

зависимость от определенных провоцирующих факторов. Врачу общей практики важно определить место депрессии среди сходных состояний, обусловленных нарушениями настроения, имеющими нередко психодинамическую основу (результат личностно-средового взаимодействия). Определение высокой степени риска суицида, отказ от пищи, бессонница, темп нарастания депрессии служит основанием для принятия решения о консультации психотерапевтом. Психиатры, психотерапевты отличаются от врачей общей практики склонностью назначать адекватные дозы антидепрессантов, а значит более действенные. Для медикаментозного лечения необходимы длительные сроки.

УДК 616.89.008.44

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

И. А. Бурлаенко

*КУ «Запорожская областная психиатрическая больница»
(г. Запорожье)*

В настоящее время Украина прочно вошла в группу стран с высоким уровнем аутоагрессивного поведения (АП). По данным за 2004 г., общий уровень смертности от суицидов в Украине превысил таковой в странах Европейского региона в 1,5 раза и в 2 раза — в странах — членах Европейского Союза. Особую тревогу вызывает тот факт, что за последние годы увеличилось количество самоубийств среди детей и подростков (5—14 лет). Так, в 1996 г. в Украине было зафиксировано 7 самоубийств детей в возрасте от 5 до 9 лет и 81 — в возрасте от 10 до 14 лет (всего 88 случаев). В 2000 г. этот показатель составил уже 188 случаев. Таким образом, проблема детско-подросткового АП в настоящее время становится все более актуальной и требует тщательного анализа и решения.

Общей причиной АП в детско-подростковом возрасте является социально-психологическая дезадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением. Именно на подростковый возраст приходится пик экспериментов с употреблением психоактивных веществ и другой жизненно опасной активности. Для этого возраста характерны мысли о суициде как о мести за обиду, ссоры, нотации со стороны учителей и родителей. Наибольшее суицидогенное влияние оказывают нарушения коммуникации в семье, различные формы эмоциональной зависимости с симбиотическим, гиперопекающим поведением со стороны матери при дистантности и субmissивности отца, ригидные, перфекционистские, виктимные и истощающие манипулятивные родительские установки, а также отвергающее, эмоционально безразличное отношение родителей по отношению к детям.

К реализации разнообразных проявлений АП особенно склонны подростки с различными формами расстройств поведения (РП) (F 91). Основные черты характера подростка с РП — негативизм, агрессивность, дерзость и мстительность. Одной из форм АП у подростков с РП являются самопорезы, самоповреждения. В таких случаях АП выражается в покушении на целостность своего организма или реализуется в виде неосознанного «саморазрушений» — раннего употребления алкоголя, наркотиков, курения и т. п.

Учитывая вышесказанное, для предупреждения АП у подростков с РП необходима система психопрофилактических и психолого-педагогических коррекцион-

ных мероприятий. К сожалению, в нашей стране психопрофилактическая работа с подростками с РП проводится недостаточно. Поэтому в настоящее время существует потребность и необходимость в разработке и внедрении новых эффективных мероприятий психологического и воспитательно-педагогического характера, в задачи которых будет входить формирование и коррекция личностных качеств, потребностей, ценностных ориентаций, мировоззренческих установок, выявление возможностей и условий для социализации личности подростка с РП. К таким мероприятиям относятся психокоррекционные программы, направленные на формирование антисуицидальных копинг-стратегий поведения, изменение личностных установок, самооценки, уровня притязаний, формирование «антисуицидального барьера».

Для реализации психопрофилактических и психокоррекционных программ для подростков с РП необходимо междисциплинарное сотрудничество специалистов психиатров, медицинских психологов, педагогов, социальных работников и т. д. Только с помощью системного комплексного подхода возможно решение проблемы аутоагрессивного поведения у подростков с расстройствами поведения.

УДК 616.89-008.441.44:616-022.6

ПРОБЛЕМА СУИЦИДА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ И СТАДИИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

В. И. Вовк

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Самоубийства представляют собой одну из форм летального исхода при ВИЧ-инфекции. По данным ВОЗ, вероятность самоубийства у больных ВИЧ-инфекцией примерно в 16—36 раз выше аналогичного показателя среди населения в целом. После сообщения о факте инфицирования у 23 % обследованных больных обнаруживаются суицидальные тенденции в виде суицидальных мыслей и намерений [Т. Н. Ермак, О. Г. Юрин, 2003]. Суицид воспринимается больными как избавление от мучительной смерти, от отчаяния, безнадежности, боли (особенно постоянной), мрачного и безнадежного будущего. Самоубийство может быть актом мести или добровольным уходом из жизни, связанным с невыносимым физическим или эмоциональным страданием в связи с неизлечимой болезнью [M. Asberg, D. Shelling, R. Shadier, 1998].

Объектом нашего исследования явились 104 пациента с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. Общая выборка больных была условно разделена на четыре группы. Первые две группы составили 23 мужчины и 43 женщины с I—II (ранними) стадиями ВИЧ-инфекции (по классификации В. И. Покровского). Двумя другими группами выступали 24 мужчины и 14 женщин с III—IV (поздними) стадиями ВИЧ.

Суицидальная группа симптомов в виде любых танатостремительных тенденций на ранних стадиях составляла 17,24 %, на поздних — 5,26 % ($p < 0,05$). У мужчин первой группы суицидальные намерения были выявлены в 10 % случаев, второй группы — 4,76 %. У женщин эта цифра составила 21,05 % на ранних стадиях и 7,69 % — на поздних.

Суицидальные тенденции у больных ВИЧ-инфекцией формировались в результате констелляции целого ряда патогенных факторов, среди которых