

А. Г. Бондарчук

Харківський державний медичний університет (Харків)

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ СКОЇЛИ АУТОАГРЕСИВНІ ДІЇ НЕСУЇЦИДАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ, ТА ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ САМОУШКОДЖЕНЬ

Несуїцидальна аутоагресивна поведінка (НАП) та самоушкодження, як її наслідок, є широко розповсюдженою формою насильства, спрямованого на себе, і поряд з самогубством є однією з основних причин смертності та каліцтва у хворих на психічні розлади [1, 2].

У психіатричній практиці найбільш важкі форми НАП асоційовані з діагнозом параноїдної шизофренії. Відповідно до поліморфізму симптоматики даної форми патології, способи, результати та важкість самоушкоджень при шизофренії коливаються від легких, що не несуть загрози для життя, до вкрай небезпечних форм самодеструктивної поведінки, як наприклад аутоенукуляція, самокастрація, самоампутація кінцівок та інші. Наслідки такої поведінки у пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію, часто пов'язані з ризиком фізичної інвалідизації і смертельних випадків [3–7].

Поряд з існуванням великої кількості робіт, присвячених проблемі суїцидальної аутоагресії у хворих на параноїдну шизофренію, залишаються маловивченими питання особливостей розвитку, прогнозу та шляхів попередження несуйцидальної аутодеструктивної поведінки у даної категорії пацієнтів [8–10].

Таким чином, актуальним завданням сучасної психіатрії є підвищення ефективності попередження самоушкоджень у хворих на параноїдну шизофренію.

Метою даної роботи було дослідити фактори ризику несуйцидальної аутоагресивної поведінки у хворих на параноїдну шизофренію на підставі вивчення особливостей її формування, динаміки та клініко-психопатологічних особливостей захворювання і розробити практичні рекомендації щодо профілактики та прогнозу самоушкоджень.

Для вирішення поставлених завдань було використано: клініко-психопатологічний метод (клінічна бесіда, спостереження, з'ясування анамнестичних даних), який було доповнено використанням стандартної анкети «параноїдного хворого» для реєстрації клініко-психопатологічних особливостей захворювання [11].

Для психодіагностичного обстеження хворих нами були використані такі психодіагностичні методики: шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна [12]; методика визначення суїцидального ризику [13]; методика оцінки самосвідомості смерті [13]; проективна методика руки для оцінки агресивності (Брайклін Б., Піотровський З., Вагнер Е.; 1961, 1995) [14].

Математичний аналіз отриманих результатів дослідження проведений загальноприйнятими методами з дослідженням критеріїв вірогідності отриманих результатів [15].

Вивчення особливостей формування НАП та її психопатологічних характеристик проводилося шляхом обстеження 200 хворих на параноїдну шизофренію (F 20.0), які перебували на стаціонарному лікуванні в Харківській обласній клінічній психіатричній лікарні № 3. В ході роботи нами було складено три групи пацієнтів. В основну групу увійшли 100 хворих, які-

ми були скоєні несуйцидальні аутоагресивні спроби та дії. Групи порівняння склалися з 50 хворих, у яких не спостерігались аутоагресивні феномени, та 50 хворих на параноїдну шизофренію з проявами суїцидальної аутоагресивної поведінки.

У клінічній картині захворювання у всіх хворих основної групи домінували параноїдний та галюцинаторно-параноїдний синдроми. Пусковим фактором несуйцидальних аутоагресивних дій, поряд з вищевказаними, були також обсесивно-компульсивні прояви, патологічні зміни особистості та елементи кататонічної симптоматики.

Вікові характеристики у досліджуваних групах були такі: в основній групі вік початку захворювання становив 23 ± 4 роки, середній вік хворих 32 ± 7 роки; у групі контролю без аутоагресивних дій вік маніфесту захворювання — 26 ± 5 роки та середній вік становив 35 ± 6 роки; в групі суїцидентів вік маніфесту захворювання — $24 \pm 3,5$ роки та середній вік хворих становив 36 ± 4 роки. Всі пацієнти були чоловічої статі.

У ході роботи проведено аналіз способів нанесення самоушкоджень хворими основної групи. Виділено такі способи:

- 1) нанесення гострими предметами — 46,5 % спостережень;
- 2) вплив зубами і нігтями (самоукуси, самонанесення подряпин, зривання струпів з раніше нанесених ушкоджень) — 16,9 %;
- 3) вплив тупими предметами — 11,3 %;
- 4) використання джерел високої температури (полум'я, гаряча вода) — 7 %;
- 5) проковтування і введення в анатомічні порожнини предметів побуту (ложок, частин авторучок і т. ін.) — 7 %;
- 6) комбіновані самоушкодження з використанням двох або більш способів — 11,3 %.

Переважає більшість хворих (84,5 %) наносили самоушкодження лише в домашніх умовах, 9 % наносили самоушкодження як в домашніх умовах так і в умовах лікарні, і 6,5 % — тільки в умовах стаціонару. Важкі і середньої важкості самоушкодження заподіявалися як в умовах стаціонару, так і в домашніх умовах. У лікарні, як правило, наносилися легкі самоушкодження (подряпини, садна, синці), які було важко запобігти зусиллями медичного персоналу.

У результаті проведеної нами роботи було з'ясовано, що особливо жорстокі аутодеструктивні дії, дійсно є найбільш характерними для хворих на параноїдну шизофренію.

Синдромальний аналіз клінічної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію з проявами у картині захворювання НАП дозволив виявити низку якісних специфічних особливостей та розбіжностей з групою контролю. Таким чином, параноїдний синдром, який зустрічався у 41 % хворих з НАП, проявлявся комплексом ідей впливу та відношення з маренням тілесного оволодіння, психічними автоматизмами.

У хворих групи контролю для параноїдного синдрому (46 % від загального числа хворих) більш характерною була маревна фабула переслідування на тлі ідей особливо походження, або ідей фантастичного змісту, та наявність психічних автоматизмів була вірогідно частішою ніж у групі з НАП (54 %, $p < 0,05$).

У групі з НАП галюцинаторно-параноїдний синдром (27 % хворих групи НАП) насамперед проявлявся вербальними псевдогалюцинаціями погрожуючого та імперативного характеру з фіксацією змісту на нанесенні шкоди собі або оточуючим, наслідком покори чому і була аутодеструктивна поведінка. У контрольній групі галюцинаторно-параноїдний синдром зустрічався вірогідно частіше (44 %, $p < 0,05$), в його структурі переважали коментуючі вербальні псевдогалюцинації неприємні для хворого або нейтральні за змістом.

Депресивно-параноїдний синдром в групі НАП зустрічався вірогідно частіше (32 %, $p < 0,001$), його особливість полягала в тому, що поряд з маревою фабулою релігійної тематики, у хворих виникала потреба в спокуті гріха, провини шляхом нанесення самоушкоджень легкого ступеня важкості. У хворих групи контролю депресивно-параноїдний синдром (10 %) характеризувався маренням відношення зі стійким, помірно депресивним фоном настрою.

Неврозоподібний синдром (24 %) характеризувався в одних випадках нав'язливими ідеями, уявленнями про акт самодеструкції, а в частині випадків — самоушкодження використовувалося як захисний ритуал. В контрольній групі переважали нав'язливості нейтрального змісту (14 %).

В основній групі, поряд з негативізмом та каталептичними симптомами, спостерігались кататонічні включення у вигляді стереотипних аутодеструктивних дій (розчісування шкіри, вискубування волосся та

інше) та кататонічних «вибухів» з аутоагресивними діями (16 %). Серед хворих контрольної групи були наявні такі кататонічні симптоми, як парамімії, марнерність, фіксації поз (29 %).

Слід вказати на важливу роль патологічних змін особистості в розвитку НАП. На тлі особистісних змін з ростом внутрішньої напруженості і афекту та на висоті їх у хворих виникали аутоагресивні «спалахи» з деперсоналізаційним компонентом, прояв якого у цій групі був вірогідно частіше ніж у контрольній групі (23 %, $p < 0,01$). На відміну від основної групи, в групі контролю хворі більш часто вдавались до гетероагресивних дій та висловлювань.

У хворих основної групи за ознакою психопатологічної обумовленості несуюцидальної аутоагресивної поведінки нами були виділені 5 клініко-психопатологічних варіантів НАП: маревний — 28 %, галюцинаторний — 24 %, компульсивний — 21 %, афективний — 14 %, кататонічний — 13 % від загального числа хворих основної групи (рис. 1).

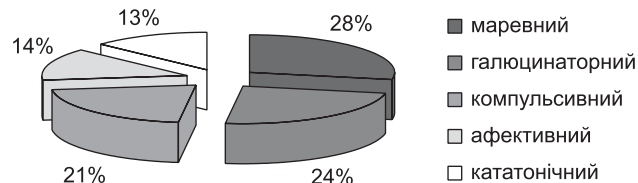


Рис. 1. Розподіл варіантів НАП в основній групі

Особливості симптоматики, що домінує в генезі самоушкоджень при окремих варіантах НАП, та характер реалізації аутодеструктивних дій наведені в схемі 1.

Схема 1

Клініко-психопатологічна характеристика варіантів самоушкодження у хворих на параноїдну шизофренію

Клініко-психопатологічний варіант самоушкодження	Симптоматика, що домінує в генезі самоушкодження	Характер НАП
Маревний	марення, маніпулятивна поведінка на тлі маревної настанови	аутодеструкція як прямий наслідок продуктивної психосимптоматики
Галюцинаторний	галюцинаторні імперативи, вісцеральні галюцинації	
Компульсивний	обсесивно-компульсивна	ритуалізовані дії
Афективний	зміни особистості за експлозивним варіантом, виражена тривожна симптоматика (стан ажитації)	імпульсивні, неконтрольовані дії
Кататонічний	кататонічні прояви	стереотипії, «просектична» кататонія

При маревному варіанті (28 % від загальної кількості хворих основної групи) пусковими факторами самоушкоджень були маревна фабула, частіше з домінантою релігійного компонента або ідей провини, гріховності. В окремих випадках аутодеструктивна поведінка реалізовувалася хворим з маніпулятивною метою в межах окремої маревної настанови. При цьому варіанті НАП, внаслідок самопоранень, була характерною загроза життю або ризик фізичної інвалідації пацієнта.

При галюцинаторному варіанті (24 % від загальної кількості хворих основної групи) пусковими факторами самоушкоджень були вербальні галюцинаторні імпе-

ративи. При цьому варіанті НАП, як і при маревному, внаслідок самопоранень була характерною загроза життю або ризик фізичної інвалідації пацієнта.

При компульсивному варіанті НАП (21 % від загальної кількості хворих основної групи) поряд з галюцинаторно-параноїдною симптоматикою простежувалися обсесивно-компульсивні включення, відповідальні за аутодеструктивні тенденції та дії. При цьому варіанті НАП самоушкодження носили характер таких дій, що повторюються та є ритуалізованими, виникали вони на тлі дисморфоманічних проявів, нав'язливостей. Переважали пошкодження середнього ступеня важкості.

При афективному варіанті НАП (14 % від загальної кількості хворих основної групи) найбільш частими симптомами були порушення настрою у формі дисфорії, стани гніву на тлі явищ деперсоналізації, дереалізації. На висоті напруженості афективна розрядка реалізувалася в формі імпульсивного самоушкодження. Ступінь важкості пошкоджень внаслідок НАП коливався від незначних до погрожуючих життю пацієнта.

При кататонічному варіанті НАП (13 % від загальної кількості хворих основної групи) підґрунтям для аутодеструктивних дій була виражена кататонічна симптоматика та апатико-абулічна, на фоні явного емоційно-вольового дефіциту. Такі самоушкодження не відрізнялися складною структурою, а мали здатність бути неодноразово повторюваними протягом коротких проміжків часу. Самоушкодження при стереотипному варіанті НАП мали поверхневий характер, легкий ступінь важкості.

За швидкістю розвитку несуйцидальної аутоагресивної поведінки виділено 3 основних типи формування: гострий, підгострий та хронічний (табл. 2).

Таблиця 2

Типи формування несуйцидальної аутоагресивної поведінки

Типи формування НАП	Варіант НАП				
	маревний	галюцинаторний	компульсивний	афективний	кататонічний
Гострий	10,7 %	58,3 %	—	85,7 %	23 %
Підгострий	89,3 %	41,6 %	28,6 %	14,3 %	54 %
Поступовий	—	—	71,4 %	—	23 %

При гострому типі формування НАП зазвичай поява проявів аутоагресії мала швидкий, часто миттєвий характер та ініціювалася від секунд, як при імпульсивних приступах (23 %), до декількох годин при загостреннях маревної (10,7 %) та галюцинаторної симптоматики (58,3), або розгорталася на тлі афективної напруженості, в тривожно-ажитованому стані в осіб з вираженими змінами особистості, зазвичай за експлозивним типом (85,7 %).

Для підгострого формування НАП необхідні були більші терміни часу (від декількох діб до місяців) при окремих варіантах розвитку марення (89,3 %) та галюцинаторного синдрому (41,6 %), компульсивних самоушкодженнях (28,6 %) та кататонічних включеннях.

Поступове формування НАП було найбільш характерним для компульсивних феноменів (71,4 %) та станів вираженої дефіцитарної симптоматики з фіксацією кататонічних проявів в межах параноїдного процесу (23 %), з подальшим рецидивуванням НАП за типом кліше.

Для підвищення ефективності прогнозування самоушкоджень у хворих на параноїдну шизофренію, нами розроблений спосіб визначення ступеня ризику та прогнозування характеру самоушкоджень внаслідок несуйцидальної аутоагресивної поведінки у хворих на параноїдну шизофренію. Спосіб включає в себе клініко-психопатологічне обстеження за допомогою анкетування симптомів психічних порушень, в ході якого проводять ретельний аналіз клінічної симптоматики та визначають можливі вищеописані варіанти несуйцидальної аутоагресивної поведінки.

За даними клініко-анамнестичного обстеження підраховується показник ризику аутоагресії, який разом із сумою балів за даними психопатологічного дослідження використовується для визначення графічним способом, на спеціальному реєстраційному бланку, ступеня ризику аутоагресії. В результаті використання методики встановлюється один з трьох ступенів ризику несуйцидальної аутоагресивної поведінки: 1) *мінімальний* — ступінь ризику несуйцидальних аутоагресивних дій не перевищує середньостатистичний для хворих на шизофренію (рекомендовано: амбулаторно — продовження підтримуючої терапії, зміни режиму не потрібно, у стаціонарі можливе перебування на санаторній частині відділення при відсутності медичних протипоказань); 2) *значний* ступінь ризику (рекомендовано: амбулаторно — зміна підтримуючої терапії, рекомендації щодо стаціонарного лікування, у стаціонарі — перебування на спостережній частині відділення); 3) *високий* ступінь ризику (рекомендовано: амбулаторно — невідкладна госпіталізація, у стаціонарі — перебування на спостережній частині відділення зі суворим наглядом).

У результаті проведеного дослідження виявлено клініко-психопатологічні особливості психотичної симптоматики в період загострення захворювання у хворих з НАП, виділені основні варіанти НАП та особливості симптоматики, що домінує в генезі самоушкоджень при різних варіантах НАП, також описані типи формування НАП за швидкістю розвитку, що дозволяє підвищити ефективність прогнозування характеру реалізації аутодеструктивних дій та профілактики самоушкоджень у хворих на параноїдну шизофренію. Виділені варіанти та типи формування НАП рекомендується використовувати в клінічній практиці як доповнення до клінічного діагнозу для прогнозування можливих самоушкоджень та оцінки ризику рецидивів аутодеструктивної поведінки.

Висновки

1. Проведено аналіз способів нанесення самоушкоджень хворими основної групи та виділено основні варіанти НАП. З'ясовано, що особливо жорстокі аутодеструктивні дії дійсно найбільш характерні для хворих на параноїдну шизофренію.

2. Аналіз клініко-психопатологічної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію з проявами НАП виявив якісні особливості та розбіжності з групою контролю. Вірогідні відмінності у групі з НАП виявлені в частоті виникнення марення переслідування та наявності психічних автоматизмів у структурі параноїдного синдрому, частоті виникнення галюцинаторно-параноїдного, депресивно-параноїдного, деперсоналізаційного синдромів.

3. За ознакою психопатологічної обумовленості несуйцидальної аутоагресивної поведінки, виділено 5 клініко-психопатологічних варіантів НАП: маревний — 28 %, галюцинаторний — 24 %, компульсивний — 21 %, афективний — 14 %, кататонічний — 13 % від загального числа хворих основної групи.

4. Описано особливості симптоматики, домінуючої в генезі самоушкоджень при окремих варіантах НАП, які дозволяють прогнозувати переважний характер реалізації аутодеструктивних дій та важкість самоушкоджень.

5. За швидкістю розвитку несуйцидальної аутоагресивної поведінки виділено 3 основних типи формування: гострий, підгострий та хронічний.

6. Виділені варіанти та типи формування НАП рекомендується використовувати в клінічній практиці як доповнення до клінічного діагнозу для прогнозування самоушкоджень та оцінки ризику рецидивів аутодеструктивної поведінки з метою її профілактики.

7. Розроблений за результатами дослідження спосіб визначення ступеня ризику та прогнозування характеру самоушкоджень внаслідок несуйцидальної аутоагресивної поведінки у хворих на параноїдну шизофренію дозволяє підвищити ефективність прогнозування самоушкоджень у таких хворих.

Список літератури

1. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга и др. / Пер. с англ. — М.: Изд-во «Весь Мир», 2003. — 376 с.
2. Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (5), 259–68.
3. Ефремов В. С. Основы суицидологии. — М.: Диалект, 2003. — С. 370–431.
4. Подкорытов В. С., Кутько И. И., Павленко В. В. и др. Особенности суицидального поведения у больных шизофренией // *Вісник психічного здоров'я*. — № 4. — О., 1999. — С. 10–13.
5. Амбрумова В. С., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. — М., 1980.
6. Калуев А. Б. Биологические основы аутодеструктивности // *Арх. психіатрії* — 1999. — 1 (19). — С. 28–31.
7. Гельдер М., Тэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — К., 1997. — Т. 2. — С. 64–85.
8. Антохин Г. А. Диагностика суицидального поведения при шизофрении: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. — С. 168–176.
9. Goldney, R. D., Simpson, I. G. (1975). Female genital self-mutilation // *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 435–441.
10. Frankel, F., fc Simmons, J. Q. (1976). Self-injurious behavior in schizophrenic and retarded children // *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 512–522.
11. Бачериков А. М. Эффективность терапии хворих параноїдною шизофренією з використанням краніо-церебральної гіпотермії (клінічний та патогенетичний аналіз): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 1994.
12. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. — Самара: БАХРАХ-М, 2000 — 672 с.
13. Мангубі В. О. Клініко-психопатологічна діагностика, корекція та прогноз суїцидальної поведінки у жінок молодого віку: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 2002.
14. Исаева Е. Р., Соколовская Т. В. Исследование психологических аспектов приспособительного поведения у больных малопрогредиентной формой шизофрении с помощью методики «тест руки» // *История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сб. науч. работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической*

больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько и П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 207–208.

15. Урбах В. Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. — М.: Наука, 1975. — С. 12–17.

Надійшла до редакції 28.10.2005 р.

А. Г. Бондарчук

Клинико-психопатологическая характеристика больных параноидной шизофренией, совершивших аутоагрессивные действия несуйцидального характера и пути предупреждения самоповреждений

Харьковский государственный медицинский университет (Харьков)

Проведено обследование 200 мужчин, страдающих параноидной шизофренией, из них — 100 с несуйцидальным аутоагрессивным поведением (НАП), 50 — с проявлениями суицидального аутоагрессивного поведения, 50 больных без проявлений аутоагрессивного поведения.

В результате проведенного исследования выделены основные клинико-психопатологические варианты НАП. Выяснена зависимость особенностей самоповреждений от психопатологической симптоматики, доминирующей в развитии НАП на момент самоповреждения. Описаны отдельные варианты НАП и особенности их развития, что позволяет повысить эффективность предупреждения самоповреждений у больных параноидной шизофренией.

А. Г. Bondarchuk

Clinical-psychopathological characteristic of patients with paranoid schizophrenia who take non-suicidal autoaggressive acts and trends of their preventions

Kharkiv State Medical University (Kharkiv)

Inspection of 200 men suffering by the paranoid schizophrenia: 100 — with non-suicidal autoaggressive behaviour, 50 — with suicidal behaviour, 50 — without autoaggressive behaviour.

As a result of the research it is allocated basic clinical-psychopathological variants of non-suicidal autoaggressive behaviour.

Dependence of features self-injuries on semiology dominating in development the non-suicidal autoaggressive behaviour is found out. The established features of separate variants are recommended for using with a view of self-injury preventive maintenance at patients with paranoid schizophrenia.

УДК 616.89—036.865

Н. М. Дорошенко, аспірант

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України (Київ)

СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ҐЕНЕЗУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ АМБУЛАТОРНИХ ХВОРИХ ІЗ СКЛАДНИМ ПОХОДЖЕННЯМ ОРГАНІЧНОГО УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Незважаючи на широку мережу профілактичних заходів, що спрямовані на попередження суспільно-небезпечних дій (СНД) психічнохворих, рівень злочинності серед осіб з цереброорганічною патологією залишається високим [1, 6].

Амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку (АПДПП) є першою ланкою та своєрідним фільтром, який повинен сприяти профілактиці первинних та вторинних СНД психічнохворих. Тому,

виявлення небезпечних контингентів осіб, які потребують спостереження у примусовому порядку, є одним з завдань амбулаторної служби [9].

На думку більшості дослідників, серед суспільно небезпечних дій, що скоєні хворими на органічне ураження головного мозку, переважають тяжкі злочини [6; 14]. Привертає увагу, також, висока частка протиправних дій серед цього контингенту хворих, порівняно з іншими нозологічними групами [1; 4].