

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 клиничко-анамнестическое, клиничко-психопатологическое и психодиагностическое исследование 79 больных эпилепсией, обоого 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,

поздние стадии заболевания с выраженным болевым синдромом.

Основой суицидального поведения является тревожно-депрессивная симптоматика, которая развивается у пациентов со злокачественными новообразованиями с частотой от 7—24 % до 58—71 % случаев. Особую роль в возникновении аутоагрессивного поведения играют вид противоопухолевого лечения и успешность социально-психологической адаптации больного после его проведения. Объемные оперативные вмешательства, приводящие к существенным косметическим дефектам, провоцируют выраженные эмоциональные реакции, а отсутствие психологической поддержки онкобольного со стороны семьи способствует его изоляции, углублению депрессивных переживаний и появлению суицидальных мыслей и тенденций. Большое значение в формировании аутоагрессии имеет болевой синдром: практически все пациенты в терминальной стадии нуждаются в обезболивающей терапии. Неконтролируемая боль расценивается больными как показатель отсутствия успеха противоопухолевого лечения и провоцирует некоторых из них рассматривать самоубийство как наиболее оптимальный выход из сложившегося положения и избавление от страданий].

S. Valente и соавторы, S. Richards отводят большую роль в выявлении суицидальных тенденций у пациентов как лечащим врачам, так и медицинским сестрам онкологических отделений. По их наблюдениям, до 60 % медсестер правильно идентифицировали суицидальную настроенность больных.

В связи с вышеизложенным в обязанности врача-онколога должно входить не только непосредственное лечение пациентов основного онкологического заболевания, но и профилактика суицидального поведения у них с привлечением в лечебный процесс психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов.

Большое значение в профилактике аутоагрессивного поведения больных с распространенными формами злокачественных новообразований имеет коррекция их эмоционального состояния. Так, психотерапия направлена на стабилизацию психического состояния, независимо от стадии онкологического процесса, которая достигается путем формирования здоровой самооценки, адекватных эмоциональных методов защиты, приобретения коммуникативных навыков и опыта, оптимистического видения будущего.

Индивидуальная психотерапия, применяемая в структуре реабилитационных мероприятий, включает следующие виды: рациональная — новая оценка психотравмирующей ситуации, формирование представлений и адекватных видов реагирования; гипносуггестивная — создание эмоциональной стабильности проявлений (снятие тревоги, депрессии, страха смерти, суицидальных мыслей, алгических проявлений, расстройств сна, аппетита и др.), оптимизация восприятия окружающей среды; когнитивная — обучение больных способам и технике рационального мышления.

Групповая бихевиоральная психотерапия проводится с целью формирования адекватного активного поведения для преодоления болезни, а также активных патологических факторов стрессового состояния: тревоги, депрессии, суицидального поведения, различных невротических расстройств, обусловленных

психоэмоциональным перенапряжением, расстройств сна, социальной дезадаптации]. Позитивными в лечебном процессе являются встречи с больными, которые уже перенесли подобные операции, преодолели свой страх и находятся в состоянии компенсации.

Параллельно с индивидуальной и групповой проводится семейная психотерапия (работа с родственниками), которая направлена на обеспечение взаимопонимания, психологическую поддержку больного, оптимизацию его положения.

Несмотря на достаточно большое количество опубликованных работ зарубежных исследователей, посвященных проблемам аутоагрессивного поведения больных с распространенными формами злокачественных новообразований, многие вопросы требуют более детального изучения. Наш опыт показывает, что своевременное применение комплекса диагностических, коррекционных и психотерапевтических мероприятий позволяет добиться существенных результатов в предупреждении суицидов среди данного контингента пациентов.

УДК 616.89-008.444.9:616.13-004.6:616.899

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНОГО С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

А. И. Тарасенко, В. С., Кухарев

*Кировоградская областная психиатрическая больница
(г. Кировоград)*

Несуицидальные самоповреждения являются одним из видов аутоагрессии и трактуются как действия, направленные на причинение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. По данным современных авторов самоповреждения являются самыми разнообразными. Наша публикация посвящена редкому случаю, который в литературе вообще еще не был описан.

Больной Г., 67 лет, находился на стационарном лечении впервые в жизни с 17.05.2007 г. по 17.11.2007 г. по поводу атеросклеротической деменции с депрессией. Ранее у больного имели место суицидальные попытки (вскрывал вены). В отделении на фоне дементного синдрома отмечалась депрессивная симптоматика: больной сообщал, что у него все болит и что он не хочет жить. Вечером 27.10.2007 р., находясь в палате и лежа на койке, в течение крайне малого промежутка времени больной голыми руками внезапно вырвал себе оба глаза. С диагнозом: анофтальм обоих глаз, в urgentном порядке был доставлен в офтальмологическое отделение, где ему произведена хирургическая обработка ран орбитальных полостей.

По свидетельству оперирующих офтальмологов, на аутоэнуклеацию одного глаза необходимо не более 1,5 минут. В отделении больной продолжал принимать активное лечение антидепрессантами, ноотропами, принимал симптоматическое лечение. В последующем больной предпринял попытку энуклеации, которая была предотвращена.

Данный редкий случай указывает на необходимость длительного и непрерывного наблюдения за больными с вышеуказанной патологией.