

У осіб середнього віку захворювання починається саме з емоційних порушень, соматичні симптоми виникають пізніше. Афективні розлади характеризувались наявністю зниженого настрою, тривоги, відчуття туги, плаксивості, байдужості, емоційної лабільності, дратівливості. Особистісні переживання характеризувались наявністю відчуття провини, непотрібності близьким, відсутності перспективи у майбутньому, емоційної вразливості, зниженою впевненістю у собі, втрати емоційного відгуку. Достовірно частіше у хворих похилого віку спостерігались відчуття провини (58,33 %), непотрібності близьким (44,44 %), відсутності перспективи у майбутньому (63,88 %), емоційної вразливості, втрати емоційного відгуку (55,55 %). Для хворих середнього віку характерне достовірне переважання особистісних переживань у вигляді зниження впевненості у собі (81,81 %). Специфіка особистісних переживань свідчить про більшу фіксованість хворих похилого віку на зниженні соціальної активності та попиту в оточуючому середовищі, а у хворих середнього віку — на побуюваннях втратити те, що вони мають — роботу, сім'ю, задоволення, можливості.

Виявлені афективні прояви та, особливо, особистісні переживання у вигляді відчуття непотрібності близьким, відчуття, що вони стали тягарем для своїх близьких, відчуття провини перед близькими в осіб похилого віку супроводжувались суїцидальними думками, намірами у 69,44 % (в порівнянні з контрольною групою — 24,24 %). Високий рівень суїцидальної поведінки підтверджувався не тільки клінічними результатами, але й психопатологічними дослідженнями. Так, за результатами методики СВСР — «Спосіб визначення суїцидального ризику» у пацієнтів похилого віку були зафіксовані значно вищі показники рівня суїцидального ризику ($27,57 \pm 6,57$), ніж у групі хворих середнього віку ($24,23 \pm 5,69$). Відмінності статистично значущі за критерієм Стьюдента ($p \leq 0,05$) та свідчать про більш високу внутрішню напругу, відчуття безвихідності і безнадійності власного життя, що підвищує можливість скоєння суїцидів серед осіб похилого віку з депресивними розладами.

Таким чином, депресивні розлади в осіб похилого віку характеризуються певною специфікою афективних порушень та особистісних переживань, які обумовлені сукупністю психопатологічних, особистісних, соціальних та вікових факторів.

Отримані дані необхідно враховувати під час діагностики, лікування та профілактики ризику суїцидів депресивних розладів у осіб похилого віку.

УДК 616.89.008.44

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ КРИЗИС КАК ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СУИЦИДОГЕНЕЗА

Г. Я. Пилягина¹⁾, В. Э. Семенцук²⁾, С. А. Чумак²⁾

¹⁾ Национальная медицинская академия им. П. Л. Шупика,

²⁾ Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

Последнее десятилетие высокий уровень аутоагрессивного поведения (АП) в Украине сохраняется. Научные исследования в суицидологии, как и лечение суицидентов, в настоящее время по-прежнему остается прерогативой психиатров. Однако АП — мультидисциплинарная проблема. При этом патопсихологические аспекты суицидогенеза — личностная незрелость, нарушения механизмов приспособления, уязвимость

антисуицидального барьера, аутодеструктивные паттерны поведения, неадекватность социальных компетентностей индивидуума — играют важнейшую роль в становлении манифестных форм АП. Соответственно, для выработки адекватных и эффективных методов лечения саморазрушающей активности, безусловно, необходимо понимание его патопсихологической основы с последующим применением данных знаний в комплексной терапии АП. К патопсихологической основе суицидогенеза и становления «суицидальной карьеры» мы относим различные формы и проявления экзистенциального кризиса (ЭК).

Цель нашего исследования: изучение феноменологических характеристик экзистенциального кризиса как патопсихологической основы манифестации внешних форм аутоагрессивного поведения у суицидентов с первичными и повторными агрессивными действиями (АД), его влияния на процесс становления «суицидальной карьеры».

Рабочая гипотеза исследования: становление клинически манифестных внешних форм АП обуславливается взаимопотенцированием патопсихологических проявлений ЭК личности и декомпенсацией психопатологических расстройств в суицидогенном конфликте, запускает дополнительные деструктивные формы преодолевающего поведения. Именно ЭК личности реализуется в закреплении аутодеструктивных форм преодолевающего поведения. Следовательно, адекватная и эффективная терапия АП должна включать исследование особенностей ЭК, а его появления — основная терапевтическая мишень суицидальной психотерапевтической интервенции.

На базе Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи проведено рандомизированное исследование 210 суицидентов (124 суицидента с первичными АД и 86 — с повторными). Пациенты осматривались в ближайшем постсуицидальном периоде (1—5 дней после осуществления АД). Нами были изучены феноменологические характеристики ЭК в рамках полуструктурированного интервью с помощью разработанной диагностической карты исследования суицидента, а также с помощью специально подобранной батареи методик было осуществлено патопсихологическое исследование 100 суицидентов с первичными и 60 — с повторными АД. При проведении тестового исследования использовались методики: тест депрессии А. Бека (Beck A., 1969); тест исследования психологических защит Р. Плутчека — Х. Конте (Life-style index; Plutchik R., Conte H. 1989), тест смысло-жизненных ориентаций Д. Леонтьева (СЖО; Леонтьев Д., 2003).

Согласно полученным результатам, у всех исследованных суицидентов были выявлены выраженные феноменологические характеристики ЭК. К ним можно отнести выраженные и тяжело переживаемые пациентами ощущения безнадежности, беспомощности, ненужности, непонимания, отвержения и одиночества, а также качественные нарушения волевых процессов с искаженным осмыслением актуальной суицидогенной ситуации, паттернами эскапизма на фоне субъективного неприятия своего настоящего и возможного будущего.

Однако процесс становления «суицидальной карьеры» существенно влияет на углубление ЭК с нарастанием психологической уязвимости личности и закреплением саморазрушающих паттернов преодолевающего поведения.

Для пациентов с первичными АД были характерны, прежде всего, переживание отвержения с незначительными нарушениями волевой активности по преодолению суицидогенного конфликта, тогда как в группе репитеров превалировали чувство безнадежности, беспомощности, ненужности, собственной нереализованности, бесперспективности будущего с крайне выраженными нарушениями копинг-стратегий.

Среди актуализированных защитных психологических механизмов в группе суицидентов с повторными АД превалировали регрессия, проекция и смещение, тогда как среди пациентов с первичными АД достоверно чаще наблюдался механизм отрицания.

Полученные данные позволяют улучшить понимание механизмов суицидогенеза и становления «суицидальной карьеры», а также вырабатывать эффективные терапевтические стратегии курации АП.

УДК 616.89-008.444.9

ВИЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ ФАКТОРІВ РЕЦИДИВУВАННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

*Г. Я. Пілягіна, С. А. Чумак, Є. М. Харченко,
В. Е. Семенюк, Є. В. Дубровська*

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

Однією з найбільш актуальних проблем клінічної суїцидології сьогодення є пошук об'єктивних критеріїв визначення ступеня суїцидального ризику, а також пошук ефективних методів лікування аутоагресивної поведінки (АП) та супутніх їй психопатологічних розладів. Але без адекватної діагностики власне особливостей аутоагресивної поведінки у кожному конкретному випадку неможливо проводити адекватне терапевтичне втручання. Окрім того, треба зазначити, що діагностичний процес у суїцидології у зв'язку з мультидисциплінарною основою феноменології АП має певні особливості. Діагностика АП потребує точної дефініції та диференціації власне ознак та характеристик АП. Наукові дослідження з комплексної діагностики АП є поодинокими. Хоча саме комплексна діагностика АП надає можливість визначити об'єктивні критерії оцінки вірогідності її формування та рецидивування, тобто встановити ступінь вираженості суїцидального ризику на тлі з'ясування індивідуальних клініко-патогенетичних особливостей розвитку саме руйнівних настанов, а також впроваджувати адекватні їй ефективні методи лікування аутоагресивної активності.

Під час вивчення групи суїцидентів у найближчому постсуїцидальному періоді ми змогли простежити й довести важливість окремих соціодемографічних, специфічних патопсихологічних факторів у суїцидогенезі, а також більш суттєву значущість психопатологічних розладів у патогенезі АП.

До соціодемографічних предикторів АП належать безробіття соціальна та психологічна самотність, атеїстичний світогляд. На прикладі аналізу безпосередніх причин реалізації суїцидальних спроб та суб'єктивного ставлення пацієнтів до вчинених дій можна сказати, що патопсихологічною основою АП є ступінь психологічної незахищеності особистості, виснаженості пристосувальних механізмів та закріплення ескапістських аутодеструктивних патернів реагування у психотравмуючих ситуаціях Психопатологічними предикторами суїцидогенезу є, насамперед, різні афективні розлади невротичного регістру (переваж-

но короточасні порушення адаптації). Вираженість суїцидального ризику безпосередньо залежить від хроніфікації, поглиблення регістру психопатологічних розладів та важкості їх суб'єктивних переживань.

До найбільш значущих предикторів формування АП можна віднести відчуття несприйняття теперішнього і майбутнього; відчуття нерозуміння близькими, безпомічності, непотрібності, покинутості, невимовної самотності як основні патерни ескапізму. Також предикторами суїцидогенезу є суб'єктивні переживання непереносимих депресивних почуттів, тривожності, психалгій; мотиви уникнення страждань і смерті, відмови від життя, самопожертви, самопокарання. Суїцидальний ризик суттєво високий за наявності байдужого та позитивного ставлення до реалізації аутоагресивних дій у найближчому постсуїцидальному періоді. Найбільш значущою у скоєнні аутоагресивних дій й для ризику їх повторної реалізації з високою вірогідністю реалізації життєнебезпечних саморуйнівних дій є комбінація вищезгаданих чинників.

Дані нашого дослідження підтверджують положення про те, що терапія АП повинна враховувати патогенетичні механізми її формування, високий ризик реалізації повторних аутоагресивних дій й вираженість (характер) психопатологічних порушень, супутніх саморуйнівній активності.

УДК: 616.895.8:616.89-008.494.9

АУТОАГРЕСИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. С. Подкорытов, А. В. Самохвалов

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

Современными авторами аутоагрессивное поведение трактуется как действия, направленные на причинение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Оно является комплексным понятием, в состав которого входят суицидальное поведение, неосознанные жизнеопасные действия, демонстративно-шантажные суицидальные попытки, а также преднамеренные аутодеструктивные поступки.

До настоящего времени основное внимание в изучении аутоагрессивного поведения уделялось проблеме суицидов. При этом не существует исчерпывающего описания феноменологии несуйцидальных самоповреждений, не выделены их варианты, недостаточно изучены мотивация аутодеструктивных актов, факторы риска и меры предупреждения повторных самоповреждающих действий.

Выделение несуйцидальных вариантов самоповреждений при шизофрении, установление их связей с позитивными и негативными психопатологическими синдромами шизофренического круга до настоящего времени остаются одним из актуальных вопросов клинической психиатрии.

Цель: изучение феноменологии и факторов риска развития несуйцидальных форм аутоагрессивного поведения у больных шизофренией.

Обследованы 54 больных шизофренией — 31 мужчина (57,4 %, средний возраст 34,6 ± 3,2 лет) и 23 женщины (42,6 %, средний возраст 33,7 ± 3,3 лет).

Методы: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, статистический.

Анализ мотивации совершения аутодеструктивного действия показал, что у 53,7 % больных основным