

аутоагресивної активності являються те или иные порушення в функціонуванні системи среда — человек. Какие-либо патологические изменения адаптационных возможностей человека в сложившейся экстремальной ситуации (в ситуации суицидогенного конфликта) непосредственно могут повлечь за собой суицидогенез.

Нами было проведено комплексное обследование 56 больных, обоего пола, в возрасте 18—35 лет, с депрессивными расстройствами (F41.2, F43.21), развившимися вследствие экстремальных событий, в структуре которых выявлены различные формы суицидального поведения. Контрольную группу составили 30 больных с аналогичными формами патологии, в возрасте 18—35 лет, без признаков суицидального поведения.

На основе данных клинико-психопатологического исследования были выделены тревожный, астенический, астено-апатический и меланхолический варианты депрессивных расстройств.

Результаты биохимических исследований показали, что у пациентов с суицидальным поведением наблюдается повышение концентрации серотонина в крови, уменьшение уровня мелатонина в плазме крови, повышение уровня кортизола в плазме крови и снижение уровня адреналина и повышение уровня норадреналина в плазме крови, а также повышение уровня АСР1 (эритроцитарной кислой фосфатазы) в плазме крови. Базируясь на полученных данных, можно обоснованно предположить, что дисбаланс нейротрансмиттерных и нейрогормональных систем влияет на формирование суицидального поведения. Снижение содержания и, как следствие, функции мелатонина, нарушение его соотношения с серотонином, кортизолом и катехоламинами создает нейрогормональный фон для истощения этого звена адаптации в результате стресса. Вследствие чего пациенты неспособны выйти из конфликтной ситуации путем адаптивного варианта ее решения, поскольку не имеют метаболического ресурса для ее преодоления.

Выявленное повышение уровня АСР 1 может свидетельствовать о повышенной экспрессии соответствующего гена и, в свою очередь, рассматривается как фактор регулирования суицидального поведения.

Полученные в ходе работы данные позволили нам разработать модель формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста с депрессивными расстройствами. Как показали результаты нашего исследования, прогностически значимыми в формировании суицидального поведения являются тревожный и астенический варианты депрессивных расстройств, высокие показатели по клиническим шкалам тревоги и депрессии, низкий уровень самосознания смерти, отягощенный суицидологический анамнез.

Базисом для формирования суицидальной угрозы являются высокий уровень ангедонии, внутреннего напряжения с невозможностью расслабиться, импульсивность, проблемы межличностных коммуникаций, отсутствие метаболического ресурса для преодоления психотравмирующей ситуации.

Триггерами суицидального поведения являются фрустрации значимых базовых потребностей, охваченность переживаниями острого горя с сужением когнитивных функций и доминированием содержания психической травмы в сознании, дисбаланс в системе АСР 1 — ген/продукт.

На основании полученных в ходе работы данных была разработана и апробирована программа дифференцированной профилактики суицидального поведения у больных с депрессивными расстройствами.

УДК 616.85-039-003.96-071:001.8

*Г. М. Кожина, М. В. Маркова,
В. Б. Михайлов, Д. А. Фельдман*

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Клінічні особливості невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб

Згідно з керівними принципами Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй у справах біженців (УВКБ ООН) з питання про переміщення осіб усередині країни, внутрішньо переміщені особи визначаються як люди або групи людей, які були змушені рятуватися втечею, покинути свої будинки, місця проживання, через або для того, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуації загального насильства, порушень прав людини або стихійних лих/техногенних катастроф, і які не перетнули міжнародно визнаний державний кордон країни.

Станом на 21 травня 2015 року УВКБ ООН має інформацію про 1 299 800 внутрішньо переміщених осіб, ці дані надані Міністерством соціальної політики України. Оскільки процес становлення централізованої системи реєстрації досі триває, реальна кількість осіб, переміщених всередині країни, може бути вищою.

У ході роботи нами, з метою вивчення клінічних особливостей невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб, проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження 97 внутрішньо переміщених осіб у волонтерському центрі, розташованому на центральному вокзалі міста Харкова.

Як показали результати дослідження, у 75,9 % внутрішньо переміщених осіб спостерігалися порушення адаптації: пролонгована депресивна реакція (F 43.21) та розлади адаптації з перевагою порушень інших емоцій (F 43.23), в клінічній картині яких домінували пригніченість настрою та почуття туги, тривоги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, астеничні симптоми, різноманітні страхи і побоювання, астеничні прояви і вегетативні пароксизми.

Результати психодіагностичних досліджень виявили, що у чоловіків показники реактивної тривоги (середній бал — $37,7 \pm 3,0$), були вищі, ніж показники особистісної тривожності (середній бал — $32,6 \pm 2,9$). Навпаки, у жінок показники особистісної тривожності (середній бал — $38,6 \pm 2,9$) були вищі, ніж показники реактивної тривоги (середній бал — $34,7 \pm 3,0$). Вираженість депресивної симптоматики також незначно переважала у жінок. Середній бал за шкалою Гамільтона у чоловіків становив $17,0 \pm 2,3$ бали, у жінок — $18,0 \pm 2,3$ бали.

Результати обстеження за шкалою якості життя не виявили істотних відмінностей у чоловіків і жінок. Найнижче за все були оцінені шкали «Психоемоційний стан», «Міжособистісна взаємодія», «Загальне сприйняття якості життя».

Базуючись на отриманих даних, нами розроблена система медико-психологічної підтримки та корекції невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб.