

(совершение суицидальной попытки или завершеного суицида пациентом стационара или состоящим на диспансерном или консультативном учете) и стандарт отчета об этих случаях. Медицинский персонал должен четко соблюдать установленный «Стандартом» порядок действий и документировать его. Только в этом случае, возможно создание юридически корректного и обоснованного механизма оценки, проверки и анализа действий медицинского персонала в каждом конкретном случае.

Вышеизложенные факты, а также существующая нормативно-правовая база (поручение Премьер-министра Украины от 12.03.2003 г. № 14494 к поручению Президента Украины от 06.03.2003 г. № 1-1/252 в отношении ускорения разработки и внедрения протоколов лечения) свидетельствуют о необходимости создания клинических протоколов оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами с суицидальным поведением.

УДК 616.89-008.444.9-053.6

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БЕСПРИЗОРНЫХ ПОДРОСТКОВ

Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскура, Д. А. Мителев, С. Н. Цильорик

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины» (г. Харьков)

Состояние здоровья детей и подростков за последнее десятилетие в Украине свидетельствует о значительном возрастании психических заболеваний, агрессивности, бродяжничества, деструктивного поведения. Известно, что деструктивное поведение тесно связано с такой базовой характеристикой, как агрессия. Гнев и тревога являются базальными эмоциями, зависящими от иерархически организованных структур мозга, они усиливают действие эмоциогенных стимулов.

Наименее изученной проблемой детской психиатрии является определение состояния психического и психологического здоровья у детей-беспризорников.

Целью данной работы явилось изучение структуры агрессивного и аутоагрессивного поведения у беспризорных подростков. Было обследовано 78 подростков, временно находившихся в социальном приюте, с использованием возрастного, гендерного, психологического, социального и феноменологического подходов. В основу изучения структуры девиантного поведения у подростков разных популяционных групп была положена концепция В. Д. Менделевича.

У всех подростков-беспризорников установлены различные варианты девиантного поведения, среди которых доминировали агрессивное поведение (100,0%), бродяжничество (100,0%), реакции группирования (96,2%), безнравственное поведение (91,0%). В структуре агрессивного поведения у большинства исследуемых подростков регистрирована раздражительность, обида (с достоверным преобладанием у девочек), чувство вины (с доминированием у мальчиков). Независимо от гендерной принадлежности исследуемых, регистрирована физическая агрессия — у 46,8% мальчиков и у 41,9% девочек.

Значимой формой агрессивности, определяющей девиантное поведение у подростков-беспризорников, является агрессия как состояние (тест Ч. Спилберга),

значение которой достоверно превышает показатель нормы (15,2% и 10,8% соответственно). Для мальчиков показатели враждебности, конфликтности, агрессивности и негативизма (тест «Дом — дерево — человек») достоверно выше, чем у девочек той же группы. Аутоагрессивное поведение (в виде суицидальной настроенности) отмечалось в 26,5% случаев (17,0% у мальчиков и 38,7% у девочек). Мотивационно-побудительный вектор носил преимущественно неопределенный характер и больший удельный вес компонентности суицидального поведения составлял эмоциональный по сравнению с когнитивным.

Определена информативность факторов, оказывающих статистически достоверное и наиболее интенсивное воздействие на формирование девиантного поведения, включая агрессию и аутоагрессию, у подростков-беспризорников (рейтинг-шкала социальных, психологических и биологических факторов): деструктивный образ жизни родителей с хронической межличностной конфликтностью (0,3397), низкий уровень материальной обеспеченности семьи (0,3372), бытовой алкоголизм родителей (0,3221), задержка психического развития (0,3318), высокий психологический риск социальной дезадаптации (высокий уровень тревоги; высокий уровень поисковой активности в сфере девиантных интересов; негативные эмоциональные переживания) (0,3318), фактор многодетной семьи (0,3115), церебрально-органическая недостаточность (0,900).

Полученные данные могут быть использованы при формировании социальных, медицинских, психологических программ профилактики суицидального поведения у подростков-беспризорников.

УДК 616.89-008.444.9-053.9-07

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ДЕПРЕСІЯМИ

Т. В. Панько, Л. В. Малюта, О. С. Черediaкова
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать про неухильне зростання депресивних розладів у різних вікових групах, серед яких найбільш уразливими є хворі похилого віку (9,00—30,00%). Саме в цьому віці діагностика депресивних розладів ускладнена атипичною клінічною картиною та коморбідністю з різноманітними соматоневрологічними захворюваннями. Атипичний перебіг депресивних розладів у похилому віці призводить до несвоєчасного лікування, ускладнення клінічної картини, формування затяжних депресивних розладів, виникнення суїцидальної поведінки.

У рамках дослідження вікового патоморфозу депресивних розладів було проведено обстеження 73 хворих на ендогенні депресивні розлади (F 32.1, F 33.1) похилого віку (віком старше 60 років) та 67 хворих середнього віку (віком від 35 років до 55 років).

У результаті проведених досліджень встановлено, що психопатологічна картина ендогенних депресивних розладів у обстежених хворих характеризувалась наявністю афективних розладів, особистісних переживань, когнітивних порушень, соматичних проявів. Клінічні прояви депресивних розладів у осіб похилого віку частіше починались з соматичних симптомів з боку серцево-судинної системи, внутрішніх органів тощо, які супроводжуються емоційними порушеннями.

У осіб середнього віку захворювання починається саме з емоційних порушень, соматичні симптоми виникають пізніше. Афективні розлади характеризувались наявністю зниженого настрою, тривоги, відчуття туги, плаксивості, байдужості, емоційної лабільності, дратівливості. Особистісні переживання характеризувались наявністю відчуття провини, непотрібності близьким, відсутності перспективи у майбутньому, емоційної вразливості, зниженою впевненістю у собі, втрати емоційного відгуку. Достовірно частіше у хворих похилого віку спостерігались відчуття провини (58,33 %), непотрібності близьким (44,44 %), відсутності перспективи у майбутньому (63,88 %), емоційної вразливості, втрати емоційного відгуку (55,55 %). Для хворих середнього віку характерне достовірне переважання особистісних переживань у вигляді зниження впевненості у собі (81,81 %). Специфіка особистісних переживань свідчить про більшу фіксованість хворих похилого віку на зниженні соціальної активності та попиту в оточуючому середовищі, а у хворих середнього віку — на побуюваннях втратити те, що вони мають — роботу, сім'ю, задоволення, можливості.

Виявлені афективні прояви та, особливо, особистісні переживання у вигляді відчуття непотрібності близьким, відчуття, що вони стали тягарем для своїх близьких, відчуття провини перед близькими в осіб похилого віку супроводжувались суїцидальними думками, намірами у 69,44 % (в порівнянні з контрольною групою — 24,24 %). Високий рівень суїцидальної поведінки підтверджувався не тільки клінічними результатами, але й психопатологічними дослідженнями. Так, за результатами методики СВСП — «Спосіб визначення суїцидального ризику» у пацієнтів похилого віку були зафіксовані значно вищі показники рівня суїцидального ризику ($27,57 \pm 6,57$), ніж у групі хворих середнього віку ($24,23 \pm 5,69$). Відмінності статистично значущі за критерієм Стьюдента ($p \leq 0,05$) та свідчать про більш високу внутрішню напругу, відчуття безвихідності і безнадійності власного життя, що підвищує можливість скоєння суїцидів серед осіб похилого віку з депресивними розладами.

Таким чином, депресивні розлади в осіб похилого віку характеризуються певною специфікою афективних порушень та особистісних переживань, які обумовлені сукупністю психопатологічних, особистісних, соціальних та вікових факторів.

Отримані дані необхідно враховувати під час діагностики, лікування та профілактики ризику суїцидів депресивних розладів у осіб похилого віку.

УДК 616.89.008.44

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ КРИЗИС КАК ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СУИЦИДОГЕНЕЗА

Г. Я. Пилягина¹⁾, В. Э. Семенцук²⁾, С. А. Чумак²⁾

¹⁾ Национальная медицинская академия им. П. Л. Шупика,

²⁾ Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

Последнее десятилетие высокий уровень аутоагрессивного поведения (АП) в Украине сохраняется. Научные исследования в суицидологии, как и лечение суицидентов, в настоящее время по-прежнему остается прерогативой психиатров. Однако АП — мультидисциплинарная проблема. При этом патопсихологические аспекты суицидогенеза — личностная незрелость, нарушения механизмов приспособления, уязвимость

антисуицидального барьера, аутодеструктивные паттерны поведения, неадекватность социальных компетентностей индивидуума — играют важнейшую роль в становлении манифестных форм АП. Соответственно, для выработки адекватных и эффективных методов лечения саморазрушающей активности, безусловно, необходимо понимание его патопсихологической основы с последующим применением данных знаний в комплексной терапии АП. К патопсихологической основе суицидогенеза и становления «суицидальной карьеры» мы относим различные формы и проявления экзистенциального кризиса (ЭК).

Цель нашего исследования: изучение феноменологических характеристик экзистенциального кризиса как патопсихологической основы манифестации внешних форм аутоагрессивного поведения у суицидентов с первичными и повторными агрессивными действиями (АД), его влияния на процесс становления «суицидальной карьеры».

Рабочая гипотеза исследования: становление клинически манифестных внешних форм АП обуславливается взаимопотенцированием патопсихологических проявлений ЭК личности и декомпенсацией психопатологических расстройств в суицидогенном конфликте, запускает дополнительные деструктивные формы преодолевающего поведения. Именно ЭК личности реализуется в закреплении аутодеструктивных форм преодолевающего поведения. Следовательно, адекватная и эффективная терапия АП должна включать исследование особенностей ЭК, а его появления — основная терапевтическая мишень суицидальной психотерапевтической интервенции.

На базе Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи проведено рандомизированное исследование 210 суицидентов (124 суицидента с первичными АД и 86 — с повторными). Пациенты осматривались в ближайшем постсуицидальном периоде (1—5 дней после осуществления АД). Нами были изучены феноменологические характеристики ЭК в рамках полуструктурированного интервью с помощью разработанной диагностической карты исследования суицидента, а также с помощью специально подобранной батареи методик было осуществлено патопсихологическое исследование 100 суицидентов с первичными и 60 — с повторными АД. При проведении тестового исследования использовались методики: тест депрессии А. Бека (Beck A., 1969); тест исследования психологических защит Р. Плутчека — Х. Конте (Life-style index; Plutchik R., Conte H. 1989), тест смысло-жизненных ориентаций Д. Леонтьева (СЖО; Леонтьев Д., 2003).

Согласно полученным результатам, у всех исследованных суицидентов были выявлены выраженные феноменологические характеристики ЭК. К ним можно отнести выраженные и тяжело переживаемые пациентами ощущения безнадежности, беспомощности, ненужности, непонимания, отвержения и одиночества, а также качественные нарушения волевых процессов с искаженным осмыслением актуальной суицидогенной ситуации, паттернами эскапизма на фоне субъективного неприятия своего настоящего и возможного будущего.

Однако процесс становления «суицидальной карьеры» существенно влияет на углубление ЭК с нарастанием психологической уязвимости личности и закреплением саморазрушающих паттернов преодолевающего поведения.