

Таким чином, рівень самооцінки, критики та наявність суїцидальних тенденцій, виступаючи вагомими чинниками, які приводять до обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності, повинні в умовах МСЕ досліджуватися більш глибоко.

УДК 616.89-008.444.9:616.891-053.6

АГРЕСІЯ ТА АУТОАГРЕСІЯ У ПІДЛІТКІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Т. Ю. Проскуріна, Е. А. Михайлова, Д. А. Мітельов
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
АМН України» (м. Харків)

Останнє десятиріччя характеризується кардинальними змінами, що зумовлені політичною трансформацією нашої держави, змінами в ньому виробничих та соціально-економічних відносин, у системі морально-етичних цінностей та орієнтирів, різким зниженням рівня життя загальної маси населення. Незважаючи на успішність розроблення проблем психічного здоров'я дітей та підлітків, її актуальність зростає в зв'язку з різким збільшенням поширеності психічних розладів з проявами девіантної поведінки.

Як відомо, девіантна поведінка може мати різну структуру та динамічні характеристики, формуватися як ізольоване явище, або як явище групового порядку, поєднувати в собі декілька клінічних форм, бути стійкою або нестійкою, мати різну спрямованість та соціальну значущість.

У практичній підлітковій психіатрії все частіше спостерігаються такі поведінкові залежності як фанатизм, ігроманія, комп'ютерна залежність, парасуїцидальна поведінка. Ці проблеми мають як медичне, так і соціальне значення, тому що девіантна поведінка формує тотальну психосоціальну дезадаптацію в юному віці.

Одним з найбільш значущих теоретичних та практичних питань девіантної поведінки є діагностика агресії та аутоагресії, суттю якої є розроблення об'єктивних та достовірних діагностичних критеріїв та кваліфікація їх як психологічних феноменів або психопатологічних симптомів.

Метою дослідження було вивчення агресивної та аутоагресивної поведінки у 276 підлітків з невротичними розладами. Нами розроблена мультимодальна карта обстеження, яка включає такі блоки: соціодемографічних показників, реєстру актуальних варіантів девіантної поведінки, соматичних, неврологічних і психічних захворювань, психологічних показників (опитувальник Ч. Спілбергера щодо оцінки агресії як стану, як властивості темпераменту, як реакції, аутоагресія, гетероагресія та контроль агресії; тест «Будинок — дерево — людина», методика «Рівень співвідношення «цінності» та «доступності» у різних життєвих сферах»).

Агресивність зареєстрована у 72,5 % підлітків з невротичними розладами з домінуванням дратівливості, негативізму, ворожості, вербальної та непрямой агресії. У 5,4 % підлітків з невротичними розладами виділений варіант аутоагресивної поведінки (суїцидальні думки і вислови) з достовірним переважанням у дівчат, порівняно з хлопчиками (9,2 % і 0,8 %, відповідно, $p < 0,01$). Аутоагресивна поведінка у підлітків з невротичними розладами відрізнялася інфантильністю, пошуками нетрадиційних способів надання шкідливої дії на близьке оточення і привертання уваги дорослих або однолітків.

Отримано достовірний високий кореляційний зв'язок ($r = 0,62$) депресивного симптомокомплексу з варіантом аутоагресивної поведінки у підлітків.

У роботі було проаналізовано і частоту агресивної поведінки залежно від нозологічної форми невротичного розладу. Так агресивність вірогідно частіше реєструвалася у підлітків з депресивним невротичним розладом (у 85,3 %) та неврастенією (у 81,6 %) порівняно з тривожно-фобічним розладом (у 25,5 %). Аутоагресивну поведінку вірогідно частіше реєстровано у підлітків з депресивним невротичним розладом. У підлітків з невротичними розладами показник контролю агресії достовірно нижче нормативного показника. Серед чинників, що детермінують агресивну та аутоагресивну поведінку, виділено високий рівень емансипації, внутрішньоособистісні суперечності у зв'язку з вираженою агресією і відсутністю гнучкості, психологічна схильність до делінквентності, конфліктність з батьками, помірна церебрально-органічна недостатність, чинник тривожності, реакція групування, чинник неповної сім'ї.

Методологічний підхід дозволяє визначити біологічні, психологічні і соціальні детермінанти порушених форм поведінки у підлітків з невротичними розладами та визначити напрямки терапії та психопрофілактики.

УДК 616.89-008.441.44-07-036.2:614.87

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СУІЦИДАЛЬНИХ СПРОБ ТА ЗАВЕРШЕНИХ СУІЦИДІВ ПО ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 1994—2004 рр.

В. О. Рудь
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
(м. Полтава)

Для дослідження клініко-епідеміологічних особливостей суїцидальної активності з урахуванням хронобіологічних чинників по Полтавській області вивчено деякі медико-соціальні показники суїцидальних спроб, скоєних протягом 1994—2004 рр., та порівняно їх з показниками завершених самогубств за цей же період.

Серед парасуїцидентів було 906 (46,47 %) чоловіків та 1044 (53,53 %) жінки (1 : 1,15).

Порівняльний аналіз суїцидальних спроб та завершених самогубств показав, що динаміка останніх мала тенденцію до поступового повільного зростання з незначним піком у 1997 році, тоді як частота суїцидальних спроб мала зворотну динаміку у вигляді поступового зменшення.

Серед осіб, що здійснили спробу самогубства, мешканців міст було 1394 (71,48 %) особи, мешканці в сільській місцевості — 556 (28,52 %) осіб.

Аналізуючи розподіл суїцидальних спроб за віковими групами та порівнявши їх з аналогічними показниками завершених самогубств, з'ясували, що суїцидальні спроби переважно здійснювались у віці від 14 до 30 років (54,96 %), в той час як завершені самогубства найчастіше скоювали особи від 51 року і старше (53,15 %). Частота суїцидальних спроб різко наростала після 14 років і, досягнувши максимуму у віковій групі 21—30 років, поступово знижувалась. Завершені самогубства мали іншу вікову динаміку: вони повільно і поступово зростали від молодших до старших вікових груп.

Вивчення сезонної залежності завершених суїцидів та суїцидальних спроб показало, що їхня динаміка виявилась достатньо схожою. Так, вона помірно знижується від січня до лютого з подальшим підйомом у березні-квітні. Однак пік завершених суїцидів припадає на травень (11,00 %), у той час як найвищий рівень спроб самогубства спостерігається в квітні (9,70 %), а в травні він навпаки знижується. У червні завершені суїциди та спроби самогубства мають зворотний характер: рівень завершених самогубств помірно зменшується, а парасуїцидальних дій — зростає.

Таким чином, дані зіставлення епідеміологічних показників завершених самогубств та суїцидальних спроб у регіоні за 11 років демонструють протилежну динаміку — зростання кількості суїцидів та зниження парасуїцидальних дій. Спроби самогубства частіше здійснюють жінки, однак, переважання їх над чоловіками не є високим. Різняться завершені самогубства та суїцидальні спроби й за віковим розподілом: серед парасуїцидентів домінують молоді особи (від 14 до 30 років), в той час як серед тих, що здійснили завершене самогубство, переважають особи похилого та старечого віку. Сезонна динаміка завершених самогубств та суїцидальних спроб має подібний характер, однак, відрізняється менш різкими підйомами та спадами парасуїцидальної активності. Можна вважати, що парасуїциденти та суїциденти складають дві окремі популяції, що частково перекриваються, причому істотно відрізняються вони за найбільш стабільними в часі показниками віку та статі.

УДК 616.85:616.1/.4:616.839

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ОБСТАВИН ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ

О. Є. Семікіна, Т. В. Канцедал

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Психотравмуюча ситуація має велике значення для формування невротичного зриву. Під час збігу певних зовнішніх умов з особистісними особливостями і специфікою світогляду людини може розвинути інтрапсихічний конфлікт, який є основою невротичного розладу.

В роботі було проведено детальне вивчення психотравмуючих ситуацій, що сприяли розвитку соматоформної вегетативної дисфункції (СВД) (F 45.3) у 61 хворого.

Як в цілому характерне для всіх невротичних розладів, серед хворих на СВД найчастіше область психотравмуючої ситуації стосувалася сімейних відносин. Разом з тим, нами було виявлено, що ефективність терапевтичної корекції була пов'язана з певними особливостями психотравми. Лікування хворих з патологією, що вивчається, зазнавало ускладнень у ситуаціях, коли негаразди, які турбували хворого, стосувалася і сімейних відносин (60,0 % хворих), і професійної діяльності (29,9 %), а також питань власного здоров'я, тобто спостерігалася генералізація психотравми, вона розповсюджувалася на декілька важливих галузей існування особистості.

Для хворих на СВД ми виявили таку важливу причину розвитку хвороби, як стан власного здоров'я

(51,6 %). Розвиток вегетовісцерального пароксизму як причину хвороби відмічали 35,5 % хворих. Причому, особливо несприятливою прогностичною ознакою щодо ефективності терапії є сполучення складних сімейних відносин та негаразди, пов'язані з власним здоров'ям. Комплексний характер психотравми ми спостерігали у 73,3 % хворих ефективність лікування яких була недостатня.

Для хворих з соматоформною вегетативною дисфункцією дуже актуальним був стан власного здоров'я. Особистість хворого має провідне значення для успішності лікування. Чим більший ступінь гармонійності та адаптивності особи, тим легше їй подолати емоційні проблеми. Під час детального вивчення цього аспекту ми з'ясували, що особистісні акцентуації істероїдного кола, а також вираженість епілептоїдних рис характеру суттєво обмежує можливості психотерапевтичної корекції у хворих на СВД. Вказані особливості особистості були виявлені у 53,3 % хворих, у яких ефективність лікування була недостатньою.

Для вивчення кола психічної травматизації ми використовували Опитувальник Колер — визначення ступеня задоволеності хворим своїм функціонуванням у різних сферах життя. Результати аналізу подано у таблиці.

Джерело труднощів у головних сферах життя у хворих на СВД

Показник	Середній показник (вираженість у балах)
Джерело труднощів:	
— у подружньому житті	45,4 ± 5,6
— у взаємовідносинах з родичами	34,1 ± 9,7
— у професійній сфері	19,9 ± 11,8
— у соціальній сфері	23,1 ± 10,0

За результатами оцінки джерела труднощів у різних сферах життя необхідно відмітити, що найбільш значущими для хворих на СВД виявились сімейні відносини. Хворі підкреслювали такі внутрішньосімейні негаразди, як невірний розподіл сімейних обов'язків, негаразди через різне ставлення до грошей.

Професійна діяльність обстежених нами хворих також мала суттєвий вплив на формування хвороби. Пацієнти частіше як причину стресу виділяли конфліктні відносини із керівниками та колегами, а також підлеглими, незадоволеність фінансовим станом.

Вивчення ускладнень у соціальній сфері показало, що найбільше значення цьому аспекту діяльності приділяли самотні пацієнти.

Особливостями психотравмуючих обставин у хворих був той факт, що область психотравми не була чітко визначена. Проблеми стосувалися декількох сфер функціонування хворого. Проблеми виникали і в сімейних стосунках, і в професійній діяльності, а також у спілкуванні з родичами. Причому, необхідно підкреслити, що частіше хворі як причину нервового зриву відмічали конфліктні стосунки і в сім'ї, і на роботі, і у відносинах з родичами. Окрім того, велике значення хворі приділяли питанням матеріального благополуччя, а емоційно-психологічні питання не вважали суттєвими.

Таким чином, вказані особливості психотравмуючих обставин мають негативний вплив на можливості терапевтичної корекції і повинні бути враховані під час проведення психотерапії. Це дозволить підвищити якість лікування хворих на СВД.