

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.