

дебности — 105,3. В контрольній групі домінували показателі по вербальній (71,4) і фізичній (66,7) формам агресії, які були значно нижче, ніж в основній групі. Решта показателі були практично рівнозначними. Індекс агресії склав 67,2, індекс ворожості — 57,9 балів. Порівняння отриманих даних свідчить про те, що у чоловіків з глибокою залежністю від алкоголю виражені риси особистості, які характеризуються наявністю деструктивних тенденцій в області суб'єктно-суб'єктних відносин.

Таким чином, в багатьох випадках сильними детермінантами агресії можуть бути деякі особистісні риси потенційних агресорів — це особистісні риси, індивідуальні установки і схильності, які залишаються незмінними незалежно від ситуації. Що стосується агресії чоловіків з глибокою залежністю від алкоголю, то в якості факторів агресивного поведінки психологічних характеристик проявляються такі риси як страх суспільного осуду, подразливість, тенденція сприймати ворожості в чужих діях (передвзятість атрибуцій ворожості), впевненість індивіда в тому, що він в будь-якій ситуації не може бути господарем своєї долі (локус контролю), схильність сприймати почуття сорому і провини в багатьох ситуаціях.

В практиці психологічного консультування знання проявлених різних форм агресії є важливими для розуміння поведінки залежної особистості, оскільки виявлення індивідуальних способів реагування в багатьох випадках забезпечує успішність психологічної корекції глибокої залежності.

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, астеничний 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 *астеничного 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 гіпотонії з чіткими фобічними включеннями, що супроводжувались унікальною 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 *прогресивний 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 унікальної 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