

дебности — 105,3. В контрольній групі домінували показателі по вербальній (71,4) і фізическій (66,7) формам агресії, котрі були значительно ниже, чем в основній групі. Остальні показателі були практичеські равнозначными. Индекс агресії составил 67,2, индекс враждебности — 57,9 баллов. Сопоставление полученных данных свидетельствует о том, что у мужчин с гашишной зависимостью ярко выражены свойства личности, характеризующиеся наличием деструктивных тенденций в области субъектно-субъектных отношений.

Таким образом, во многих случаях мощными детерминантами агресії могут являться некоторые устойчивые характеристики потенциальных агрессоров — те личностные черты, индивидуальные установки и склонности, которые остаются неизменными вне зависимости от ситуации. Что касается агресії мужчин с гашишной зависимостью, то в качестве аффектирующих агрессивное поведение психологических характеристик проявляются такие черты как боязнь общественного неодобрения, раздражительность, тенденция усматривать враждебность в чужих действиях (предвзятость атрибуций враждебности), убежденность индивида в том, что он в любой ситуации не может быть хозяином своей судьбы (локус контроля), склонность испытывать чувство стыда и вины во многих ситуациях.

В практике психологического консультирования знание проявлений различных форм агресії является значимым для понимания поведения зависимой личности, поскольку выявление индивидуальных способов реагирования во многом обуславливают успешность психологической коррекции гашишной зависимости.

УДК 616.89-008.444.9-07:616.45-001.1/3

#### **КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ З АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ**

*Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов, В. А. Кожевнікова*  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є однією з найбільш несприятливих форм психічних розладів, що виникають внаслідок впливу екстремальних подій. Відмічено, що серед осіб, які пережили життєво небезпечні ситуації, існує велика кількість пацієнтів з різними формами аутоагресивної поведінки (за літературними даними частота суїцидів серед хворих на ПТСР у середньому становить 7—10 %, частота суїцидальних думок — 38—45 %, а в деяких випадках — 57—60 %).

Для визначення клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей хворих з аутодеструктивною поведінкою було обстежено 22 особи з діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад» — 9 чоловіків і 13 жінок у віці від 18 до 46 років, які пережили ті чи інші екстремальні події (фізичне або сексуальне насильство — 23 % і 44 % випадків відповідно, загрозу зброєю — 19 %, транспортну аварію — 14 %) і які мали в анамнезі як мінімум одну незакінчену суїцидальну спробу.

Було виявлено, що серед усіх клінічних варіантів ПТСР у пацієнтів з аутоагресивною поведінкою най-

більш частіше спостерігалися тривожний, астенічний та іпохондричний. *Тривожний варіант* характеризувався високим рівнем немотивованої тривоги, часто з вегето-судинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображали події пережитої психотравмуючої ситуації. При цьому аутодеструктивні дії мали місце на піці тривожного стану і виступали як чинник, який «призупиняє» тривожний афект. Домінуючими ознаками *астенічного варіанту* були почуття слабкості та млявості, депресивний фон настрою, який поєднувався з відчуттям безнадійності, втратою життєвої перспективи, а також проявами пасивності і рисами ангедонії. Суїцидальні наміри в рамках такого варіанту були проявом пасивного протесту проти стану безпорадності, неспроможністю спрогнозувати майбутнє. *Іпохондричний варіант* відзначався вираженими соматичними скаргами, які виникали на тлі недиференційованої гіпотимії з чіткими фобічними включеннями, що супроводжувались унікаючою поведінкою. Основним мотивом щодо реалізації аутоагресивної поведінки була спроба «втечі від свого захворювання».

Наявність суїцидальних думок і тенденцій в структурі ПТСР є однією з ознак несприятливого перебігу цього психічного розладу. Як правило, у таких хворих мав місце *прогредієнтний тип перебігу* захворювання. Також у значній кількості цих пацієнтів відмічалась коморбідна патологія у вигляді депресивних розладів і різних форм хімічної залежності (переважно від алкоголю і ліків).

Було також встановлено, що наявність у клінічній картині ПТСР аутоагресивних проявів пов'язана зі змістом і характером психотравмуючої події, а також особистісними особливостями постраждалих внаслідок життєво небезпечних ситуацій. За даними наших досліджень, у жертв екстремальних подій формується специфічний *постстресовий патопсихологічний симптомокомплекс* (наявність та подальше посилення рис підозрливості і відгородженості, своєрідність та ригідність поведінкових і емоційних реакцій, обмеженість діапазону і стереотипність механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій, обмеженість мікросоціальних зв'язків, соціальної підтримки і формування унікаючої поведінки), який є проявом особистісної деформації внаслідок травматичного впливу.

Результати проведених досліджень свідчать, що формування у хворих на ПТСР суїцидальної мотивації та її поведінкової реалізації обумовлена характером та динамічними змінами складних співвідношень між характеристиками стресової події, особливостями преморбідних рис, ступенем особистісних деформацій, рівнем розвиненості і якістю соціальних чинників.

УДК 616.853-085+616.89-008.441.44

#### **СОЦІАЛЬНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ПРЕДИКТОРИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ**

*Я. В. Щеглова*

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

Проблема аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію в останні роки набула особливої актуальності у зв'язку зі значним зростанням частоти самогубств серед цього контингенту хворих. З метою виявлення

предикторів аутоагресивної поведінки були обстежені 230 хворих з верифікованим діагнозом епілепсії, серед яких у 150 хворих спостерігалася аутоагресивна поведінка (основна група) та 80 хворих без ознак аутоагресії. Використовувалися клініко-психопатологічний, анамнестичний, експериментально-психологічний (методика Баса — Даркі) та статистичний (критерій кутового перетворення Фішера) методи дослідження.

Шляхом статистичного порівняння отриманих фактичних даних у основній та порівняльній групах були виділені такі соціальні та особистісні фактори ризику виникнення аутоагресивної поведінки у хворих на епілепсію:

— неправильне виховання (найчастіше — за типом гіпопротекції, «культу хвороби», домінуючої гіперпротекції та жорстокого відношення) у дитинстві, незалежно від повного чи неповного складу сім'ї: до 66,7 % хворих основної групи застосовувалося неправильне виховання, тоді як у групі порівняння цей відсоток складав 48,7 % ( $p < 0,01$ ). Така ж тенденція зберігалася і при порівнянні статевих підгруп хворих — серед чоловіків основної групи неправильно виховувались 68,3 %, тоді як у групі порівняння — 50,0 % ( $p < 0,05$ ), а у жінок — 65,6 та 48,0 % відповідно ( $p < 0,05$ );

— низький рівень сімейної адаптації: відсутність власної сім'ї (одруженими були 36,0 % хворих основної групи та 53,7 % хворих групи порівняння —  $p < 0,01$ ); для хворих жіночої статі — проживання на одній житлоплощі з колишнім чоловіком після розлучення (11,1 % проти 2,0 % жінок групи порівняння,  $p < 0,05$ ); конфліктні взаємовідносини з найближчим оточенням (50,7 % хворих основної групи та 26,3 % хворих групи порівняння,  $p < 0,001$ );

— низький рівень трудової адаптації: відсутність працевлаштування (84,7 % хворих основної групи проти 67,5 % хворих групи порівняння,  $p < 0,001$ ; значно менша кількість працюючих інвалідів в основній групі (3,3 %), ніж у групі порівняння (21,3 %),  $p < 0,001$ ); для хворих чоловічої статі — відсутність роботи та інвалідності (20,0 % хворих основної групи та 6,7 % хворих групи порівняння,  $p < 0,05$ ); важкі матеріальні умови проживання (52,0 % хворих основної групи та 38,7 % хворих групи порівняння,  $p < 0,05$ );

— зловживання психоактивними речовинами (22,0 % хворих основної групи та 6,3 % хворих групи порівняння,  $p < 0,001$ );

— збудливий (26,0 % хворих основної групи та 16,3 % — порівняльної,  $p < 0,05$ ), сенситивний (13,3 % хворих основної групи та 6,3 % — порівняльної,  $p < 0,05$ ) та циклоїдний тип особистості (13,3 % хворих основної групи та 5,0 % — порівняльної,  $p < 0,05$ ) у преморбіді;

— високий індекс агресивності (52,0 % хворих основної групи та 26,3 % — порівняльної,  $p < 0,001$ ) та ворожості (5,0 % хворих основної групи та 21,3 % — порівняльної,  $p < 0,001$ ), такі ж співвідношення зберігалися і у статевих підгрупах.

Таким чином, більшість предикторів аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію є такими, що можуть змінюватися під цілеспрямованим впливом зовні. Максимальне, в межах можливого, усунення цієї групи чинників шляхом спеціально розроблених лікувально-реабілітаційних заходів має важливу роль у профілактиці аутоагресивної поведінки у хворих на епілепсію.

616.89-008.441.44:061.6:161.261(477)

## О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ

Л. Н. Юрєва

Днепропетровская государственная медицинская академия  
(г. Днепропетровск)

Согласно данным официальной статистики и шкалы оценки ВОЗ Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов. Данные эпидемиологического исследования, проведенного в Украине в 2002 году, также подтвердили наличие неблагоприятной суицидологической ситуации в Украине. Было выявлено, что 12,7 % украинцев отметили у себя те или иные проявления суицидального поведения в течение жизни и 3 % — в течение последних 12 месяцев. Причем, распространенность всех проявлений суицидального поведения у женщин почти в 2 раза выше, чем у мужчин. Было выявлено также, что среди тех, кто имел суицидальные намерения только 25,1 % (18,8 % — мужчин и 28,0 % женщин) обращались за медицинской помощью. Большинство суицидентов остаются вне поля зрения психиатров, психологов и психотерапевтов, либо им вовремя не осуществляется суицидологическая диагностика, а следовательно, не оказывается и помощь. Известно, что люди, страдающие недиагностированными психическими болезнями, совершают около 90 % всех суицидов.

В Украине клиническая суицидология до сих пор не включена в государственную номенклатуру видов специализированной медицинской помощи населению. Ею занимаются, в основном, только психиатры и психотерапевты, которые в большинстве своем не имеют специальной подготовки по суицидологии в связи с отсутствием государственных образовательных программ по клинической суицидологии. Лишь в некоторых регионах Украины функционируют организационные структуры суицидологической службы, созданные на основе модели суицидологической службы СССР. Например, суицидологическая служба Днепропетровской области функционирует более 20 лет и включает в себя: круглосуточно работающий Телефон Доверия, расположенный за пределами психиатрической больницы; кабинет социально-психологической помощи, являющийся структурным подразделением ПНД; кризисный стационар, являющийся структурным подразделением КУ «ДОПБ».

Несмотря на то, что существовавшая в СССР организационная структура суицидологической службы не утратила своей актуальности, она требует реформирования в соответствии с современными стандартами оказания помощи населению, законодательными актами, регламентирующими деятельность медицинских работников, Законом Украины «О психиатрической помощи» и социально-экономической ситуацией.

Первостепенной задачей реформирования является организация специализированной суицидологической службы, соответствующей принципам кризисной терапии. Суицидологическая служба должна иметь свою инфраструктуру, профессионально подготовленных штатных сотрудников (врачи, психологи, социальные работники, средний и младший медицинский персонал), законодательно утвержденное штатное расписание, регламент работы и функциональные обязанности сотрудников. Кроме того, должны быть созданы нормативно-правовая документация, регламентирующая порядок оказания суицидологической помощи в виде специализированных клинических протоколов.