

О.В. Погорелко
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ І СПЕЦИФІКА РЕАЛІЗАЦІЇ
АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня імені О.Ф. Мальцева, м. Полтава

З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2010–2013 років на базі дитячого психіатричного відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева було обстежено 100 підлітків віком від 14 до 17 років зі змішаними розладами емоцій і поведінки F92, серед них у 50 осіб виявлено прояви аутоагресивної поведінки у вигляді суїцидальних думок, задумів, намірів, рішень (36 осіб, 72%) або суїцидальної спроби в анамнезі (14 осіб, 28%).

На основі встановлення клініко-феноменологічних особливостей аутоагресивної поведінки у даного контингенту, біологічних, психосоціальних і психологічних факторів ризику її розвитку розроблено програму лікування, психокорекції та психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків, створену з урахуванням загальних особливостей підліткового контингенту, а також специфіки чинників, що мають місце у осіб зі змішаним розладом емоцій і поведінки, є багаторівневою, орієнтованою на новітні психопрофілактичні тенденції і технології, що робить її універсальною для різних контингентів підлітків.

Ключові слова: аутоагресивна поведінка, підлітки, психопрофілактика, психокорекція.

Аутоагресивна поведінка (АП) є нині однією з серйозних проблем охорони здоров'я в усьому світі: за останні 45 років показники поширеності АП збільшилися на 60%, на сьогодні по причині суїциду щороку помирає майже один мільйон осіб. Це ставить АП на десяте місце серед провідних причин смерті в усьому світі, а у віковій категорії від 15 до 44 років – на одне з трьох провідних причин смерті [1, 2]. Україна на сьогодні входить до групи країн з середнім рівнем суїцидальної активності: на цей час фіксується до 20 випадків суїциду на 100 тисяч населення [1].

Для формування програм профілактики АП важливим є визначення предикторів і превенторів її появи [1]. Це стали характеристики, що мають тенденцію до регулярного повторного знаходження в дослідженнях на великих вибірках людей, схильних до аутоагресії. До базових факторів ризику прийнято відносити соціально-демографічні, релігійні, етнічні, психологічні, біографічні, медичні, біологічні та інші чинники [2–4]. Відповідно до щільності цих факторів виділяють групи ризику АП, до яких, наряду з іншими, входять і підлітки.

За свідченнями фахівців [5–7], підлітковий контингент, в силу специфічних особливостей розвитку, а саме – раннього наростання біологічної зрілості на фоні психічної, соціальної, психологічної та іншої несформованості, є дуже уразливим для впливу будь-яких негативних чинників, наслідком чого можуть бути різноманітні між- та внутрішньоособистісні конфлікти, їх глобалізація й фіксація індивідуума. Це може призвести до розладів емоційної сфери (тривожних, депресивних, тривожно-депресивних, фобічних), формування агресивних форм зовнішньої поведінки, схильності до різноманітних адикцій, високого суїцидального ризику або інших проявів психосоціальної дезадаптації [8].

Отже, психопрофілактика АП у підлітків постає важливим медико-соціальним завданням, вирішення якого повинне здійснюватися з урахуванням сучасних світових тенденцій стосовно превентивних стратегій.

На теперішній час світові уявлення щодо підходів до профілактики психічних і поведінкових розладів дістали подальшого розвитку, і трикрокова модель профілактики (первинна, вторинна, третинна), не втративши свого значення, трансформувалася для того, щоб бути більш конгруентною до викликів сьогодення. Як визначають нині експерти ВООЗ, функція профілактики стосовно підліткового контингенту полягає, в першу чергу, в допомозі їм у структуризації поведінки, можливостей і систем забезпечення життя у зв'язку з численними впливами та вимогами з боку соціальних норм, взаємодії з однолітками, умов проживання чи просто їхніх індивідуальних особливостей [9, 10].

Отже, сучасними профілактичними стратегіями та моделями втручання щодо психічних і поведінкових розладів, зокрема АП, на сьогодні визнані:

1) універсальна (попереджувальна) профілактика, яка має на меті формування світогляду «здорового способу життя» і його активного впровадження, є переважно соціальною, найбільш масовою і орієнтована на загальну популяцію;

2) селективна (таргетна) профілактика – вибіркова, орієнтована на роботу з особами або групами осіб, ризик розвитку у яких психічних і поведінкових порушень є вищим, ніж в середньому в популяції, та спрямована на біологічні, психологічні чи соціальні фактори ризику, які більш притаманні даній групі осіб порівняно з іншими верствами населення;

3) індикативна (модифікаційна) профілактика – індивідуальна, орієнтована на окремих осіб з наявністю

клініко-психопатологічних проявів, вираженість яких не доходить до клінічно окресленого рівня, або з реакціями психічної/психологічної дезадаптації, що можуть призвести до розвитку психічних, емоційних або поведінкових розладів. В цьому випадку профілактичні втручання націлені на редукцію донозологічних порушень, ідентифікацію й нівеляцію патологічної дії провідних дезадаптуючих факторів, а також пошук і активацію дефензивних чинників, що мають місце в навколишньому середовищі [11].

Дещо спрощуючи, можна сказати, що сучасні превентивні стратегії у середовищі націлюються на соціальні норми, універсальна профілактика зосереджується на розвитку навичок і взаємодії з однолітками, селективна профілактика фокусується на умовах проживання та психосоціальних чинниках, а індикативна профілактика займається індивідуальними особливостями і психопатологією.

Таким чином, наведена класифікація профілактичних стратегій [12] на сьогодні зайняла місце медичної парадигми щодо первинної, вторинної та третинної профілактики, яка використовувалася раніше. Попередня класифікація була корисна для роботи з розвитком патологій і зовсім не підійшла для урахування тонкощів людської поведінки і проявів, а також вразливості і ризиків. Так, для універсальної профілактики, наприклад, все населення має однакові ризики, хоча для окремих людей – вони є різними. Для селективної профілактики соціальні чи демографічні показники є корисними для визначення рівнів вразливості, що дає можливість націлюватися на конкретну групу чи конкретні регіони проживання. Для індикативної профілактики в центрі роботи – вразливий індивідуум, але з супроводом скринінгових та моніторингових дій.

Враховуючи вищевикладене, з метою створення багаторівневої програми психопрофілактики та психокорекції АП у підлітків, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі дитячого психіатричного відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева протягом 2010–2013 років було обстежено 100 підлітків віком від 14 до 17 років зі змішаними розладами емоцій і поведінки F92. Серед них у 50 осіб, які склали основну групу (ОГ), виявлено прояви АП у вигляді суїцидальних думок, задумів, намірів, рішень (36 осіб, 72%) або суїцидальної спроби в анамнезі (14 осіб, 28%). До групи порівняння (ГП) увійшли 50 пацієнтів без ознак АП.

Обстеження включало в себе розгорнуте клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження з використанням клінічних рейтингових шкал HADS і HDRS, методики багатовимірної оцінки дитячої тривожності О. Роміциної, а також шкал виміру суїцидального ризику і самосвідомості смерті, розроблених під керівництвом професора В.Л. Гавенка. Також використовували патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) А.Є. Лічка і Н.Я. Іванова для встановлення акцентуацій у осіб молодого віку та наявності реакції емансипації (прагнення звільнитися від контролю, опіки старших), психологічної схильності до алкоголізації та делінквентності; методику діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Даркі, що дифе-

ренціює прояви агресії і ворожості індивіда, та методику визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса.

Серед підлітків з проявами АП було 56% дівчинок (середній вік 15,4±1,8 року) і 44% хлопців (середній вік 16,3±1,7 року), а між обстеженими зі змішаними розладами емоцій і поведінки без АП – 62% хлопців (середній вік 15,9±1,2 року) і 38% дівчат (середній вік 15,1±1,4 року).

Серед поведінкових порушень у осіб обох груп переважали: прогулювання занять у школі – 86%, втеча з дому – 81%, образи й роздратування у відповідь на слова та дії оточуючих – 71%, безпідставне обурення – 61%, часті спалахи гніву – 59%, перекладання власної провини на інших людей – 58%, схильність до брехні – 56%, злопам'ятність або мстивість – 50%, прагнення сперечатися з дорослими – 49%, ігнорування вимог дорослих – 48%, демонстративні вчинки, неприємні для інших, – 40%, крадіжки цінних речей з дому або інших місць – 22%, часті бійки – 18%, жорстокість до тварин – 8%, переслідування інших осіб, завдання їм болю – 6%, грабування приміщень, автомобілів – 6% дітей.

Авторами виділено клінічні варіанти емоційних порушень, притаманних обстеженим різних груп. Для підлітків зі змішаним розладом емоцій та поведінки без проявів АП характерними виявилися тривожно-експлозивний (38%) і мозаїчний (62%) варіанти емоційних порушень. У підлітків з проявами АП встановлено депресивно-уникаючий (30%), тривожно-підозрілий (34%) і астено-істероїдний (36%) клінічні варіанти емоційних порушень.

Аналіз контекстуальних чинників дозволив встановити предиспозиційні біологічні, психосоціальні й психологічні фактори в генезі АП у підлітків.

Біологічні контекстуальні предиспозиційні чинники АП:

- спадкова обтяженість за психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю або АП;
- адиктивна поведінка у вигляді неодноразового вживання алкоголю зі шкідливими наслідками, паління похідних каннабісу та інгаляції токсичних речовин.

Психосоціальні (інтрапсихологічні) контекстуальні предиспозиційні чинники АП:

- дисфункціональна конфліктна родина;
- деструктивне виховання за типами «емоційне відкидання», «гіпер- або гіпоопіки»;
- наявність проблем у школі та у взаємодії з референтним середовищем однолітків, а також у сфері гендерної комунікації.

Інтерпсихологічні предиктори АП у підлітків:

- наявність акцентуованих рис нестійкості, гіпертимності, шизоїдності – ізольованих або сполучених з істероїдністю;
- виражені агресивні прояви у вигляді негативізму, підозрливості, образи й почуття провини;
- превалювання копінг-стратегій втеча–уникнення, пошук соціальної підтримки або конфронтація.

На основі узагальнення отриманих даних авторами запропоновано комплекс лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних заходів щодо АП у підліт-

ків, який може бути застосована як для загальної популяції, так і для контингенту зі змішаним розладом емоцій і поведінки (рис. 1).

Спочатку на основі здійснення психодіагностичних процедур проводили диференційовану оцінку необхідності включення в терапевтичну або психопрофілак-

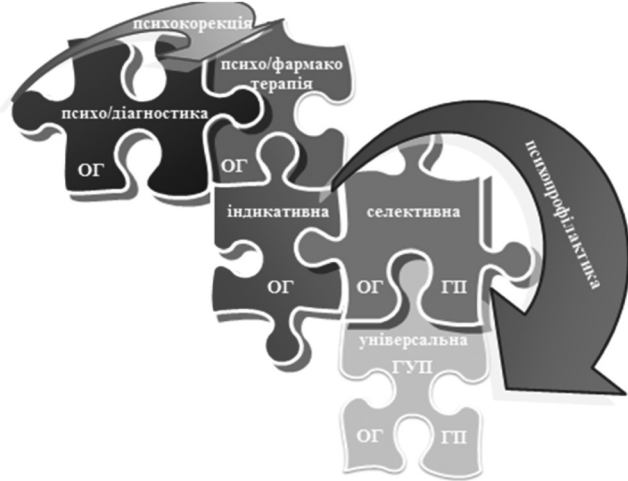


Рис. 1. Структура багаторівневої програми корекції й психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки

тичну групи. В терапевтичну групу, членам якої спочатку проводили лікувальні заходи, були спрямовані усі підлітки ОГ та деякі – за показаннями, залежно від вираженості симптоматики – з ГП.

Терапевтична робота починалася з проведення лікувальних та психокорекційних заходів, а з часом набувала психопрофілактичного характеру і змісту. Зусилля були спрямовані на: 1) ліквідацію проявів АП; 2) редукцію патологічної тривоги й депресії; 3) зниження зовнішньої агресивності; 4) профілактику адитивної поведінки; 5) нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізацію особистісних ресурсів самозмінення; 6) підвищення стресостійкості, формування продуктивного копінгу; 7) формування навичок адекватної комунікації, у тому числі в гендерній сфері; 8) розвиток навичок контролю за власною поведінкою та психічної саморегуляції; 9) активацію адаптивних особистісних ресурсів. Досягнення перших двох цілей проводили в рамках лікувальних психокорекційних (психотерапія + фармакотерапія) заходів, починаючи з третьої цілі – в рамках психопрофілактичних впливів.

Таким чином, розроблена багаторівнева програма лікування, психокорекції й психопрофілактики АП у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки є єдиною етапною послідовною системою взаємодоповнюючих лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних впливів (рис. 2).

Після психодіагностичного етапу підліткам ОГ залежно від провідного клінічного синдрому призначалися фармакологічні засоби, на фоні яких розпочиналася психокорекційна робота. Після досягнення перших об'єктивних результатів зниження інтенсивності психопатологічної симптоматики вони включалися до індикативної психопрофілактичної роботи, після досягнення мети якої – переходили до заходів селективної

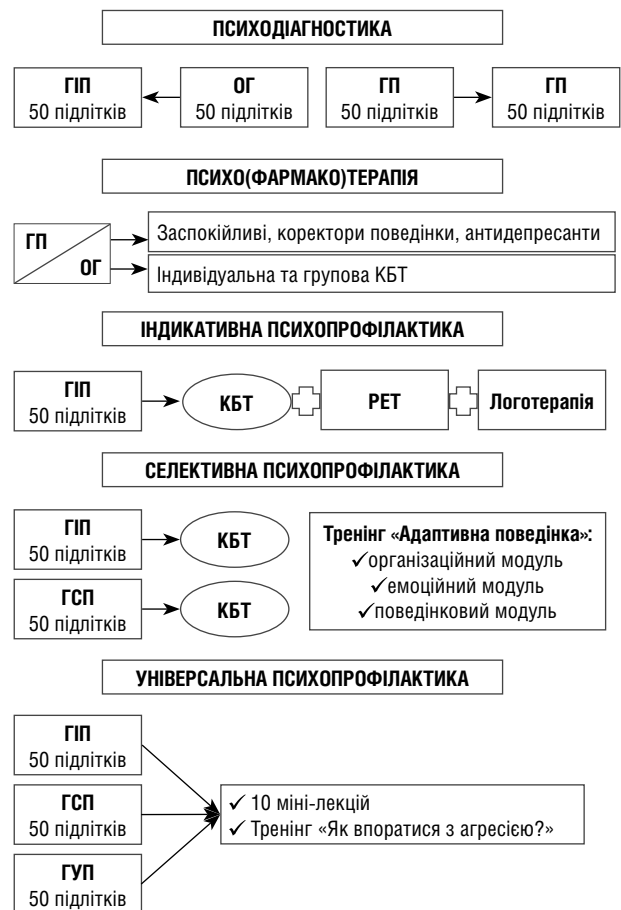


Рис. 2. Етапи, цільові групи та психокорекційні техніки багаторівневої програми корекції й психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки

психопрофілактики, які з початку лікування отримували підлітки ГП. Завершальним етапом роботи ставали заходи універсальної профілактики, спрямовані на загальну популяцію здорових підлітків.

Враховуючи специфіку даного виду психопрофілактичної роботи, для оцінки ефективності запропонованих заходів універсальної профілактики авторами залучена додаткова група – група універсальної профілактики (ГУП) – учнів 9-го і 10-го класів загальноосвітньої середньої школи м. Полтава, з якими, за узгодженням з дирекцією та залученням шкільного психолога, проводили цю роботу.

Основними психокорекційними техніками при здійсненні лікувальних, психокорекційних й психопрофілактичних впливів обрано когнітивно-поведінкову терапію (КБТ) в різних модифікаціях, раціонально-емоціональну терапію (РЕТ), елементи логотерапії за В. Франклом, а також тренінгові інтервенції. Вибір методу психокорекційного впливу та конкретний зміст проведених занять визначалися етапом й актуальними цілями конкретної роботи.

Таким чином, запропонована програма лікування, психокорекції й психопрофілактики АП у підлітків, створена з урахуванням загальних особливостей підліткового контингенту, а також специфіки чинників, що мають місце у осіб зі змішаним розладом емоцій і поведінки, є багаторівневою, орієнтованою на новітні психопрофілактичні тенденції і технології, що робить її універсальною для різних контингентів підлітків.

Список використаної літератури

- Хаустова О.О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О.О. Хаустова, О.П. Романів // Ліки України. – 2013. – №1 (167). – С. 89–94.
- Хаустова О.О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року / О.О. Хаустова // Укр. вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4 (77). – С. 12–18.
- Марута Н.О. Предиктори суїцидальної поведінки при невротичних розладах / Н.О. Марута, І.Ю. Явдак // Укр. вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14, вип. 1 (47). – С. 59–63.
- Кожина А.М. Современные подходы к психотерапии депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением / А.М. Кожина, Е.А. Зеленская // Медична психологія. – 2012. – №3. – С. 68–71.
- Дитяча психіатрія / Г.М. Кожина [зі співавт.]. – К.: ВСИ «Медицина», 2012. – 416 с.
- Табачников С.И. Школьная дезадаптация (неуспеваемость): взгляд на проблему с позиций детской психиатрии / С.И. Табачников, И.И. Марценковская // Здоров'я України: медична газета. – 2010. – №2 (13). – С. 42–43.
- Гура Е.І. Психічні чинники розладів поведінки та емоцій у підлітків, позбавлених батьківського піклування / Е.І. Гура // Укр. вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 67–71.
- Маркова М.В. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти): автореф. дис. ... д. мед. н.: 19.00.04 / Мар'яна Владиславівна Маркова. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2007. – 32 с.
- Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. – Geneva: World Health Organization, 2008. – 77 p.
- Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report (a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht). – World Health Organization, 2004. – 68 p.
- Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities / M.E. O'Connell [at al]. – National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2009. – 201 p.
- Mrazek B.J. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research / B.J. Mrazek, R.J. Haggerty. – Washington, D.C.: The National Academies Press, 1994. – 605 p.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И СПЕЦИФИКА РЕАЛИЗАЦИИ МНОГОУРОВНЕВОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ О.В. Погорелко

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2010–2013 годов на базе детского психиатрического отделения Полтавской областной клинической психиатрической больницы имени А.Ф. Мальцева обследовано 100 подростков в возрасте от 14 до 17 лет со смешанными расстройствами эмоций и поведения F92, среди них у 50 человек обнаружены проявления аутоагрессивного поведения (АП) в виде суицидальных мыслей, замыслов, намерений (36 человек, 72%) или суицидальной попытки в анамнезе (14 человек, 28%).

На основе выделения клинико-феноменологических особенностей АП у данного контингента, биологических, психосоциальных и психологических факторов риска его развития разработана программа лечения, психокоррекции и психопрофилактики АП у подростков, которая создана с учетом общих особенностей подросткового контингента, а также специфики факторов, имеющих место у лиц со смешанным расстройством эмоций и поведения, является многоуровневой, ориентированной на новейшие психопрофилактические тенденции и технологии, что делает ее универсальной для различных контингентов подростков.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, подростки, психопрофилактика, психокоррекция.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL FOUNDATIONS AND SPECIFIC OF MULTILEVEL TREATMENT CORRECTION AND PSYCHOPROPHYLAXIS PROGRAM OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS O. Pohorelko

With respect to the principles of bioethics and ethics for 2010–2013 biennium on the basis of the children's psychiatric ward Poltava Regional Clinical Psychiatric Hospital. AF Maltsev examined 100 adolescents aged 14 to 17 years with mixed disorders of conduct and emotions F92, among them 50 people found signs autoaggressive behavior in the form of suicidal thoughts, plans, intentions, decisions (36 people 72%) or suicide attempt in history (14 persons, 28%).

Based on the establishment of clinical and phenomenological features autoaggressive behavior in this contingent, biological, psychosocial and psychological risk factors for its development, has developed a program of treatment, correction and psychoprophylaxis autoaggressive behavior in adolescents, which was created with the general characteristics of teenage contingent, as well as the specific factors that occur in patients with mixed disorders of conduct and emotions, is a multilevel, focused on the latest trends and technologies, making it versatile for different groups of adolescents.

Key words: autoaggressive behavior, adolescents, psychoprophylaxis, psychocorrection.

УДК 159.922.8:616.1-008.6:615.851

Н.Ю. Веньовцева ОСОБЛИВОСТІ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ПІДЛІТКІВ ІЗ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЯК МІШЕНІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків
Дитяча клінічна лікарня № 6, м. Київ

У дослідженні було вивчено особливості біопсихосоціальної сфери підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи (СВД ССС) та умовно здорових школярів. Встановлено, що усі хворі підлітки мають знижені показники якості життя. Крім того, у всіх було виявлено ознаки вегетативної дисфункції. Проте у більшості школярів виявлено також ознаки вегетативних розладів. Незважаючи на це, вони зберігають достатній адаптаційний ресурс. Це можна пов'язати з наявністю значно більшої соціальної підтримки як з боку батьків, так і з боку друзів. Тому психокорекція має бути спрямована на покращення навичок спілкування із однолітками, нормалізацію внутрішньосімейних стосунків, підвищення самооцінки. Перевага у такому разі має надаватися груповій роботі перед індивідуальною.

Ключові слова: соматоформна вегетативна дисфункція, підлітки, якість життя, соціальна підтримка, медико-психологічний супровід.

На сьогодні в більшості розвинених країн світу спостерігається тенденція до погіршення психічного здоров'я населення в цілому, а особливо – дітей та підлітків. Найбільша питома вага належить психогенним

невротичним розладам із тривожними та соматовегетативними порушеннями. Проблема вегетативних розладів є однією з провідних у сучасній медицині. Симптомокомплекс вегетативних порушень, зумовлених