

infection]. *Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*, 2000, no. 2(7), pp. 275–278. (In Russ.)

7. Kazakova S. E. Reabilitatsiya psikhicheskikh narusheniy u VICH-infitsirovannykh bol'nykh [Rehabilitation of psychiatric disorders in HIV-infected patients]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii*, 2007, vol. 15, issue 1(50), pp. 187–189. (In Russ.)

8. Psikhicheskoe zdorov'e i VICH/SPID: [byulleten' VOZ] (per. s angl.) [Mental health and HIV / AIDS: [WHO

fact sheet] (trans. from English.)). Kiev, Sfera Publ., 2007, 152 p. (In Russ.)

9. Voronin E. E., Fomin Yu. A., Kostin D. V., Ulyukin I. M. Depressiya i nervno-psikhicheskaya adaptatsiya na raznykh stadiyakh VICH-infektsii [Depression and psychological adaptation to the different stages of HIV-infection]. *Russkiy psikhiatricheskii zhurnal*, 1999, no. 1, pp. 132–133. (In Russ.)

ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ: ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ

В. І. Вовк

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. У статті наведено дані власного обстеження 105 пацієнтів на ранніх і пізніх стадіях ВІЛ-інфекції. Наведено лікувально-реабілітаційний комплекс психокорекційних заходів, що складається з фармакотерапії та психотерапевтичних методик. Психотерапевтичний вплив включав у себе роз'яснювальну і раціональну психотерапію, аутогенне тренування, сімейну психотерапію, групу психотерапію, арт-терапію, а також дозовану участь терапевта в групах само- та взаємодопомоги. Оцінювання результативності проведених заходів підтвердило ефективність запропонованого психокорекційного комплексу.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, лікування, психокорекція.

HIV: PSYCHOCORRECTIONAL EVENTS

V. I. Vovk

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. The article presents the data of own survey of 105 patients in the early and late stages of HIV infection. Was developed a medical-rehabilitation complex of psychocorrecting events that consist of pharmacological and psychotherapeutic techniques. Psychotherapeutic effects included explanatory and rational psychotherapy, autogenic training, family therapy, group therapy, art therapy, and the dosed therapist's participation in the groups self- and mutual help. Evaluating the effectiveness of medical events confirmed the effectiveness of the proposed psychocorrectional complex.

Key words: HIV infection, treatment, psychological correction.

УДК 616.89-008.444.9-008.441.45:616.895.4:618.333-071.1

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ И ПАРАСУИЦИДОМ В ФОРМЕ НАМЕРЕННОГО НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТА АММОНА (ISTA)



М. Е. Водка

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Представлены результаты сравнительного изучения характеристик агрессивности 54-х женщин с депрессивными расстройствами (F32.0, F32.1, F33.0 по критериям МКБ-10), потерей плода в анамнезе и реализованным парасуицидом в форме намеренного несуицидального самоповреждения (X60-X84 по критериям МКБ-10) (1-я клиническая группа), 30-ти женщин с депрессивными расстройствами, потерей плода в анамнезе без признаков парасуицида (2-я клиническая группа) и 30-и женщин с реализованной репродуктивной функцией (имевших в анамнезе 1 и более своевременные роды здоровыми детьми), без перинатальных потерь в анамнезе, признаков психических расстройств и самоповреждений (контрольная группа). Агрессивность в группах сравнения изучалась с помощью Я-структурного теста Г. Аммона (Ich-Struktur Testnach Ammon, ISTA). Показано, что пониженные значения конструктивной агрессии отличают пациенток с депрессией и перинатальными потерями от психически здоровых женщин с успешно реализованной репродуктивной функцией. Установлено, что пациентки 1-й группы обнаруживали достоверно более высокий уровень деструктивной и дефицитарной агрессии по сравнению с пациентками 2-й клинической и испытуемой групп контроля. Повышенная деструктивная и дефицитарная агрессия у женщин с депрессивным расстройством, потерей плода и парасуицидом в анамнезе рассматривается в качестве индивидуальной психотерапевтической мишени при планировании стратегии лечения.

Ключевые слова: женщины, депрессивное расстройство, перинатальная потеря, парасуицид, агрессивность, Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA).

Введение

Доказательное выделение специфических психотерапевтических мишеней для различных контингентов больных с аффективной патологией и неслучайными самоповреждениями является актуальной научно-прикладной задачей, реализация которой позволяет в оптимальные сроки выработать персонализированные стратегии терапии и превенции. Наличие в контингенте женщин с депрессивными расстройствами и непланируемыми репродуктивными потерями в анамнезе лиц как с признаками неслучайных самоповреждений, так и без таковых, априори указывает на существование различий в агрессивности, существенных для планирования и реализации терапевтических усилий.

Цель исследования

В настоящем исследовании проверялась гипотеза о том, что женщины с депрессивным расстройством, потерей плода в анамнезе и парасуицидом в форме намеренного несуицидального самоповреждения имеют характеристики агрессивности, отличные как от пациенток с депрессивным расстройством, привычными перинатальными потерями, но без признаков самоповреждений, так и от здоровых женщин. При формулировании гипотезы исходили из того, что своеобразие агрессивности как специфической личностной характеристики у женщин с аффективной патологией, перинатальной потерей и парасуицидом может быть существенной для планирования комплексной терапии, в частности, являться специфической мишенью психотерапии.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 84 женщины с аффективными (депрессивными) расстройствами (по критериям МКБ-10 [1]) и непланируемыми перинатальными потерями; все жительницы г. Харькова и Харьковской области. По критерию наличия/отсутствия парасуицида в анамнезе были сформированы две клинические группы сравнения.

В 1-ю группу вошли 54 женщины с потерей плода в анамнезе, с депрессивными расстройствами (F30-) и парасуицидом (X60-X84). 2-ю группу образовали 30 женщин с потерей плода в анамнезе, с депрессивными расстройствами без парасуицида (табл. 1).

Общими критериями включения для клинических групп являлись:

- 1) диагноз – депрессивное расстройство (F30-);
- 2) наличие потери плода в анамнезе;
- 3) детородный возраст;
- 4) информированное согласие на участие в исследовании.

Специальным критерием включения в первую группу являлся факт установленного в анамнезе намеренного несуицидального самоповреждения; специальным критерием включения во вторую клиническую группу являлся факт отсутствия самоповреждения.

Общими критериями исключения для клинических групп являлись:

- 1) наличие иных, отличных от F30- психических расстройств;
- 2) наличие признаков суицидального поведения;
- 3) случайное самоповреждение.

Общим критерием исключения для всех групп являлось наличие тяжелой соматической патологии.

Контрольную группу составили 30 женщин с реализованной репродуктивной функцией (имевшие в анамнезе 1 и более своевременных родов здоровыми детьми), без перинатальных потерь в анамнезе, без признаков психических расстройств и самоповреждений.

Средний возраст пациенток 1-й клинической группы на момент обследования составил $28,90 \pm 4,60$ лет, пациенток 2-й группы – $28,40 \pm 5,60$ лет, испытуемых группы контроля – $28,50 \pm 6,10$ лет. Все самоповреждения у представительниц 1-й клинической группы были квалифицированы как «неслучайные, намеренные и несуицидальные в рамках парасуицидального поведения». В настоящем

Таблица 1

Структура депрессивных расстройств в клинических группах (по критериям МКБ-10), %

Группы сравнения	Структура депрессивных расстройств							
	F32.0*		F32.1**		F33.0***		F30-	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
1-я группа, n = 54	5	9,26	20	37,04	29	53,70	54	100,00
2-я группа, n = 30	5	16,67	11	36,67	14	46,67	30	100,00

Примечания:

* Депрессивный эпизод (легкий) – F 32.0;

** Депрессивный эпизод (умеренный) – F 32.1;

*** Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени – F 33.0.

Межгрупповые различия при уровне достоверности не ниже $p < 0,05$.

Жирным шрифтом выделены частоты преобладающего депрессивного расстройства.

Таблица 2

Структура депрессивных расстройств в клинических группах (по критериям МКБ-10), %

Шкала агрессии	1-я группа – пациентки с ДР, ППА и ПС, n = 54			2-я группа – пациентки с ДР, ППА без ПС, n = 30			Контрольная группа – здоровые испытуемые, n = 30		
	A1	A2	A3	A1	A2	A3	A1	A2	A3
Меры центральной тенденции									
M ± m	38,39 ¹ ± 1,24	61,37⁴ ± 1,64	60,37⁷ ± 1,60	42,88 ² ± 1,80	49,03 ⁵ ± 1,2	51,05⁸ ± 1,80	51,89³ ± 1,60	40,70 ⁶ ± 1,46	30,55 ⁹ ± 1,44

Примечания:

A1 – Шкала конструктивной агрессии.

Уровень значимости межгрупповых различий (p): ¹⁻³ – p < 0,01; ²⁻³ – p < 0,01; ¹⁻² – p < 0,05;

A2 – Шкала деструктивной агрессии. ⁴⁻⁶ – p < 0,01; ⁵⁻⁶ – p = 0,05; ⁴⁻⁵ – p < 0,01;

A3 – Шкала дефицитарной агрессии. Уровень значимости (p): ⁷⁻⁹ – p < 0,01; ⁸⁻⁹ – p < 0,01; ⁷⁻⁸ – p = 0,05.

Жирным шрифтом выделены преобладающие шкальные значения в группах сравнения.

ДР – депрессивные расстройства; ППА – потеря плода в анамнезе; ПС – парасуицид.

исследовании под парасуицидальным поведением (син. «парасуицид») подразумевается поведение, имитирующее суицидальное, но без намерения убить себя [2].

Во время исследования применялись клиничко-психопатологический метод, психодиагностический и статистический методы. В качестве основного психодиагностического инструмента использовался Я-структурный тест Г. Аммона (Ich-Struktur Test nach Ammon, ISTA) [3], с помощью которого оценивались центральные личностные функции, в частности, конструктивные, деструктивные и дефицитарные проявления агрессии. В настоящем исследовании использовалась русскоязычная версия ISTA, адаптированная в СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева при участии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (Ю. Я. Тупицин, В. В. Бочаров и др., 1998) [4]. В тесте использовалось Т-приведение по стандартной формуле. Нормативный интервал полагался в интервале от 40 Т до 60 Т баллов [4, 5].

Математическая обработка эмпирических данных производилась с использованием пакета прикладных компьютерных программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 8.0 for Windows. Для обработки и представления результатов исследования были использованы:

– процентный подсчет результатов, среднее арифметическое, стандартная ошибка средней арифметической, табличное и графическое представление данных. Выборочные характеристики представлены в виде средней + ошибка средней (M ± m);

– t-критерий Стьюдента для определения достоверности различий сравниваемых средних арифметических показателей в двух выборках с нормальным распределением (учитывались результаты со степенью достоверности не ниже 95,00% (p < 0,05).

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительные показатели шкалы агрессии Я-структурного теста (ISTA) у женщин в группах сравнения отражены в табл. 2. Для перевода «сырых» баллов (X) в стандартные Т-баллы использовалась формула $T = 50 + 10(X - M) / \sigma$ (сигма).

M для A1 = 9,58 (сигма = 2,22);

для A2 = 4,29 (сигма = 3);

для A3 = 3,89 (сигма = 2) [5].

Шкала конструктивной агрессии (A1). Максимальный шкальный показатель среди испытуемых был установлен у женщин контрольной группы – 51,89 ± 1,60 стандартных Т-баллов, минимальный – у женщин 1-й клинической группы – 38,39 ± 1,24 Т-баллов. Значения показателей шкалы A1 у женщин контрольной и 2-й группы не выходили за пределы нормативного интервала (от 40 до 60 Т-баллов) и трактовались как «средние», тогда как показатель испытуемых 1-й группы выходил за нормативный предел и трактовался как «пониженный» (ненормативный, субнормативный) (< 40 Т-баллов) [4, 5].

Средние показатели шкалы A1 в ISTA соотносятся с такими качествами, как активность, инициативность, открытость, коммуникабельность, креативность, способность к конструктивному преодолению трудностей и межличностных конфликтов, способность в достаточной степени выделять собственные главные цели и интересы, отстаивать их в конструктивном взаимодействии с окружающими, способность к реализации компромиссных решений без ущерба для личностно-значимых целей, т. е. без ущерба для собственной идентичности [3–5].

Здоровые женщины контрольной группы в нашем исследовании обнаруживали достоверно более высокий уровень конструктивной агрессии по сравнению с пациентками из клинических групп (табл. 2).

Пониженный тестовый показатель шкалы А1 у пациенток 1-й группы позволил характеризовать их как лиц со сниженной активностью, с недостаточно развитой способностью к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, отсутствием потребности в изменении жизненных условий, формировании собственных личностно-значимых целей. Пониженный показатель конструктивной агрессии также указывал на неразвитую способность к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. Сопоставление показателей конструктивной агрессии у представителей клинических групп показало, что показатель был значимо ниже у женщин 1-й группы ($38,39 \pm 1,24$ и $42,88 \pm 1,80$; $p < 0,05$).

Шкала деструктивной агрессии (А2). Наивысший показатель по шкале А2 среди испытуемых был установлен у женщин 1-ой клинической группы ($61,37 \pm 1,64$ стандартных Т-баллов), а наименьший – у здоровых женщин ($40,70 \pm 1,46$ стандартных Т-баллов). Значения показателей шкалы А2 испытуемых контрольной и 2-й клинической групп находились в пределах нормативного интервала и трактовались как «средние тестовые показатели» [4–5]. Показатель шкалы А2 женщин 1-й группы находился вне нормативного интервала (> 60 Т-баллов) и трактовался как «повышенный тестовый показатель» [4–5]. Сопоставление показателей деструктивной агрессии у представителей клинических групп показало, что шкальный показатель был значимо выше у женщин 1-й группы ($p < 0,01$). Под деструктивной агрессией в настоящем исследовании понималось реактивное переформирование изначально конструктивной агрессии как исход негармоничной первичной социализации в родительской семье [3–5].

Деструкция агрессии, согласно Г. Аммону, выражает интериоризированный запрет значимого для ребенка окружения на собственную автономию и идентичность [3]. Первичный потенциал активности при негармоничной первичной социализации не находит адекватной реализации в наличном предметном мире. По мере взросления искажения конструктивной агрессии проявляются деструкцией, направленной против себя (своих целей, планов и т. д.) или окружающего. При этом наиболее существенным признаком становится фактическая ситуационная неадекватность агрессии (по интенсивности, направленности, способу или обстоятельствам проявления) сложному межличностному пространству человеческих отношений [3].

В поведении деструктивная агрессия про-

является склонностью к разрушению контактов и отношений, в деструктивных поступках (вплоть до неожиданных прорывов насилия), тенденцией к вербальному выражению гнева и ярости, разрушительными действиями или фантазиями, стремлением к силовому решению проблем, приверженностью к деструктивным идеологиям, склонностью к обесцениванию (эмоциональному и мыслительному) других людей и межличностных отношений, мстительностью, цинизмом.

В тех случаях, когда агрессия не находит внешний объект для своего выражения, она может направляться на собственную личность, проявляясь суицидальными тенденциями, социальной запущенностью, тенденциями к самоповреждению или предрасположенностью к несчастным случаям. В литературных источниках [6] указано, что лица, обнаруживающие высокие показатели по данной шкале, выявляют нарушения эмоционального и особенно волевого контроля, имеющие временный или относительно постоянный характер.

Шкала дефицитарной агрессии (А3). Наивысший шкальный показатель среди испытуемых также был установлен у женщин 1-й клинической группы ($60,37 \pm 1,80$ стандартных Т-баллов), наименьший – у здоровых женщин ($30,55 \pm 1,44$ стандартных Т-баллов). Значение шкального показателя только у пациенток 2-й клинической группы находилось в пределах нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов и трактовалось как «средний». У здоровых женщин шкальный показатель характеризовался как «пониженный», а у пациенток 1-й группы – как «повышенный» [4–5]. Пациентки 1-й группы обнаруживали достоверно более высокий уровень дефицитарной агрессии по сравнению с пациентками 2-й клинической и испытуемой группами контроля (табл. 2).

Согласно Г. Аммону [3], в поведении дефицитарная агрессия проявляется в ограниченной способности к установлению межличностных контактов, теплых человеческих отношений, в снижении предметной активности, в сужении круга интересов, в избегании какой-либо конфронтации, конфликтов, дискуссий и ситуаций «соперничества», в склонности жертвовать собственными интересами, целями и планами, а также в неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения.

При повышенной дефицитарной агрессии затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции, чувства и переживания, претензии и предпочтения. В эмоциональных переживаниях на передний план выступают ощущения пустоты и одиночества, покинутости и скуки. Часто отмечают жалобы на чувство

внутренней пустоты, безучастности, «хронической» неудовлетворенности всем происходящим, отсутствие «радости жизни», ощущение бесперспективности существования и непреодолимости жизненных трудностей [4–6].

Выводы

Полученные в ходе анализа показателей шкал агрессии данные, позволили сделать следующие обобщения:

1) у женщин с депрессивными расстройствами и потерями плода в анамнезе преобладают деструктивно-дефицитарные выражения функции агрессии. Пациентки с депрессивными расстройствами и перинатальной потерей обнаруживают достоверно более низкий уровень конструктивной и более высокий уровень деструктивной и дефицитарной агрессии в сравнении со здоровыми женщинами;

2) повышенная деструктивная и дефицитарная агрессия (> 60 Т-баллов) отличает женщин с депрессивным расстройством, потерей плода в анамнезе и парасуицидом в форме намеренного несуицидального самоповреждения от здоровых лиц и женщин с депрессией, перинатальной потерей без самоповреждений;

3) уровни деструктивной и дефицитарной агрессии (> 60 Т-баллов) у женщин с депрессивным расстройством, потерей плода в анамнезе и парасуицидом в форме намеренного несуицидального самоповреждения значительно выше, чем аналогичные уровни у женщин с депрессивными расстройствами, перинатальной потерей без парасуицида;

4) повышенная деструктивная и дефицитарная агрессия у женщин с депрессивным расстройством, потерей плода и парасуицидом в анамнезе может быть рассмотрена в качестве индивидуальной психотерапевтической мишени при планировании стратегии лечения (мишень, специфичная для личности пациента – 2-я группа психотерапевтических мишеней по Р. К. Назырову [7]);

5) сочетание повышенных значений деструктивной и дефицитарной агрессии в тесте Г. Аммона у женщин с депрессивным расстройством и потерей плода в анамнезе может быть рассмотрено в качестве психодиагностического маркера повышенного риска развития парасуицидального поведения.

Литература

1. KarmannoerukovodstvokMKB-10:Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (s glossariem i issledovatel'skimi kriteriyami) [sost. Dzh. E. Kuper; pod. red. Dzh. E. Kupera; per. s angl. D. Poltavtsa] [Pocket Guide to the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders (with glossary and research criteria) [compiled by J. E. Cooper; ed. J. E. Cooper, translated from English D. Poltavets]]. Kiev, Sfera Publ., 2000, 416 p. (In Russ.)
2. Krietman N., Phillip A. Parasuicide (Letter to the Editor). *Brit. J. Psychiat.*, 1969, no. 115, pp. 746-747.
3. Ammon G. *Psychoanalyse und Psychosomatik. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz.*, 1998, s. 368. (In German)
4. Tupitsyn, Yu. Ya., Bocharov V. V., Alkhazova T. V. [et al.] Ya-strukturnyy test Ammona: oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsiy na strukturnom urovne: posobie dlya psikhologov i vrachey [I-structural test Ammon: a questionnaire to assess the personality of the central functions at the structural level: handbook for psychologists and doctors]. St. Petersburg, 1998, 70 p. (In Russ.)
5. Ya-strukturnyy test Ammona [I-structural test Ammon]. *Psylab.info*. Available at: <http://psylab.info> (accessed 10.01.2015) (In Russ.)
6. Vakhreneva O. A., Kolotil'shchikova E. A. Osobnosti struktury lichnosti bol'nykh s nevrasteniyey i nevrozopodobnymi rezidual'no-organicheskimi rasstroystvami [Features of the structure of the individual patients with neurasthenia and neurosis residual-organic disorders]. *Vestnik psikhoterapii: nauchno-prakticheskiy zhurnal*, 2014, no. 50, pp. 30-46. (In Russ.)
7. Nazyrov R. K., Loginova S. V., Remeslo M. B. [et al.] Tipologiya psikhoterapevticheskikh misheney i ee ispol'zovanie dlya povysheniya kachestva individual'nykh psikhoterapevticheskikh programm v lechenii bol'nykh s nevroticheskimi rasstroystvami. Metodicheskie rekomendatsii [Typology of psychotherapeutic targets and its use to improve the quality of individual psychotherapy programs in the treatment of patients with neurotic disorders. Guidelines]. St. Petersburg, Publishing House of the Bekhterev Research Institute named. VM Spondylitis, 2011, 19 p. (In Russ.)

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ АГРЕСИВНОСТІ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ, ВТРАТОЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ ТА ПАРАСУІЦИДОМ У ФОРМІ НАВМИСНОГО НЕСУІЦИДАЛЬНОГО САМОУШКОДЖЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТА АММОНА (ІСТА)

М. Є. Водка

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. Наведено результати порівняльного вивчення агресивності 54 жінок з депресивними розладами (F32.0, F32.1, F33.0 за критеріями МКХ-10), втратою плода в анамнезі та реалізованим па-

RESULTS OF STUDY OF AGGRESSIVENESS IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDER, HISTORY OF MISCARRIAGE AND PARA-SUICIDE BY WAY OF INTENTIONAL NON-SUICIDAL SELF-INJURY USING I-STRUCTURAL TEST OF AMMON (ISTA)

M. E. Vodka

V. N. Karazin Kharkiv National University

Summary. Results of comparative study of characteristics of aggressiveness of 54 women with depressive disorders (F 32.0, F 32.1, F 33.0 according to ICD-10 criteria), history of miscarriage and fulfilled

расуїцидом у формі навмисного несуйцидального самоушкодження (X60-X84 за критеріями МКХ-10) (1-а клінічна група), 30 жінок з депресивними розладами (F32.0, F32.1, F33.0 за критеріями МКХ-10), втратою плода в анамнезі без ознак парасуїцида (2-а клінічна група) та 30 жінок з реалізованою репродуктивною функцією (які мали в анамнезі 1 та більше пологів здоровими дітьми), без перинатальних втрат в анамнезі, ознак психічних розладів та самоушкоджень (контрольна група). Агресивність у групах порівняння вивчалася за допомогою Я-структурного тесту Г. Аммона (Ich-Struktur Testnach Ammon, ISTA). Показано, що знижені значення конструктивної агресії відрізняють пацієток з депресією та перинатальними втратами від психічно здорових жінок з успішно реалізованою репродуктивною функцією. Встановлено, що пацієтки 1-ї групи мають більш високий рівень деструктивної та дефіцитарної агресії порівняно з пацієтками 2-ї клінічної групи та жінками групи контролю. Підвищена деструктивна та дефіцитарна агресія у жінок з депресивним розладом, втратою плода та парасуїцидом в анамнезі розглядається як індивідуальна психотерапевтична мішень.

Ключові слова: жінки, депресивний розлад, перинатальна втрата, парасуїцид, агресивність, Я-структурний тест Г. Аммона (ISTA).

para-suicide by way of intentional non-suicidal self-injury (X60-X84 according to ICD-10 criteria) (1st clinical group), 30 women with depressive disorders, history of miscarriage and without signs of non-suicide (2nd clinical group) and 30 women with fulfilled reproductive function (history of one and more delivery at term with healthy children), without history of miscarriage, signs of mental disorders and self-injury (control group) were presented. Aggressiveness in comparison groups studied with the use of I-Structural Test of Ammon (Ich-Struktur Testnach Ammon, ISTA). The decreased values of constructive aggression were shown to distinguish patients with depression and history of miscarriage from mentally healthy women with successfully fulfilled reproductive function. Established that patients in the 1st group had significantly higher level of destructive and deficiency aggression comparing to patients from 2nd clinical group and control group. Increased destructive and deficiency aggression in women with depressive disorder, history of miscarriage and para-suicide is considered as individual psychotherapeutic aim in planning of treatment strategy.

Key words: women, depressive disorder, miscarriage, para-suicide, aggressiveness, I-Structural Test of Ammon (ISTA).

УДК 613.86-053.6



СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ, КОРЕКЦІЮ ТА ПРОФІЛАКТИКУ СОЦІАЛІЗОВАНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

М. М. Дюженко

КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня»

Анотація. У статті надається аналіз сучасних поглядів на діагностику, терапію та профілактику соціалізованого розладу поведінки в осіб юнацького та підліткового віку. На основі доступних джерел вітчизняної та світової наукової літератури розглядаються основні питання щодо стану цієї проблеми, такі як поширеність соціального розладу поведінки, пов'язані з ним делінквентна поведінка та адикції, особливості психопатологічних проявів у осіб із розладами поведінки. Зроблено висновок, що у нашій країні насамперед бракує підходів до діагностики та терапії, які базувалися б на основах доказової медицини. Наводяться можливі напрямки щодо подолання зазначених вад та оптимізації надання психіатричної допомоги особам юнацького та підліткового віку із непсихотичними розладами психіки та поведінки.

Ключові слова: соціалізований розлад поведінки, терапія, психопрофілактика.

Соціальна значущість здоров'я підлітків обумовлена тим, що вони являють собою найближчий репродуктивний, інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний і культурний резерв суспільства [1–12]. Проблема стійких дисоціальних або агресивних форм поведінки (задовольняє загальним критеріям F91 за МКБ-10), що виникає у ді-

тей і підлітків, набуває актуальності у цілому світі та в Україні в силу того, що соціально-економічна криза, розширюючи соціальну базу різних форм поведінкових відхилень, стимулює процес криміналізації та поширення соціально негативних видів поведінки, які набувають масового характеру і нерідко навіть сприймаються як прийнятний по-