

(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. Цилюрик

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.