнью. Это способствовало преодолению характерной для зависимых лиц анозогнозии. Проводился ролевой тренинг для усвоения новых форм поведения, например способности отказаться от выпивки. Уделялось внимание развитию умения находить и использовать все возможные внешние и внутренние ресурсы, что помогало пациентам преодолевать чувство безнадежности. В результате формировались установки на лечение и дальнейшую редукцию зависимого поведения.

Для лечения алкогольного злоупотребления и зависимости важно формирование терапевтических установок, являющихся мотивационным образованием, кристаллизующимся на основе прошлого опыта и предрасполагающим к действиям, имеющим определенную направленность. Выделяют три основные установки, соответствующие этапам лечения алкогольной зависимости: на получение помощи и лечения, на трезвость и на достижение позитивных социально-значимых целей в жизни [4]. В процессе психотерапии удалось достичь формирования установок на получение помощи и лечения и на трезвость, что было связано с блокированием ЛС «Я — Аддиктивное». Формирование установок на достижение социально-значимых целей считается более сложным и требующим длительной терапии, что связано со слабо функционирующими нормативными ЛС, неразвитыми соответствующими сферами жизни. При проведении дифференцированной психотерапии у 51% пациентов удалось сформировать установки на социально-значимые достижения благодаря раскрытию нормативных статусов.

В отличие от традиционного противоалкогольного лечения в наркологическом учреждении с суицидальными больными следует более мягко проводить конфронтацию, нельзя использовать техники «проживания болезни до конца», так как у них и без того выражены аутоагрессивные тенденции, подчас смерть для них не является устрашающим фактором. Значительный упор следует делать на вселение надежды в возможность преодолеть сложности в их жизни, а также на раскрытие и активизацию сфер жизни, связанных с нормативными ЛС.

Постепенно начиналась работа с нормативными ЛС. Нередко увеличение показателей ЛС «Я — Аутоагрессивное» или «Я — Аддиктивное» было связано с невозможностью развития в нормативных ЛС и соответствующих им сферах жизни. В этом случае раскрытие заблокированного нормативного ЛС приводило к редукции патологического статуса и становилось неотъемлемой и необходимой частью психотерапевтического процесса. Раскрытие заблокированных нормативных ЛС по эффекту было ближе всего к катарсису. В отличие от групповой континуальной психотерапии в слу-

чае терапии суицидентов нет необходимости добиваться полной редукции патологических статусов для начала работы с нормативными статусами, на каждом занятии постепенно все больше внимания уделяется нормативным статусам. Сама работа с нормативными сторонами личности способствует блокированию патологических сфер.

Основной задачей была гармонизация статусов и тех сфер жизни, которые скрываются за ними. Для этого было важно определить сниженные по значению нефункционирующие ЛС, и помочь их раскрыть, активизировать. В случае чрезмерно завышенных показателей рекомендовалось сбалансировать их с другими нормативными статусами.

Для активизации нормативной статусной деятельности использовались различные подходы и техники психотерапии в разном сочетании, что определялось по результатам тестирования. Хорошо развитые и функционирующие статусы становились ресурсом для работы. Например, ведущий ЛС «Я — Профессионал» часто служил опорой для работы с другими статусами. Наличие работы, способность самостоятельно обеспечивать себя и семью, возможность общения с коллегами повышали собственную значимость и самооценку пациентов. Можно выделить определенные особенности работы с пациентами с различными профилями.

При *инфантильном профиле* основной задачей психотерапии становилось принятие на себя ответственности за собственную жизнь и здоровье. Вначале обязательно проводилась психотерапия зависимостей для блокирования ЛС «Я — Аддиктивное» (описано выше). Для снижения увеличенного ЛС «Я — Ребенок» можно проводить анализ функциональных эго-состояний и психологических игр из транзактного анализа с использованием драматического треугольника Карпмана «Жертва — Преследователь — Спасатель» [10]. Больным предлагалось определить, какие роли им чаще свойственны и каковы последствия. Важно подвести пациентов к осознанию, что главное последствие стремления переложить ответственность на других — это их жизненные неудачи и в итоге суицидальная попытка. Эффективный выход из психологической игры — это принятие ответственности за свою жизнь на себя. Следующий шаг — активизация нормативных статусов и, в первую очередь, профессиональной сферы. Так как проводимая психотерапия носила краткосрочный характер, это не позволяло в полном объеме осуществить коррекцию подобных пациентов, устранить дефициты детства. Однако такая терапия способствовала выработке критики к алкоголизации, активизации жизненной позиции, выработке установки на достижение социально-значимых результатов.

У пациентов с *напряженным профилем* нормативные личностные статусы в основном уже развиты, эти больные активны во всех областях жизни или стремятся к этому. Нередко они хотят сделать «все и сразу», что обуславливает наличие конкурирующих и не реализуемых во всей полноте потребностей. Таким больным важно определить жизненные приоритеты, для чего им предлагалось выбрать особенно важные цели, одну или две, на обозримое будущее и сосредоточиться на их выполнении.

Другая психотерапевтическая цель у подобных больных — это обучение радоваться и получать удовольствие, поддержку. Нередко у них срыв наступал вследствие истощения или недоступности ресурсов, необходимых для функционирования в различных сферах жизни и соответ-

ствия всем социальным ролям, поэтому уделялось внимание поиску, осознанию и навыкам использования ресурсов. Например, для этого можно использовать ресурсные ЛС, такие, как ЛС «Я — Профессионал». С больным обсуждали степень его удовлетворения отношениями со значимыми другими лицами, предлагалось оценить символические потоки отдачи и получения в этих отношениях: где пациенты получают больше удовольствия, поддержки, любви, материальных благ, а где им приходится больше вкладывать, обсуждались вопросы, как уравновесить эти потоки. При выраженной созависимости, стремлении жертвовать собственным благополучием ради отношений использовались элементы тренинга асертивности.

Пациентам с *ведущим личностным статусом «Я — Мужчина / Женщина»* ввиду значительного распространения среди них расстройств, связанных с употреблением ПАВ, вначале требовалось проведение групповой противоалкогольной психотерапии. Далее необходимо психотерапевтически снизить чрезмерно увеличенный ЛС «Я — Мужчина / Женщина», что можно было достичь двояким путем: как через проработку взаимоотношений с сексуальным партнером, так и через активизацию других нормативных ЛС. В целом, таким пациентам требовались психодинамическая терапия с анализом становления полоролевой идентификации, помощь в принятии собственной половой принадлежности, освоение необходимых навыков общения с противоположным полом, системная семейная психотерапия для понимания собственной роли в своей семейной системе, решение их сексуальных проблем.

Пациентам с *доминирующим статусом «Я — Профессионал»* после блокирования патологических личностных статусов, особенно ЛС «Я — Аддиктивное», требовалась помощь в активизации других статусов, особенно ЛС «Я — Мужчина / Женщина», ЛС «Я — Партнер», ЛС «Я — Родитель», ЛС «Я — Член групп». Важно было помочь им понять возможности собственного развития в других сферах жизни, сделать первые шаги в этом направлении.

Пациенты с *патологическим профилем* требовали особого внимания. У них наблюдалось повышение как аутоагрессивного, так и аддиктивного ЛС. В начале лечения таких больных роль психотерапевта как внешнего ресурса была очень высока. Этим пациентам в особенности показана комбинированная психотерапия: групповая и индивидуальная. К сожалению, проведение семейной психотерапии у них часто затруднено, так как родственники не проявляют заинтересованности или их уже нет. Во время групповой психотерапии группа также исполняла роль необходимого им ресурса. Принятие их другими пациентами, возможность открыто обсудить свои проблемы, получить поддержку являлись для них терапевтическими факторами. С этими пациентами проводились блокирование ЛС «Я — Аутоагрессивное» в групповом или индивидуальном формате (см. выше), а также психотерапия зависимостей, так как они все без исключения страдали зависимостью от алкоголя. По возможности проводилась активизация нормативных ЛС, оказывались помощь по восстановлению отношений со значимыми другими, социальная помощь по трудоустройству.

В целом гармонизацию нормативных личностных статусов следует начинать с терапии поздно раскрывающихся личностных статусов и соответствующих им сфер жизни: с

Сравнительная динамика состояния пациентов перед выпиской в основной и контрольной группах

Группы пациентов	Значительное улучшение		Улучшение		Незначительное улучшение		Без изменений	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная группа	59	56	26	25	16	15	4	4
Контрольная группа	9	15	5	8	39	65	7	12
Всего	68	41	31	19	55	33	11	7

ЛС «Я — Член групп», ЛС «Я — Профессионал», так как эти статусы легче поддаются коррекции. Затем следует проработать ЛС «Я — Партнер» и «Я — Родитель» и постепенно переходить к коррекции более ранних личностных статусов, таких, как «Я — Мужчина / Женщина» и «Я — Ребенок». Ограничения краткосрочной психотерапии не позволяют в полном объеме провести коррекцию этих статусов.

Дифференциация психотерапии на различных этапах представлена в табл. 4.

Для дифференциации психотерапии не менее важен и собственно механизм аутоагрессивного поведения и совершения суицида. На основании обследования больных и данных личностного теста можно предложить следующую классификацию личностных механизмов суицидальных попыток.

1. Неудача в ведущем статусе — наблюдается, когда жизненная энергия человека сконцентрирована в одном статусе, а другие статусы или не раскрыты или слабо функционируют. При невозможности реализовать себя именно в этой статусной деятельности, пациент совершает суицидальные действия. Такой механизм, например, свойственен пациентам с доминирующим личностным статусом «Я — Мужчина / Женщина», которые совершают суицидальные действия после ссоры или разрыва со своими сексуальными партнерами. Такой механизм встречался у 24% пациентов.

2. Слом компенсации — наблюдается, когда удовлетворение потребностей из других статусов подменяется через профессиональное или иное удовлетворение. При чрезмерном объеме неудовлетворенных потребностей эта компенсация срывается. Нередко такой механизм наблюдался у пациентов с ведущим личностным статусом «Я — Профессионал». По этому механизму происходило 16% попыток.

3. Несостоятельность и чрезмерные требования — наблюдается, когда в одном или нескольких статусах человеку предъявляются завышенные требования; при отсутствии ресурсов, достаточной поддержки наступает истощение и человек терпит неудачу. Этот механизм можно обнаружить преимущественно у пациентов с напряженным профилем. Он составил 23% случаев.

4. Незрелость — наблюдается при незрелости личности, при несформированных нормативных статусах, при ограниченных возможностях реагирования в сложных конфликтных ситуациях. Этот механизм чаще проявлялся у пациентов с инфантильным профилем. Он был отмечен в 22% случаев.

5. Из-за отсутствия значимых других людей — когда статусная деятельность невозможна в силу одиночества. Это наблюдается, например, у пациентов, недавно вышедших из мест заключения или потерявших значимых дру-

гих в результате их смерти. Такой механизм встречался достаточно редко — в 5% случаев.

6. Патологический — при доминирующем патологическом личностном статусе. Это характерно для пациентов с патологическим профилем, у которых патологическая часть личности возобладали над нормативной. Это может быть преобладание аутоагрессивного статуса, с выраженными идеями безысходности, безнадежности, тупика. Или доминирующий аддиктивный статус, с сопутствующей длительной алкоголизацией или употреблением других ПАВ, с накопившимися проблемами в профессиональной, семейной жизни. Это происходило в 10% случаев.

При оценке клинического состояния и результатов повторного тестирования перед выпиской улучшение и значительное улучшение состояния наблюдалось у 81% больных в основной группе и у 23% в контрольной группе (табл. 3). У 4% пациентов в основной группе и у 12% в контрольной группе сохранялась суицидальная фиксированность, в основном это были мужчины старше 30 лет, страдавшие алкогольной зависимостью, с выраженными депрессивными расстройствами.

Высокие показатели положительных результатов после лечения свидетельствуют об эффективности проведения психотерапии, направленной на коррекцию личностных статусов. Начало ее в ранние сроки уже на этапе ургентного стационарного лечения у аутоагрессивных пациентов важно, так как в более поздние сроки большинство из них никогда не придет на психотерапию. В раннем периоде у пациентов лучше формируется критическое отношение к аутоагрессии как способу решения сложных жизненных ситуаций, появляется возможность изменить рациональными методами конфликтную ситуацию, спровоцировавшую попытку, продуктивно выйти из жизненного кризиса. Психотерапевтическая работа, направленная на восстановление «нормативной» части личности, способствует активизации соответствующих сфер жизни, что подтвердилось последующим наблюдением за обследованными пациентами.

Были собраны катamnестические данные на 64 чел. из основной группы и 32 чел. из контрольной группы. Сроки катamnезов — до 24 мес. В основной группе положительная динамика наблюдалась у 47 пациентов (73% от пациентов с катamnезами из основной группы). Все пациенты этой группы отметили улучшение и стабилизацию настроения, отсутствие суицидальных мыслей, намерений и действий. Кроме этого, они отмечали улучшение отношений внутри семьи, с родителями или супругами, 13 пациентов трудоустроились или улучшили условия работы. В этой группе все пациенты, злоупотреблявшие или зависимые от алкоголя, снизили потребление алкоголя или

Этапы дифференцированной терапии

Первый этап начальный	Второй этап основной	Третий этап заключительный
1. Установление доверительного контакта. 2. Кризисная психотерапия: обесценивание кризисной ситуации, повышение значимости собственной жизни. 3. Преодоление астенических симптомов релаксационно-гипнотическими техниками. 4. Начальный этап групповой психотерапии.	1. Психотерапия с учетом профилей: А) Инфантильный; Б) Напряженный; В) Патологический; Г) С доминирующим ЛС "Я — Мужчина /Женщина"; Д) С доминирующим ЛС "Я — Профессионал". 2. Редукция суицидальных тенденций. Блокирование ЛС "Я — Аутоагрессивное": А) Кризисная психотерапия; Б) Психотерапия утраты и горя; В) Психотерапия чрезвычайных ситуаций; Г) Анализ жизненного и семейного сценария; Д) Элементы экзистенциальной психотерапии; Е) Перерешение негативных предписаний. 3. Лечение зависимости Блокирование ЛС "Я — Аддиктивное": А) Групповая психотерапия зависимости; Б) Формирование установок на лечение зависимости и на трезвость. 4. Гармонизация нормативных сфер жизни. Гармонизация нормативных статусов: А) Обсуждение проблем в этих сферах жизни; Б) Анализ родительских моделей поведения и собственного становления в этой сфере жизни; В) Формирование новых эффективных и гармоничных моделей поведения; Г) Ролевые тренинги; Д) Формирование социально-значимых установок.	1. Построение образа позитивного будущего на основе сформированных социально-значимых установок. 2. Восстановление отношений со значимыми другими лицами. Интеграция в свою социальную сеть. 3. Профилактика стигматизации на основе принятия больным себя как личности и критического отношения к аутоагрессии как способу решения жизненных кризисов. 4. Закрепление сформированных установок на лечение зависимости и на трезвость.

полностью отказались от него. У девяти пациентов (14%) не было выраженной динамики. Ни у кого из них не было суицидальных мыслей, намерений, действий. Однако их уровень функционирования, общее состояние сохранились такими же, как и до суицидальной попытки. У восьми чел. (13%) отмечалась негативная динамика. Из них 6 чел. (9%) совершили повторные суицидальные попытки, среди них один человек погиб в результате самоповешения. Два пациента отбывают срок заключения (один из них находился под следствием во время лечения), один пациент находится под следствием, один пациент был убит.

В контрольной группе из 32 пациентов положительная динамика наблюдалась у 12 чел. (37,5%). Отсутствие динамики отмечалось у пяти пациентов (15,6%). Негативная динамика была обнаружена у 15 пациентов (46,9%); в том числе повторные суицидальные действия (колото-резаные ранения) в течение 1–6 мес. после выписки — у пяти пациентов (16%). Один пациент умер вследствие принятия чрезмерной дозы героина (через 18 мес.). Одна пациентка проходит стационарное лечение по поводу злокачественной опухоли головного мозга.

Полученные катamnестические данные также подтверждают эффективность дифференцированной психотерапии в лечении аутоагрессивных пациентов. Это подтверждается данными о выраженности депрессии по шкале Гамильтона: в основной группе среднее значение в начале лечения составляло 27 баллов, в конце лечения — 17 баллов; в контрольной группе в начале лечения — 26 баллов, в конце лечения — 16 баллов. Таким образом, достоверных различий

между основной и контрольной группами выявлено не было, это свидетельствует о том, что психофармакотерапия и стандартная кризисная психотерапия приводит к редукции симптомов депрессии на стационарном этапе лечения, не оказывая влияния на длительность ремиссии.

Выводы

При исследовании в соматопсихиатрическом отделении пациентов, совершивших суицидальные попытки, была выявлена значительная распространенность среди них расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Эти данные были учтены при проведении психотерапии. Для диагностики и психотерапии использовался тест ЛС, созданный на основе психогенетической модели личности, что позволило выделить группы пациентов с типичными профилями, каждая из которых требовала специфической психотерапевтической тактики. Дифференциация психотерапии и разработка индивидуальных психотерапевтических программ проводилась в зависимости от результатов диагностики, личностного профиля, имеющихся психопатологических расстройств, суицидальных механизмов и уровня социальной адаптации. Такая дифференцированная психотерапия суицидентов оказалась эффективной у 81% пациентов в основной группе по сравнению с 23% в контрольной группе, что было подтверждено клиническим наблюдением за состоянием пациентов перед выпиской. Согласно данным катamnестического обследования, наблюдалась достоверная разница между основной и контрольной группами, где положительная динамика встречалась соответственно в 73 и 37,5% случаев.

Список литературы

1. Амбрумова А.Г. Рекомендации по профилактике суицидального поведения — М.: Медицина, 1980. — 32 с.
2. Булатников А.Н. Групповая континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1995. — 24 с.
3. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1993. — 175 с.
4. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия: Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001. — 344 с.
5. Валентик Ю.В., Епифанова Н.М., Чобану И.К., Петрова С.Н. Личностный тест в диагностике, лечении и социально-психологической реабилитации больных, совершивших аутоагрессивные действия // Вызовы эпохи: сб. материалов межрегиональной научно-практической конференции. — Казань, 2004. — С. 9—12.
6. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. — М.: Медицина, 2003. — 278 с.
7. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Роль клинической суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения. Доклад на заседании РАМН. — М., 2005.
8. Ефремов В.С. Основы суицидологии. — СПб.: Диалект, 2004. — 298 с.
9. Лопатин А.А. Суициды и парасуициды: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2000. — 26 с.
10. Макаров В.В. Макарова Г.А. Транзактный анализ — точная версия. — М.: Академический проект, ОППД, 2002. — 496 с.
11. Напрасная смерть. Причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Васерман. — М.: Смысл, 2005. — 312 с.
12. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М.: Когито-центр, 2005. — 376 с.
13. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. — М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 208 с.
14. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Пер. с англ. — М.: Смысл, 2001. — 318 с.
15. Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна. / Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003. — 416 с.
16. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-центр, 2005. — 214 с.
17. Mann J.J., Wateraux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // Am. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 181—189.
18. Wasserman D. Alcohol and suicidal behavior // Nordic J. Psychiatry. — 1993. — Vol. 47. — P. 265—271.

PSYCHOTHERAPY OF SUICIDENTS WITH ADDICTIONS TOWARDS PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

CHOBANU I.K.

scientific researcher, Department for crisis conditions and psychosomatic disorders,
Scientific Institute for Emergency Medicine named after N.V. Sklifosovsky, Moscow

VALENTIK Y.V.

Dr.Med.Sci., Professor, head of the narcology department Russian Medical Academy for Postgraduate Education, Moscow

EPIFANOVA N.M.

Dr.Med.Sci., Professor, Head of Department for crisis conditions and psychosomatic disorders,
Scientific Institute for Emergency Medicine named after N.V. Sklifosovsky, Moscow

This article deals with a problem of treatment of patients who committed suicidal attempts and who suffer from addictions towards psychoactive substances. A psychogenetic model of personality was used for diagnostic and psychotherapy. A test for personality statuses was created. There are different groups with special profiles described. Principles of differentiation of psychotherapy are considered. An effectiveness of differentiated psychotherapy is proved by statistical data about conditions of patients on discharge and data of follow-up.