

самоубийства или же повторные попытки. Попытки самоубийств при алкоголизме имеют свои отличия, в зависимости от состояния, в котором они предпринимаются, а именно: на фоне опьянения, абстиненции, алкогольной деградации личности, в структуре острого и хронического психотического состояний.

Для простого алкогольного опьянения характерно усложнение и усиление психогенных аффективных реакций, болезненная актуализация и гиперболизация реальных психотравмирующих факторов, усиление эмоциональной неустойчивости, импульсивности. Аутоагрессивные действия обычно совершаются без заблаговременной подготовки, а мотивами чаще служат семейные конфликты. Из способов самоубийств преобладают самопорезы и повешения. Наибольший удельный вес самоубийств составляют лица с эпилептоидным, эксплозивным и депрессивным характером опьянения. У пациентов с чертами истеричности, а также с неизменной картиной опьянения частота суицидов незначительна.

В состоянии абстиненции суицидальные поступки в большинстве случаев связаны с депрессивной симптоматикой и раздражительным типом аффекта.

При хроническом течении алкоголизма повышенная суицидальная опасность связана с особенностями личности, формирующимися в процессе алкогольной зависимости: аффективная неустойчивость, сенситивность, склонность к импульсивным действиям, психопатические и астенические проявления алкогольной деградации, социальная неустроенность больных, а также с непосредственным действием алкоголя, характерными проявлениями хронического алкоголизма и алкогольных психозов, характером опьянения.

Аутоагрессивные действия при острых алкогольных психозах обычно провоцируются содержанием психотических переживаний — императивным характером слуховых галлюцинаций, зрительными обманами, бредовыми переживаниями и связанными с ними витальными аффектами тревоги и страха, доходящими в отдельных случаях до степени раптуса.

При хронических алкогольных психозах суицидальные действия наблюдаются гораздо реже, однако вследствие сложности и многообразия клинических проявлений этих состояний часто завершаются необычными и жестокими способами: самоожжением, огнестрельными и ножевыми ранениями, поражением электрическим током, падением с высоты и под колеса автотранспорта, отравлениями. Аутоагрессивные акты, как правило, совершаются в ночное время, на высоте психотического состояния. Алкогольный параноид часто сопровождается общественно опасными деяниями с последующей аутоагрессией в виде суицидальных действий.

Алкогольная деградация личности с психопатизацией и массивной истерической симптоматикой, снижением интеллектуальной продуктивности, выраженной истоцаемостью, своеобразной эмоциональной организацией является основной причиной развития демонстративно-шантажных аутоагрессивных тенденций, с целью вызвать жалость и сочувствие окружающих, или служат в целях «материального» вымогательства.

По мере нарастания признаков алкогольной деградации ведущими мотивами суицидальных попыток являются гипертрофированные личностные обиды. Аутоагрессивные действия совершаются как в состоянии алкогольного опьянения, так и вне его, путем вскрытия вен, отравления, повешения, падения с вы-

соты. По мере нарастания тяжести проявлений черт деградации личности, связанных с формированием психоорганического дефекта, тем реже фиксируются истинные суицидальные тенденции.

УДК 616.89-008.441.13-055.1:616.89-008.444.9

ПОКАЗАТЕЛИ И ФОРМЫ АГРЕССИИ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ГАШИШНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

М. А. Шах

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования (г. Харьков)*

В последние годы в психологии все больше внимания уделяется изучению психических состояний, свойственных не только наркозависимым — стрессу, тревоге, беспокойству, ригидности и фрустрации, которые в определенной степени отражаются на всей психической сфере индивида. Одна из самых частых реакций на фрустрацию — агрессия — включает в себя не только прямое нападение, но и угрозу, желание напасть, враждебность. Состояние агрессии может быть внешне ярко выражено, но может носить и скрытый характер в форме недоброжелательности и озлобленности. Типичное состояние при агрессии характеризуется острым, часто аффективным переживанием гнева, импульсивной беспорядочной активностью, злостью, в ряде случаев — желанием на ком-то сорвать зло. Особый вид агрессии — аутоагрессия, направленная против самого себя и выражающаяся в самообличении, самобичевании, иногда самоповреждениях. Таким образом, агрессия является одним из ярко выраженных стенических или активных проявлений фрустрации.

Целью нашей работы было исследование показателей и форм агрессии у мужчин, страдающих гашишной зависимостью. В соответствии с поставленной целью мы использовали методику А. Басса и А. Дарки в адаптации А. К. Осницкого. Для удобства сопоставления полученные данные были переведены в нормированные показатели, характеризующие групповые результаты.

Группу обследованных составили 100 мужчин в возрасте от 17 до 37 лет, страдающих гашишной зависимостью, среди которых были выявлены две подгруппы: первую составили 55 человек с I стадией, где сроки потребления гашиша составляли от 1 года до 5 лет, и вторую подгруппу составили 45 человек со II стадией гашишной зависимости, со сроком потребления 6 и более 10 лет, обратившихся за помощью в наркологический кабинет. В качестве контрольной группы были обследованы 30 здоровых мужчин, обратившихся в наркологический кабинет по поводу получения справки о состоянии здоровья для получения водительского удостоверения.

В результате проведенного нами исследования были получены следующие данные. В первой подгруппе основной группы довольно высокими были нормированные показатели вербальной (77,9), физической (76,2), косвенной (75,9) форм агрессии и раздражительности (69,7); индекс агрессивности составлял 76,2, индекс враждебности 55,7 баллов. Во второй подгруппе основной группы преобладали показатели по шкале подозрительность (112,4), обида (98,2), чувство вины (97,7) и негативизм (95,5); индекс агрессивности составлял 88,4, а индекс враж-

дебности — 105,3. В контрольній групі домінували показателі по вербальній (71,4) і фізическій (66,7) формам агресії, котрі були значительно ниже, чем в основній групі. Остальні показателі були практичеські равнозначними. Індекс агресії составил 67,2, индекс враждебности — 57,9 баллов. Сопоставление полученных данных свидетельствует о том, что у мужчин с гашишной зависимостью ярко выражены свойства личности, характеризующиеся наличием деструктивных тенденций в области субъектно-субъектных отношений.

Таким образом, во многих случаях мощными детерминантами агресії могут являться некоторые устойчивые характеристики потенциальных агрессоров — те личностные черты, индивидуальные установки и склонности, которые остаются неизменными вне зависимости от ситуации. Что касается агресії мужчин с гашишной зависимостью, то в качестве аффектирующих агрессивное поведение психологических характеристик проявляются такие черты как боязнь общественного неодобрения, раздражительность, тенденция усматривать враждебность в чужих действиях (предвзятость атрибуций враждебности), убежденность индивида в том, что он в любой ситуации не может быть хозяином своей судьбы (локус контроля), склонность испытывать чувство стыда и вины во многих ситуациях.

В практике психологического консультирования знание проявлений различных форм агресії является значимым для понимания поведения зависимой личности, поскольку выявление индивидуальных способов реагирования во многом обуславливают успешность психологической коррекции гашишной зависимости.

УДК 616.89-008.444.9-07:616.45-001.1/3

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ З АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов, В. А. Кожевнікова
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є однією з найбільш несприятливих форм психічних розладів, що виникають внаслідок впливу екстремальних подій. Відмічено, що серед осіб, які пережили життєво небезпечні ситуації, існує велика кількість пацієнтів з різними формами аутоагресивної поведінки (за літературними даними частота суїцидів серед хворих на ПТСР у середньому становить 7—10 %, частота суїцидальних думок — 38—45 %, а в деяких випадках — 57—60 %).

Для визначення клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей хворих з аутодеструктивною поведінкою було обстежено 22 особи з діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад» — 9 чоловіків і 13 жінок у віці від 18 до 46 років, які пережили ті чи інші екстремальні події (фізичне або сексуальне насильство — 23 % і 44 % випадків відповідно, загрозу зброєю — 19 %, транспортну аварію — 14 %) і які мали в анамнезі як мінімум одну незакінчену суїцидальну спробу.

Було виявлено, що серед усіх клінічних варіантів ПТСР у пацієнтів з аутоагресивною поведінкою най-

більш частіше спостерігалися тривожний, астенічний та іпохондричний. *Тривожний варіант* характеризувався високим рівнем немотивованої тривоги, часто з вегето-судинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображали події пережитої психотравмуючої ситуації. При цьому аутодеструктивні дії мали місце на піці тривожного стану і виступали як чинник, який «призупиняє» тривожний афект. Домінуючими ознаками *астенічного варіанту* були почуття слабкості та млявості, депресивний фон настрою, який поєднувався з відчуттям безнадійності, втратою життєвої перспективи, а також проявами пасивності і рисами ангедонії. Суїцидальні наміри в рамках такого варіанту були проявом пасивного протесту проти стану безпорадності, неспроможністю спрогнозувати майбутнє. *Іпохондричний варіант* відзначався вираженими соматичними скаргами, які виникали на тлі недиференційованої гіпотимії з чіткими фобічними включеннями, що супроводжувались унікаючою поведінкою. Основним мотивом щодо реалізації аутоагресивної поведінки була спроба «втечі від свого захворювання».

Наявність суїцидальних думок і тенденцій в структурі ПТСР є однією з ознак несприятливого перебігу цього психічного розладу. Як правило, у таких хворих мав місце *прогредієнтний тип перебігу* захворювання. Також у значній кількості цих пацієнтів відмічалась коморбідна патологія у вигляді депресивних розладів і різних форм хімічної залежності (переважно від алкоголю і ліків).

Було також встановлено, що наявність у клінічній картині ПТСР аутоагресивних проявів пов'язана зі змістом і характером психотравмуючої події, а також особистісними особливостями постраждалих внаслідок життєво небезпечних ситуацій. За даними наших досліджень, у жертв екстремальних подій формується специфічний *постстресовий патопсихологічний симптомокомплекс* (наявність та подальше посилення рис підозрливості і відгородженості, своєрідність та ригідність поведінкових і емоційних реакцій, обмеженість діапазону і стереотипність механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій, обмеженість мікросоціальних зв'язків, соціальної підтримки і формування унікаючої поведінки), який є проявом особистісної деформації внаслідок травматичного впливу.

Результати проведених досліджень свідчать, що формування у хворих на ПТСР суїцидальної мотивації та її поведінкової реалізації обумовлена характером та динамічними змінами складних співвідношень між характеристиками стресової події, особливостями преморбідних рис, ступенем особистісних деформацій, рівнем розвиненості і якістю соціальних чинників.

УДК 616.853-085+616.89-008.441.44

СОЦІАЛЬНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ПРЕДИКТОРИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Я. В. Щеглова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

Проблема аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію в останні роки набула особливої актуальності у зв'язку зі значним зростанням частоти самогубств серед цього контингенту хворих. З метою виявлення