мотивом был мотив «избежания» (по А. Г. Амбрумовой и соавт.). При этом объяснения больных отличались вычурностью, нелепостью, алогичностью. Менее распространенными были мотивы «самонаказания», «призыва» и «протеста» — 7,4 %, 5,6 % и 3,7 % соответственно. У 20,4 % мотивация не поддавалась классификации в силу сложности фабулы бредовых переживаний, символизма мышления, у 9,3 % — в силу грубой дезорганизации психической деятельности.

По степени тяжести самоповреждения классифицировались как легкие, средней тяжести и тяжелые. У мужчин легкие самоповреждения были нанесены в 61,3 % случаев, средней тяжести — в 29,0 %, тяжелые — в 9,7 % случаев. У женщин наблюдался больший удельный вес легких самоповреждений — 69,6 % случаев, несколько меньшая частота средних (21,7 %) и тяжелых (8,7 %) самоповреждений в сравнении с мужчинами.

По характеру наносимых травм наиболее частыми были порезы ножами, лезвиями, бритвами, колотые раны различными заостренными предметами, укусы и ожоги, наносимые общедоступными источниками огня (спички, зажигалки, реже — бытовые электроприборы). Значительно реже использовались растворы сильных кислот и щелочей, нанесение увечий происходило по специальному «ритуалу».

У более чем половины больных описанные аутоагрессивные действия повторялись многократно, в большинстве случаев имели комбинированный или стереотипный характер. У 42,6 % больных аутоагрессивные действия сочетались с гетероагрессивными тенденциями.

Анализ клинической картины заболевания больных с аутоагрессивными тенденциями показал, что более чем в половине случаев (57,4 %) самоповреждения входили в структуру бредовых и галлюцинаторно-бредовых синдромов, в каждом пятом случае (22,2 %) они были связаны с обсессивно-компульсивными явлениями, реже (11,1 %) являлись следствием депрессивного синдрома.

В результате проведенного исследования было установлено, что наиболее значимыми факторами риска аутоагрессивного поведения являются наличие аутоагрессивных действий в анамнезе, преобладание в клинической картине заболевания бредовых, галлюцинаторно-бредовых переживаний и обсессивно-компульсивной симптоматики. У мужчин аутоагрессивное поведение встречается с большей частотой, а сами повреждения имеют более тяжелый характер, что должно учитываться в лечении больных.

УДК:616.89-036.865

АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПСИХІЧНОХВОРИХ НА ЕТАПІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Г. А. Пріб

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

Самостійне, незалежне, якісне життя людини з психічними розладами залежить від багатьох чинників, серед яких провідну роль відіграють рівень самооцінки, критика та наявність й глибина суїцидальних тенденцій (СТ). Вказані категорії є базовими складовими при визначені та прогнозуванні ступеня обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності (СН) пацієнта. СТ є важким дезадаптуючим чинником та своєрідним індикатором якості медичної допомоги. Отже неврахування рівня самооцінки, критики та СТ на етапі розроблення реабілітації унеможливлює її проведення та призводить до СН пацієнтів.

Мета: дослідити рівень самооцінки, критики, наявності та глибини СТ у пацієнтів, які страждають на психічні розлади, на етапах медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Завдання: визначити рівень самооцінки, критики, наявності та глибини СТ у хворих з психічними розладами на етапах медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Обстежено 327 пацієнтів (досліджувана група) та 211 пацієнтів (група порівняння). Пацієнти верифіковані за категоріями МКХ-10: F 07, F 20, F 21, F 23, F 25, F 41, G 40. Аналіз медико-експертних справ (МСЕС) проводився за сприянням Управління МСЕ МОЗ України.

Методи дослідження: структуроване інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Виявлено, що у пацієнтів досліджуваної групі переважає діагностування зниження критики (48,0 %). У групі порівняння та за даними МСЕС у більшості пацієнтів визначається відсутність критики — 70,0 % та 89,3 % ($p < 0{,}01$). Встановлено, що гіпердіагностика відсутності критики призводить до розроблення «пасивних» реабілітаційних програм. Самооцінка вивчалася з точки зору збереження здатності пацієнта вести незалежний спосіб існування у суспільстві. У досліджуваній групі зниження самооцінки діагностовано у 46,0 %, у групі порівняння — 66,0 %, за даними МСЕС — 86,0 % ($p < 0{,}01$). Встановлено, що визначення рівня самооцінки як «зниженого» та відповідно розроблення неадекватних реабілітаційних заходів обумовлює втрату пацієнтами уявлення про свої можливості. Тобто «пасивні» реабілітаційні заходи, спрямовані лише на «формальне» пристосування пацієнта, руйнують наявний потенціал особистості, формують настановну поведінку та призводять до СН.

Розподіл СТ у обстежених пацієнтів виглядав таким чином. Спроби діагностувалися у 30 (10,0 ± 3,0 %) пацієнтів досліджуваної та 20 (10,0 ± 3,0 %) пацієнтів групи порівняння, за даними МСЕС у (12,6 ± 3,3 %) хворих ($p < 0{,}01$). Думки відповідно у 60 (20,0 ± 4,0 %), 20 (10,0 ± 3,0 %) та 35 (11,7 ± 3,2 %) пацієнтів ($p < 0{,}01$). Відсутність СТ встановлено у 210 (70,0 ± 4,5 %) пацієнтів досліджуваної та 156 (78,0 ± 4,1 %) групи порівняння, за даними МСЕС у 227 (75,7 ± 4,3 %) пацієнтів ($p < 0{,}01$). У цілому діагностика наявності та глибини СТ у пацієнтів досліджуваної групи, групі порівняння та за даними МСЕС збігається. Така ситуація є передбачуваною, оскільки наявність СТ достеменно вивчається на усіх ланках психіатричної допомоги. Проте, як свідчать результати досліджень, встановлення наявності та глибина СТ лише шляхом опитування пацієнта призводить до діагностичних помилок.

Визначено, що у психіатричних закладах повинні обов'язково впроваджуватися скринінгові методики діагностики наявності та глибини СТ. Встановлено, що використання в умовах МСЕК тільки висновків лікувальних закладів щодо рівня самооцінки, критики, наявності та глибини СТ є необґрунтованим, оскільки впродовж періоду від здійснення клініко-психопатологічного та експериментально-психологічного дослідження у лікарні, на яке спирається експерт, клінічний та психологічний стан пацієнтів змінюються.

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 різкім 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, регістру 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 непрямої 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 СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ ТА ЗАВЕРШЕНИХ СУЇЦИДІВ 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 сільської 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.