

УДК: 616. 895.87:616.89-008.444.9-055.2]-036/1:316.628

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ*І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов**Дніпропетровська державна медична академія
(м. Дніпропетровськ)*

Незважаючи на існування великої кількості праць, присвячених загальній характеристиці суїцидальної поведінки психічнохворих, залишається маловивченою мотивація аутоагресії при параноїдній шизофренії з безперервним типом перебігу. Аутоагресивні тенденції супроводжуються боротьбою вітальних і деструктивних мотивів, що базуються на особистісній настанові, причому наслідки цієї боротьби завжди залишаються непрогнозованими.

На основі обстеження 95 осіб, хворих на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом, були з'ясовані чинники ризику аутоагресивної поведінки. Вивчалась структура мотивів, що стали її безпосередньою причиною, а також тенденції щодо взаємного переходу вербальних і фізичних форм аутоагресії. Так, вивчаючи патопсихологічні особливості фізичної аутоагресії (АФ), визначили високий рівень інтроверсії хворих, які під час обстеження відрізнялися замкнутістю, заглибленістю у світ власних переживань, труднощами комунікації. При порівнянні між собою груп АВ (вербальної аутоагресії) і АФ були виявлені достовірні розходження за деякими розглянутими факторами. Це дозволило припускати імовірність реалізації фізичної аутоагресії при наявності її вербальних проявів. Таким предиктором можна вважати явища моторного психічного автоматизму, рівень якого вірогідно вищий в групі АФ. Ці хворі заявляли, що чинили аутоагресивні дії, спрямовані на себе, під тиском сторонньої сили, протидіяти якій вони були не в змозі. У хворих з фізичними формами аутоагресії відзначалися низькі значення за шкалами «непряма агресія» і «загальний індекс агресивності». При цьому після здійсненого самоушкодження у висловлюваннях хворих з'являвся жаль з приводу свого вчинку, а також думки про прийнятність інших форм виходу з критичних ситуацій.

До патопсихологічних предикторів ризику недиференційованої аутоагресії хворих на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом, виявлених за допомогою тесту Кеттла, належить також регрес комунікативних здібностей і така характеристика особистості як прямолінійність. Імовірності аутоагресії також сприяла недостатність емоційно-вольової сфери, що виражалася емоційною нестійкістю. Ці хворі відрізнялися низькою толерантністю до психогенних впливів, непевністю у собі, підвищеною дратівливістю. Важливим фактором у формуванні ризику даного виду агресії є й схильність бути в залежності від оточуючих, висока чутливість до висловленої думки інших на свою адресу, підвищений рівень тривоги. Характеристикою особистості, що підвищує ризик виникнення аутоагресивної поведінки, можна вважати і почуття власної провини у разі ускладнення міжособистісних відносин, високий рівень нейротизму, при якому мають місце надчуттєві реакції, напруженість, тривожність, невдоволення собою і навколишнім світом, ригідність, труднощі спілкування.

Таким чином, розроблені критерії ймовірно детермінують ризик аутоагресивної поведінки хворих на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом,

водночас враховують клінічну картину хвороби і патопсихологічні особливості особистості, що дозволяє з більшою ефективністю здійснювати прогноз цих форм агресії.

УДК: 616. 895.87:616.89-008.444.9-055.2]-036/1:316.

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ПРОЯВАМИ ФІЗИЧНОЇ АУТОАГРЕСІЇ*І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов**Дніпропетровська державна медична академія
(м. Дніпропетровськ)*

Досліджено 45 жінок, хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами перебігу в період загострення ендogenous процесу. В 18 жінок відзначалася аутоагресивна поведінка у вигляді суїцидальних намірів і демонстративно-шантажних суїцидальних спроб.

Структура формальних розладів мислення виражена в більшості випадків паралогічністю мислення, різноплановістю і аутичністю. Серед продуктивних розладів мислення більшу частину склали сукупність маячних ідей переслідування (69%), що спостерігалися у вигляді ідей відносин (41%) і маячних ідей переслідування. Маячні ідеї самознищення склали п'яту частину випадків серед всіх продуктивних розладів мислення. У їхній структурі марення самозвинувачення спостерігалось у половині випадків, а маячні ідеї гріховності — у 37%. Синдромологічна продуктивна симптоматика в клінічній картині хворих визначалася галюцінаторним і галюцінаторно-параноїдним синдромами (34%). Більшість жінок мали спрямованість маячних ідей на «вузьке коло» близьких і рідних (71%).

Аналіз безпосередньої мотивації фізичної аутоагресії жінок, хворих на параноїдну шизофренію, показав такі особливості. Більшість аутоагресивних дій були вчинені під впливом імперативних галюцинацій і явищ психічного автоматизму, у структуру якого входив ідеаторний і моторний варіанти. Розлади сприйняття частіше сполучалися з актуальним маренням, спрямованим на «вузьке коло» рідних і близьких. Мотив «самопокарання» спостерігався як вид протестної реакції особистості при шизофренічному розщепленні «Я» на роль судді та підсудного. Мотивація по типу «протест-помста», «заклик», «відмова-капітуляція», «нестерпність погрози» мала мінімальні прояви.

Аналіз різних варіантів диссимулятивної поведінки виявив 50% випадків «психологізації» своїх вчинків, парціальний і тотальний типи диссимуляції (по 25% випадків). Такі жінки прагнули виглядати жертвами різних, психологічно зрозумілих обставин, але тільки б не бути сприйнятими оточенням як психічнохвора людина.

Фактором, що сприяє формуванню мотивації фізичної аутоагресії, виявлена преморбідна недостатність адаптації до систематичних інтелектуальних навантажень (більша кількість, порівняно із групою контролю, випадків низької успішності у випускних класах загальноосвітньої школи та наявність незакінченого вищої освіти).

Таким чином, до факторів підвищеного ризику проявів фізичної аутоагресії у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, під час активного перебігу процесу можна віднести розлади сприйняття у вигляді імперативних галюцинацій, пов'язаних з актуальним маренням,

спрямованим на «вузьке коло» рідних та близьких, моторний психічний автоматизм, мотивація поведінки по типу «самопокарання», «заклик», «протест-помста», «відмова-капітуляція» «нестерпність погрози».

УДК 616.853:616.89-008.444.9:616.895.4

ОЦЕНКА РИСКА АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И. Н. Стрельникова

*Харьковский государственный медицинский университет
(г. Харьков)*

На современном этапе развития общества эпилепсия представляет собой одно из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний, занимая в структуре неврологической патологии 3-е, а в психиатрической — 4-е место среди других болезней, а многообразие её проявлений определяет неизменную актуальность данной проблемы для здравоохранения.

Вышеизложенное обуславливает актуальность настоящего исследования, целью которого явилась оценка риска аутоагрессивных действий у больных эпилепсией с депрессивными расстройствами.

Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое и психодиагностическое исследование 79 больных эпилепсией, обоего пола, без грубых личностных изменений и выраженного интеллектуального дефекта, у которых имелись коморбидные расстройства.

Как показали результаты исследования, у обследованных больных в структуре коморбидной патологии доминировали депрессивные расстройства. Депрессивные расстройства включали в себя: тоскливые депрессии (46,7 % обследованных) и проявлялись преобладанием тоскливого аффекта со стойким снижением настроения, раздражительностью; больные отмечали душевный дискомфорт, тяжесть в груди, возникающие на фоне физического недомогания (головная боль, кардиалгии) и сопровождающиеся моторным беспокойством. Адинамические депрессии (29,4 %) протекали на фоне сниженной активности и гипобулии, больные большую часть времени находились в постели, с трудом выполняли несложные функции по самообслуживанию. Ипохондрические депрессии (14,2 %), сопровождались ипохондрически окрашенными фобиями, сенестопатиями с интракраниальной локализацией. Тревожные депрессии (8,9 %), проявлялись в виде немотивированного беспокойства, страхов, тревоги, опасений. Депрессии с деперсонализационными нарушениями (0,8 %) проявлялись доминированием в клинической картине ощущений измененности восприятия собственного тела, окружающего, времени. Указанные переживания, в отличие от истинных пароксизмов деперсонализации, характеризовались сохранностью сознания с полной ориентировкой и носили фрагментарный характер.

Результаты психодиагностического исследования показали у обследованных больных превышение нормативных показателей уровня суицидального риска, что особенно характерно для женщин (28,5 балла мужчины и 32,5 балла женщины). По методике само-

ными расстройствами отмечались низкие результаты (мужчины — 20,1 балла, женщины — 20,6 балла), что может быть проявлением склонности к совершению аутодеструктивных действий, самоубийства.

Полученные данные позволяют определить основные направления коррекционной и профилактической работы с больными эпилепсией.

УДК 616.895.8-008.19:615.213

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

*С. И. Табачников, А. Ю. Васильева,
С. Г. Бугайцов, Ю. Ю. Мартынова*

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

Онкологическая патология относится к группе заболеваний, при которых процесс осознанного умирания нередко сопровождается выраженными депрессивными реакциями с аутоагрессивными тенденциями. Диагноз данного заболевания приводит к сильнейшему стрессу и воспринимается пациентами как «послание смерти». По данным ВОЗ суициды среди больных со злокачественными новообразованиями составляют 15—18 % от общего числа случаев аутоагрессии среди населения. Так, частота самоубийств у мужчин с онкологической патологией в 1,9 раза выше, чем без таковой, а среди больных раком женщин — в 1,6 раза выше, чем у здоровых.

Достаточно противоречивы сведения о распространенности суицидальных мыслей у больных со злокачественными новообразованиями. Так, по данным Н. В. Герасименко, из 53 пациентов, направленных для оперативного вмешательства по поводу рака желудка, ни у одного не было выявлено суицидальных мыслей, в то время как А. В. Гнездилов указывает на наличие суицидальных мыслей у 80 % обследованных им онкологических больных. Такие различия в результатах могут быть обусловлены как разными группами обследованных больных, так и наличием установки на активное выявление суицидальных мыслей и тенденций у пациентов онкологического профиля. В целом считается, что только незначительной части больных с распространёнными формами рака самоубийство представляется рациональным и неизбежным.

Многие исследователи указывают на связь выраженности аутоагрессивных тенденций с определенными личностными чертами. Так, А. В. Гнездилов выявил повышенный риск возникновения аутоагрессии у лиц с шизоидными, эпилептоидными и истерическими чертами в преморбиде. По наблюдениям автора, онкологические больные с шизоидными и эпилептоидными чертами способны совершить истинные суицидальные попытки, а у лиц с истерическими чертами суицидальное поведение является демонстративным. В то же время он связывает развитие суицидального поведения со стадией агрессии, возникающей практически у всех больных в ответ на онкологическое заболевание.

J. Holland и соавторы среди факторов, увеличивающих риск самоубийств у онкологических больных, выделяют следующие: наличие депрессии, ощущение изоляции и заброшенности семьей и близкими,