

УДК 616.89-008.441.13.444.9-053.7

**ФОРМУВАННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ***Л. М. Маркозова**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)*

Проблема агресивної поведінки є однією з найбільш соціально значущих у зв'язку з широким розповсюдженням та негативними наслідками цього явища, високою частотою асоціальних форм поведінки в осіб молодого віку, залежних від алкоголю. Підґрунтям агресивної поведінки є девіантні форми поведінки в підлітковому віці, які обумовлені зловживанням або вживанням одного або декількох речовин (алкоголю, психоактивних речовин, тютюну), а також у сполученні з різними видами нехімічної залежності (неконтрольованим використанням комп'ютерної гри, Інтернету, гральних автоматів, необмеженим переглядом телепередач тощо) у різноманітних варіантах.

З 70 осіб (вік хворих 23—35 років), котрі звернулися за допомогою, залежність від алкоголю в 63 % випадків сполучалась з тютюнопалінням, в 20 % випадків — з необмеженим переглядом телепередач, у 4 % випадків — з необмеженою грою на автоматах, зловживанням седативно-снودійними препаратами, в 3 % випадків — з необмеженим використанням Інтернету, зловживанням препаратів конопі, в 1 % випадків — зі зловживанням трамадолу. У 6 % обстежених в анамнезі мала місце залежність від декількох речовин, а також сполучення хімічної та нехімічної залежності в різних варіантах.

Перше знайомство обстежуваних зі смаком алкоголю відбувалося в середньому в 16 років. Формування синдрому відміни у 60 % хворих відбувалося терміном до 3-х років, тобто до 19 років. Доза вжитого за добу алкоголю коливалась від 1 до 2 літрів горілки/самогону або 12—15 літрів пива. У 40 % хворих спостерігалась запійна форма пияцтва, у 10 % — переважаюча, у решти — постійна.

Треба зазначити, що останнім часом в 60 % випадків причиною госпіталізації осіб молодого віку є не бажання покласти край шкідливій звичці чи вуджати, а необхідність пройти лікування під впливом родичів або за рішенням суду. Причиною примусового лікування були в 10 % випадків аутоагресивні дії хворих (самопорізи, вистрибування з вікон, інше в деяких випадках з метою шантажу родичів), в 50 % випадків гетероагресивні дії (побиття членів родини, побиття людей, з котрими вживав алкоголь, співробітників та інше). Частіше за все до органів правопорядку звертаються сусіди, значно рідше — ті родичі, відносно котрих хворі здійснюють насильницькі дії з особливою жорстокістю. У такому випадку родичі добре усвідомлюють реальну загрозу не тільки їхньому життю, але й життю інших членів родини. Саме факт реальної загрози примушує матір діяти «проти власної дитини» і не боятися загрози зі сторони хворого або шантажу.

Під час дослідження якості життя (ЯЖ) за шкалою Mezzich встановлено низький показник ЯЖ хворих у стані відміни алкоголю (у середньому 24 бали), виявлене його зниження за всіма складовими. На 3-ю добу лікування сумарний показник ЯЖ хворих склав в середньому 60 балів. У стані ж сп'яніння 90 % осіб відмічають «задовольняючі» їх показники ЯЖ (у середньому 65 балів), тільки 10 % визначають ЯЖ

таким, як і в стані синдрому відміни. На 7-му добу лікування хворі відзначали за всіма складовими шкали Mezzich поліпшення показника ЯЖ: загальна сума балів збільшилася з 62,0 до 76,0. У стані становлення ремісії хворі відзначали більш високий показник ЯЖ (у середньому 80 балів).

Виявлено, що ЯЖ родичів хворих безпосередньо залежить від психоемоційного стану хворих. Родичі відзначають низький показник якості свого життя при гетероагресивному поводженні хворих, цей показник зростає при низькій вираженості вищевказаного поводження хворих. У стані ж становлення ремісії родичі відзначають високий рівень свого життя (в середньому 95 балів).

Таким чином, виявлено, що формуванню агресивної поведінки в осіб молодого віку з алкогольною залежністю сприяє наявність девіантної поведінки в підлітковому віці, вживання декількох хімічних речовин в сполученні з різними видами нехімічної залежності, доза вжитого алкоголю. Якість життя обстежених та їх родини корелює з проявами агресивної поведінки хворих.

УДК 616.89-008.441.44.48-036:159.9.072.8:614.881

**О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ***Н. А. Марута\*, Л. Н. Юрвева\*\***\*ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (г. Харків); \*\*Днепропетровская государственная медицинская академия (г. Днепропетровск)*

Показатель самоубийств является одним из важнейших индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения. Согласно шкале оценки Всемирной организации здравоохранения, Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов, поэтому разработка и внедрение системы мероприятий, направленных на предупреждение суицидального поведения, является чрезвычайно актуальной. По данным ряда исследований, от 25 % до 95 % среди лиц, покончивших с собой, имели психиатрические диагнозы в момент смерти. Выявлено, также, что суицидальный риск среди больных, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц. Поэтому разработка и внедрение стандартов своевременной диагностики и оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами с суицидальным поведением является первоочередной задачей психиатрии.

В Украине уже созданы и утверждены клинические протоколы оказания медицинской помощи по специальности «Психиатрия» (приказ МЗ Украины от 5.02.2007 г. № 59). Однако диагностика суицидального поведения, фармакологическая терапия, психотерапевтические и психосоциальные методы лечения, реабилитационные мероприятия, а также критерии оценки качества лечения лиц с суицидальным поведением имеют свою специфику, требующую детального описания и структурирования при каждом диагностическом тактоне, выделенном в МКБ-10.

Кроме того, в протоколах должны быть отражены стандарты выполнения и регистрации действий медицинского персонала в экстренных ситуациях

(совершение суицидальной попытки или завершенного 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 большой 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.