

Для пациентов с первичными АД были характерны, прежде всего, переживание отвержения с незначительными нарушениями волевой активности по преодолению суцидального 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 суцидентов 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 суцидогенеза и становления «суцидальной 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 суцидов. 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

мотивом был мотив «избежания» (по А. Г. Амбрумовой и соавт.). При этом объяснения больных отличались вычурностью, нелепостью, алогичностью. Менее распространенными были мотивы «самонаказания», «призыва» и «протеста» — 7,4 %, 5,6 % и 3,7 % соответственно. У 20,4 % мотивация не поддавалась классификации в силу сложности фабулы бредовых переживаний, символизма мышления, у 9,3 % — в силу грубой дезорганизации психической деятельности.

По степени тяжести самоповреждения классифицировались как легкие, средней тяжести и тяжелые. У мужчин легкие самоповреждения были нанесены в 61,3 % случаев, средней тяжести — в 29,0 %, тяжелые — в 9,7 % случаев. У женщин наблюдался больший удельный вес легких самоповреждений — 69,6 % случаев, несколько меньшая частота средних (21,7 %) и тяжелых (8,7 %) самоповреждений в сравнении с мужчинами.

По характеру наносимых травм наиболее частыми были порезы ножами, лезвиями, бритвами, колотые раны различными заостренными предметами, укусы и ожоги, наносимые общедоступными источниками огня (спички, зажигалки, резе — бытовые электроприборы). Значительно реже использовались растворы сильных кислот и щелочей, нанесение увечий происходило по специальному «ритуалу».

У более чем половины больных описанные аутоагрессивные действия повторялись многократно, в большинстве случаев имели комбинированный или стереотипный характер. У 42,6 % больных аутоагрессивные действия сочетались с гетероагрессивными тенденциями.

Анализ клинической картины заболевания больных с аутоагрессивными тенденциями показал, что более чем в половине случаев (57,4 %) самоповреждения входили в структуру бредовых и галлюцинаторно-бредовых синдромов, в каждом пятом случае (22,2 %) они были связаны с обсессивно-компульсивными явлениями, реже (11,1 %) являлись следствием депрессивного синдрома.

В результате проведенного исследования было установлено, что наиболее значимыми факторами риска аутоагрессивного поведения являются наличие аутоагрессивных действий в анамнезе, преобладание в клинической картине заболевания бредовых, галлюцинаторно-бредовых переживаний и обсессивно-компульсивной симптоматики. У мужчин аутоагрессивное поведение встречается с большей частотой, а сами повреждения имеют более тяжелый характер, что должно учитываться в лечении больных.

УДК:616.89-036.865

### **АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПСИХІЧНОХВОРИХ НА ЕТАПІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ**

*Г. А. Пріб*

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

Самостійне, незалежне, якісне життя людини з психічними розладами залежить від багатьох чинників, серед яких провідну роль відіграють рівень самооцінки, критика та наявність й глибина суїцидальних тенденцій (СТ). Вказані категорії є базовими складовими при визначенні та прогнозуванні ступеня обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності (СН) па-

цієнта. СТ є важким дезадаптуючим чинником та своєрідним індикатором якості медичної допомоги. Отже неврахування рівня самооцінки, критики та СТ на етапі розроблення реабілітації унеможливує її проведення та призводить до СН пацієнтів.

Мета: дослідити рівень самооцінки, критики, наявності та глибини СТ у пацієнтів, які страждають на психічні розлади, на етапах медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Завдання: визначити рівень самооцінки, критики, наявності та глибини СТ у хворих з психічними розладами на етапах медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Обстежено 327 пацієнтів (досліджувана група) та 211 пацієнтів (група порівняння). Пацієнти верифіковані за категоріями МКХ-10: F 07, F 20, F 21, F 23, F 25, F 41, G 40. Аналіз медико-експертних справ (МЕС) проводився за сприянням Управління МСЕ МОЗ України.

Методи дослідження: структуроване інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Виявлено, що у пацієнтів досліджуваної групи переважає діагностування зниження критики (48,0 %). У групі порівняння та за даними МЕС у більшості пацієнтів визначається відсутність критики — 70,0 % та 89,3 % ( $p < 0,01$ ). Встановлено, що гіпердіагностика відсутності критики призводить до розроблення «пасивних» реабілітаційних програм. Самооцінка вивчалася з точки зору збереження здатності пацієнта вести незалежний спосіб існування у суспільстві. У досліджуваній групі зниження самооцінки діагностовано у 46,0 %, у групі порівняння — 66,0 %, за даними МЕС — 86,0 % ( $p < 0,01$ ). Встановлено, що визначення рівня самооцінки як «зниженого» та відповідно розроблення неадекватних реабілітаційних заходів обумовлює втрату пацієнтами уявлення про свої можливості. Тобто «пасивні» реабілітаційні заходи, спрямовані лише на «формальне» пристосування пацієнта, руйнують наявний потенціал особистості, формують настановну поведінку та призводять до СН.

Розподіл СТ у обстежених пацієнтів виглядав таким чином. Спроби діагностувалися у 30 ( $10,0 \pm 3,0$  %) пацієнтів досліджуваної та 20 ( $10,0 \pm 3,0$  %) пацієнтів групи порівняння, за даними МЕС у ( $12,6 \pm 3,3$  %) хворих ( $p < 0,01$ ). Думки відповідно у 60 ( $20,0 \pm 4,0$  %), 20 ( $10,0 \pm 3,0$  %) та 35 ( $11,7 \pm 3,2$  %) пацієнтів ( $p < 0,01$ ). Відсутність СТ встановлено у 210 ( $70,0 \pm 4,5$  %) пацієнтів досліджуваної та 156 ( $78,0 \pm 4,1$  %) групи порівняння, за даними МЕС у 227 ( $75,7 \pm 4,3$  %) пацієнтів ( $p < 0,01$ ). У цілому діагностика наявності та глибини СТ у пацієнтів досліджуваної групи, групі порівняння та за даними МЕС збігається. Така ситуація є передбачуваною, оскільки наявність СТ достеменно вивчається на усіх ланках психіатричної допомоги. Проте, як свідчать результати досліджень, встановлення наявності та глибини СТ лише шляхом опитування пацієнта призводить до діагностичних помилок.

Визначено, що у психіатричних закладах повинні обов'язково впроваджуватися скринінгові методики діагностики наявності та глибини СТ. Встановлено, що використання в умовах МЕС тільки висновків лікувальних закладів щодо рівня самооцінки, критики, наявності та глибини СТ є необґрунтованим, оскільки впродовж періоду від здійснення клініко-психопатологічного та експериментально-психологічного дослідження у лікарні, на яке спирається експерт, клінічний та психологічний стан пацієнтів змінюються.