

Крім того, це, як правило, призводить до виникнення коморбідних психічних розладів невротичного рівню (тривожних, депресивних, тривожно-депресивних, фобічних), формування агресивних форм зовнішньої поведінки, високого суїцидального ризику та/або алкоголізації (наркотизації), соціальної дезадаптації.

Враховуючи вищезазначене, можна стверджувати, що розроблення й впровадження системи психопрофілактичних заходів стосовно превенції розвитку порушень сексуальності у молоді є важливою ланкою в загальній системі профілактики аутоагресивної поведінки у молоді.

УДК 616.17-008.1:616.831-005.]-08

**ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ
У ПАЦІЄНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ
РОЗЛАДАМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОГО СПЕКТРУ,
КОМОРБІДНИМИ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПІЯ**

*М. В. Маркова, В. В. Бабич, Н. М. Степанова,
С. А. Бахтіярова, І. О. Лисенко*

*Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України (м. Київ)*

За даними ВООЗ, поширеність неспсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектру (НПРТДС) в 90-ті роки ХХ століття в розвинених країнах Європи й США склала 5—10 % у порівнянні з 0,4—0,8 % до початку 60-х років. Таким чином, протягом ХХ століття практично в усіх розвинених країнах миру було зареєстровано екстенсивне зростання НПРТДС і на теперішній час спостерігається тенденція подальшого його зростання. Менш ніж за 90 років кількість депресивних та/або тривожних хворих, що проходили стаціонарне лікування, збільшилася з 8 % в 1914 р. до 34 % в 1996 р. У той же час у пацієнтів, що одержують яку-небудь медичну допомогу амбулаторно, НПРТДС можна виявити в 65 % випадків. До того, на сучасному етапі провідними науковцями відмічається наявність патоморфозу НПРТДС. Так, тридцять років тому НПРТДС здавалися гострою хворобою з типовим виходом в повне одужання. На теперішній час перспективні дослідження показали рецидивуючий та хронічний перебіг НПРТДС. У 50—85 % випадків за першим епізодом реєструються повторні. Через декілька років у однієї третини пацієнтів зберігається симптоматика депресії. Смертність при НПРТДС майже збігається з такою при серцево-судинних захворюваннях (ССЗ).

Коморбідність з НПРТДС підвищує втричі ризик смерті при нестабільній стенокардії в перший рік та в чотири рази — в перші 3 місяці після інфаркту міокарду. Підвищення ризику смерті (більше у чоловіків) пов'язано як з підвищенням агресії тромбоцитів та змінами вегетативного тону, так і, опосередковано, з поганим доглядом за собою, курінням, вживанням алкоголю, порушенням режиму лікування. Відомо, що хворі цієї категорії мають значні проблеми в отриманні допомоги у зв'язку з стигматизацією хвороби та лікування. Таким чином, «актуальна чисельність» хворих НПРТДС в Україні сягає 6—7 % населення, але допомогу отримують не більше 10 % від цієї кількості пацієнтів. Рівень виявлення НПРТДС у загальносоматичній мережі вкрай низький, в той час як у розвинених країнах він сягає 45—90 %

Одним із найнебезпечніших проявів НПРТДС є суїцидальні наміри і дії. Згідно з даними різних авторів,

до 15—18 % депресивних хворих роблять суїцидальні спроби. Суїциди підвищують рівень смертності при НПРТДС у 30 разів порівняно із загальною популяцією.

Проведений нами більш ніж п'ятирічний аналіз клінічної картини НПРТДС, коморбідних з ССЗ (артеріальною гіпертензією або інфарктом міокарду) у 427 пацієнтів, довів наявність патогномонічних особливостей клініки вищезазначених психічних порушень порівняно з безпосередньо НПРТДС. Ці відмінності відбиваються як в нозологічній структурі (F 41.2 — 49 %, F 41.1 — 19 %, F 43.22 — 14 %, F 43.1 — 10 %, F 40.0 — 6,5 %, F 43.21 — 1,5 % у пацієнтів за умови коморбідності захворювань та F 48.0 — 33,3 %, F 40.0 — 20, 0 %, F 41.2 — 29,0 %, F 40.2 — 4,5 %, F 41.0, F 43.0, F 43.1, F 43.2, F 43.20, F 45.4 — по 2,2 % відповідно у хворих на НПРТДС без соматичної патології) і в клінічному змісті (вища частота виникнення та вираженість окремих симптомів — дратівливої слабкості, $p < 0,01$, соматичної гіперестезії, $p < 0,01$, емоційної лабільності, $p < 0,05$, нав'язливих пригадувань, $p < 0,05$, суїцидальних думок, $p < 0,05$), так і в емоційному стані (під час аналізу емоційного стану обстежених за Н. О. Марутою (2000) у хворих з поєднанням соматичної і психічної патології, на відміну від осіб суто із НПРТДС, має місце переважання таких емоцій, як тривога, смуток, засмучення, образа, жаль, досада, гнів, смуток, нудьга, сором, незадоволеність собою, гіркота, $p < 0,05$).

До того ж, треба зазначити, що у пацієнтів з НПРТДС, коморбідними з ССЗ, нами вперше був виявлений вельми специфічний спосіб реалізації суїцидальних намірів, який у 43 (10,1 ± 3,0 %) хворих мав вигляд ідеаторного розроблення сценарію, а у 16 (3,7 ± 1,9 %) хворих був у вигляді початку його реалізації — це відмова від вживання антигіпертензійної терапії з метою прискорення смерті. Взагалі для хворих з ССЗ, коморбідними з НПРТДС, більш ніж в половині випадків було характерним «скептичне» ставлення до результативності терапії соматичного захворювання і як результат — постійні порушення приймання препаратів, які були призначені для лікування соматичної патології.

З урахуванням виявлених особливостей, в рамках клінічної програми лікування НПРТДС, коморбідних з ССЗ, нами розроблені та впроваджені психотерапевтичні заходи, які склалися з двох блоків, спрямованих на застосування на різних етапах надання спеціалізованої медичної допомоги: стаціонарному та амбулаторному. На стаціонарному етапі досягалось вироблення комплайенсу, формування адекватного ставлення до хвороби та активної мотивації щодо лікування як ССЗ, так і НПРТДС шляхом проведення короткострокової психотерапевтичної інтервенції в малій групі пацієнтів (після діагностичної процедури — 2—3 групових заняття). Мішенню психотерапевтичних впливів на амбулаторному етапі були індивідуальні особистісні властивості та значущі макро- і мікросоціальні чинники виникнення НПРТДС, що досягалось за допомогою активної короткострокової індивідуальної диференційованої психотерапії (перший крок), яка в подальшому переходила у суппортивну (другий крок).

Треба зазначити, що регрес клініко-психопатологічної симптоматики супроводжувався і зміною ставлення хворих до «перспектив» соматичної терапії. Практично в усіх пацієнтів зникло бажання здійснити суїцид шляхом невиконання терапевтичних рекомендацій стосовно ССЗ, а у 86,2 % — факти невиконання режиму терапії основного захворювання.