

У програмі психокорекції неклінічних форм девіантної поведінки використовували: тренінг формування соціальних навичок, релаксаційний метод стримування роздратування, сімейне консультування, відеотренінг ефективності батьків, психоосвітні програми для підлітків та їх батьків, психогігієнічне консультування, регламентацію інтенсивності ігрової діяльності. У програмі психокорекції клінічних форм девіантної поведінки — реконструктивну кондуктивну психотерапію, психологічну корекцію в програмі «підліток — проблема»; тренінг для зняття комунікативної напруженості; тренінг для формування адаптивних соціальних навичок, сімейну психотерапію, вербальні та невербальні методи психотерапевтичного втручання.

Запропонований спосіб психосоціального втручання дозволяє проводити інтегративну якісну оцінку девіантної поведінки, визначити стратегію первинної та вторинної профілактики затяжних НР, здійснити медико-соціальний супровід підлітків з поведінковими девіаціями.

УДК 616.89-008.441-053.6

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, Д. А. Мітельов, Т. М. Матковська, О. П. Ісаєва, Я. В. Беспалова, В. С. Кудь, Н. О. Шаповалова

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Ключові слова: суїцидальна поведінка, підлітки

Проблема самогубств набуває все більш глобального характеру, а суїциди все частіше стають формою поведінки, до якої схиляється людина в кризовій ситуації. За останнє десятиріччя кількість самогубств серед осіб віком 15—24 років збільшилась в два рази. Стали частішими суїцидальні спроби в дітей з психічними розладами, що обумовлені конфліктами в сім'ї, з однолітками. Враховуючи, що підлітковий вік традиційно вважається найуразливішим для стресових ситуацій і для виникнення суїцидонебезпечних станів, проблема їх детального вивчення й попередження є насувною та актуальною.

З метою створення об'єктивних критеріїв діагностики поведінкових відхилень в популяції підлітків та кваліфікації їх як психологічних або психопатологічних, в ДУ «ІОЗДП АМНУ» була розроблена мультимодальна карта обстеження, що дозволила обґрунтувати теоретичний і практичний аспект проблеми суїцидальної поведінки. Використовувалась колумбійська суїцидальна шкала, ПДО О. Є. Лічко, тест «Будинок — дерево — людина», тест депресії В. М. Бойко.

Під час дослідження трьох популяційних груп підлітків (276 підлітків з невротичними розладами, 78 безпритульних підлітків та 533 учнів загальноосвітніх шкіл) виявлено, що питома вага суїцидальної поведінки склала 5,4 %, 25,6 % та 3,2 % відповідно. Аутоагресивна поведінка частіше реєструвалася в групі безпритульних підлітків. В структурі агресивної девіантної поведінки в підлітків з невротичними розладами домінують дратівливість (100,0 %), негативізм (87,7 %), ворожість (76,4 %), вербальна (74,6 %) та непряма (68,3 %) агресія. В безпритульних підлітків домінує дратівливість (83,5 %), образа (61,5 %), відчуття провини (51,3 %). Встановлено, що агресивність у безпритульних дітей не є явно вираженою рисою характеру або особливостю темпераменту, а є ситуаційною, тобто спричиненою певною стресовою ситуацією, в яку потрапили підлітки. У підлітків шкільного віку відмічалася вербальна (37,5 %) і непряма (19,7 %) агресія, дратівливість (30,7 %), підозрілість (15,7 %). Низький рівень контролю агресії мають 43,5 % школярів. У 57,6 % безпритульних підлітків виявлено невротичні розлади, у 42,4 % — інші психічні розлади, які виникли внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку.

Визначено інформативність чинників, що створюють статистично достовірну та найбільш інтенсивну дію на формування девіантної поведінки (на базі рейтинг-шкали

соціальних, психологічних і біологічних чинників): акцентуація характеру, виховання в умовах гіпоопіки, неповна сім'я, низький рівень матеріальної забезпеченості сім'ї, конфліктність з однолітками, помірна церебрально-органічна недостатність, невротизація в ранньому дитинстві, конфлікти в сім'ї, побутовий алкоголізм батьків. Визначено напрямки психосоціальної діяльності щодо заходів психопрофілактики суїцидальної поведінки в підлітків, які повинні реалізовуватися на рівні найближчого оточення підлітка, на рівні підлітка з конкретними психологічними проблемами та на рівні держави. Концепція психопрофілактики суїцидальної поведінки повинна включати вирішення медичних і соціальних інтервенцій первинної та вторинної профілактики порушень психічного здоров'я дітей та підлітків.

УДК: 616.89-008.447-053.6

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПОДРОСТКОВ С НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, О. Ю. Майоров, Д. А. Мителев, Т. Н. Матковская, К. А. Степанченко
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: невротическая депрессия, нейрогормональный аспект, терапевтическое вмешательство, качество жизни

Депрессия подросткового возраста представляет одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжелых социальных последствий. Распространенность депрессии в популяции подростков составляет от 15 до 40 % случаев.

Цель работы: разработать эффективный метод терапевтического вмешательства и выделить критерии его оценки у подростков с депрессивным невротическим расстройством (ДНР) на основе изучения клинко-психопатологических, биологических, социально-психологических, нейродинамических и нейрхимических особенностей.

Комплексное клинко-психопатологическое исследование проводилось в отделении детской психиатрии клиники ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины». Обследовано 111 пациентов с ДНР в возрасте 12—18 лет (60 мальчиков и 51 девочек); младшую возрастную группу (12—14 лет) составили 43 больных, старшую (15—18 лет) — 68.

Методы исследования: клинко-психопатологический; психологические методы — тест депрессии В. М. Бойко; ПДО А. Е. Личко; клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина, Б. Д. Менделевича; тест качества жизни J. Mezzich et al., компьютерная ЭЭГ, нейрогормональные исследования (состояние симпатико-адреналовой системы, обмен серотонина, особенности экскреции гормона эпифиза — мелатонина и опиоидной системы).

В возрастном аспекте были определены клинические синдромокомплексы ДНР: астенический (53,5 %), тревожный (34,9 %), недифференцированный (11,6 %) у подростков 12—14 лет; девиантный (42,7 %), апатический (23,5 %), ипохондрический (13,2 %) — у подростков 15—18 лет. Умеренная депрессия (тест Бойко) определялась в 71,2 % случаев, выраженная — 22,5 %, глубокая — 6,3 %. Уровень болезни определен по шкалам невротической депрессии (92,5 %) и тревоги (90,0 %). У 66,7 % подростков диагностирован высокий уровень риска формирования социальной дезадаптации. Суицидальные мысли и суицидальное поведение определялись у 22,5 % и 12,6 % подростков с ДНР, соответственно. Установлена прямая корреляция между абсолютной плотностью мощности β -ритма в лобных отведениях и уровнем тревожности ($r = 0,54$), акцентуаций тревожного ($r = 0,68$) и эмоционально неустойчивого ($r = 0,65$) типов. У большинства подростков с ДНР отмечено снижение резервных возможностей симпатoadреналовой системы, о чем свидетельствует увеличение соотношения суммы катехоламинов и общего предшественника ДОФА. Уровень