

8. Орловская Д. Д., Жариков Н. М., Тиганов А. С. Психиатрия в XXI веке // Там же. — 2000. — № 1. — С. 6—13.
 9. Antony M. M. et al. Anxiety disorders and their treatment: a critical-review of evidence-based literature. — Ottawa (ON): Health Canada; 1996.
 10. Bystritsky A. Diagnosis and treatment of anxiety // Focus. Summer. — 2004. — Vol. 2, № 3. — P. 333—342.
 11. Dunner D. et al. Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity // *Depress. Anxiety*. — 2001; 13: 57—71.

12. Jitender S. Anxiety disorders associated with physical conditions // *Arch. Intern. Med.* — 2006; 166: 2109—2116.
 13. Kessler R. C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results of the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen Psychiatry*. — 1994; 51: 8—19.
 14. Leon A. C. et al. The social cost of anxiety disorders // *Br. J. Psychiatry*. — 1995; Suppl. 27: 19—22.

Надійшла до редакції 03.07.2007 р.

Д. М. Андрейко

Тривожно-фобічні розлади у хворих на скроневу епілепсію

*Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня
(Дніпропетровськ)*

Обстежено 130 хворих на скроневу епілепсію. Різного ступеня вираженості тривожно-фобічні розлади встановлені у всіх хворих групи дослідження.

Клінічна картина тривожно-фобічних розладів корелювала з преморбідними розладами особистості. Вираженість тривожно-фобічних розладів корелює з прогресивністю епілептичного процесу. Терапія епілепсії та тривожно-фобічних розладів, яка розпочата в більш ранні терміни від початку захворювання, підвищує ефективність лікування епілепсії та тривожно-фобічних розладів.

D. M. Andrejko

Uneasy-phobical disorders of patients with temple epilepsy

*The Dnipropetrovs'k region Clinical Psychiatric Hospital
(Dnipropetrovs'k)*

One hundred and thirty patients with temple epilepsy have been examined. The different kinds of uneasy-phobical manifestation of all patients being investigated have been established.

The clinical picture of uneasy-phobical disorders was correlated with premorbid peculiarities of a person. The manifestation of uneasy-phobical disorders is correlated with the progredientes of the epileptic process. The therapy of epilepsy and uneasy-phobical disorders, which have begun in the earliest period since the disease's beginning, improve the effectiveness of epilepsy's treatment and uneasy-phobical disorders.

УДК 616. 89-008. 441.44

А. М. Бачериков, *д-р мед. наук, професор, зав. відділом невідкладної психіатрії та наркології;*

І. Г. Мудренко, *позаштатний науковий співробітник*

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

**АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У ХВОРИХ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ
(діагностика, клініка, лікування)**

Актуальність теми, що вивчається нами, обумовлена високим рівнем самогубств у світі і в Україні зокрема. Як відомо, рівень самогубств у країні склав 29 на 100 тис. населення, що дозволяє віднести Україну до країн з високим рівнем самогубств [1—3]. Аутоагресивна поведінка є однією з основних причин смерті психічнохворих, тому вивчення предикторів формування аутоагресивної поведінки на ранньому етапі розвитку захворювання дозволить своєчасно виявляти осіб з високим суїцидальним ризиком і проводити їхнє лікування і профілактику аутоагресивної поведінки.

Метою нашого дослідження було: на підставі вивчення клініко-психопатологічних, психодіагностичних, соціально-статутних особливостей хворих з першим епізодом психозу виявити предиктори формування аутоагресивної поведінки і розробити на їх основі методи медикаментозної та немедикаментозної профілактики аутоагресивної поведінки в осіб з високим суїцидальним ризиком.

У своїй роботі ми використовували клініко-психопатологічний і психодіагностичні методи дослідження. Результати дослідження опрацьовані за допомогою методів варіаційної статистики. Психодіагностичні методи включали: спосіб визначення суїцидального ризику, методику самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів, опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Chec List-90-Revised — SCL-90-R), шкалу оцінки негативних та позитивних симптомів (PANSS).

Для реалізації поставленої перед нами мети обстежено 100 хворих з першим епізодом психозу, вперше госпіталізованих до психіатричного стаціонару, які перебували на лікуванні в гострому психіатричному відділенні Сумського обласного психіатричного диспансеру в період з 2004 по 2007 р. Психопатологічні прояви першого психотичного епізоду діагностувались згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10). В нозологічному аспекті хворі розподілились таким чином: 39 % — пацієнти з параноїдною формою шизофренії (F 20.0), 26 % — з простою (F 20.6), 35 % — хворі з гострим поліморфним психотичним розладом з симптомами шизофренії (F 23.1).

Клініко-анамнестичні дані свідчили, що 58 обстежених мали аутоагресивні прояви у вигляді суїцидальних думок, рішень, намірів, спроб, симуляції суїциду.

До контрольної групи увійшли 42 хворих без будь-яких ознак аутоагресивної поведінки.

Результати дослідження хворих з першим психотичним епізодом дозволили виділити такі особливості.

Встановлено, що у формуванні аутоагресивної поведінки у хворих з першим епізодом шизофренії вагому роль відіграють такі групи чинників: *соціально-статутні* — жіноча стать, вік 20—29 років, наявність вищої або середньої освіти; відсутність особистої сім'ї, конфліктні відносини в сім'ї (67,13 %), втрата роботи (56,15 %), незадоволеність матеріально-побутовими умовами (45,82 %) і психоемоційне перенапруження (38,97 %); *конституційні* — суїцидальна поведінка у родичів (5,17 %), завершені самогубства серед близьких родичів (15,50 %),

спадкова обтяженість психічними захворюваннями та наявність особово змінених родичів (82,00 %).

За способом аутоагресивної поведінки хворі розподілились таким чином: самоотруєння — 6,90 %, самопорізи — 5,17 %, падіння під рухомий транспорт — 3,45 %, колото-різані поранення нанесли собі 5,17 % хворих, химерні спроби (татування, схильність до хірургічних втручань, відмова від їжі і т. д.) склали 12,10 %.

Таким чином, хворі з першим психотичним епізодом частіше за все як варіант аутоагресії використовували химерні спроби та самоотруєння. 31,00 % пацієнтів на момент надходження до стаціонару мали аутоагресивні прояви у вигляді думок про небажання жити, ідей самозвинування та самоприниження.

Розподіл способів суїциду в залежності від статі продемонстрував, що жінки частіше скоювали самогубства шляхом самоотруєння (12,5 %), тоді як у чоловіків переважали високотравматичні способи самогубств: колото-різані поранення грудної та брюшної порожнин (11,6 %), самоповішення (7,69 %), самопорізи (7,69 %) і комбіновані способи (7,69 %).

Аналіз клінічних проявів у обстежених показав, що серед осіб з аутоагресивними проявами було 22,40 % пацієнтів з простою формою шизофренії, 37,90 % — з параноїдною, 32,8 % — з гострим поліморфним психотичним розладом.

Таким чином, отримані дані свідчать, що найбільший ризик виникнення аутоагресивної поведінки при маніфесті гострого поліморфного психотичного розладу і параноїдної форми шизофренії.

Проведений клініко-психопатологічний аналіз дозволив виділити основні клініко-психопатологічні симптоми, які переважали у хворих з аутоагресивною поведінкою.

Серед розладів сприйняття найбільш часто спостерігались деперсоналізація (36,20 %) та дереалізація (27,60 %), слухові псевдогалюцинації (58,60 %), тактильні галюцинації (27,60 %), рідше — істинні слухові (17,20 %) та зорові (13,80 %) розлади сприйняття.

Розлади мислення були представлені у вигляді розірваності і паралогічності (46,60 %), порушення висновків (53,30 %), зниження рівня узагальнення (34,50 %), відчуття вкладення та відкритості думок (44,80 %), пізніше розлади мислення проявлялися у вигляді нав'язливих думок та побоювань (51,70 %), маревних ідей відношення (43,10 %), переслідування (48,30 %), фізичної і гіпнотичної дії (46,60 %), засудження (20,70 %) і самоприниження (27,60 %).

Емоційний стан хворих з аутоагресивною поведінкою характеризувався внутрішнім неспокоєм (53,40 %), страхом та тривогою (58,60 %), відчуттям внутрішньої спустошеності (32,80 %).

Усі хворі різною мірою виявляли зниження і збочення інстинктивної діяльності, гіпобулію (46,60 %), зниження соціальних потягів (48,30 %) та потягу до спілкування (39,70 %), амбітендентність та негативізм (37,90 %).

Поведінка хворих у 53,43 % випадків була неадекватною і обумовлена змістом галюцинаторно-маревних хвилювань, ці хворі на момент надходження до психіатричного стаціонару перебували в стані психомоторного збудження.

Сталим симптомом у всіх хворих з першим психотичним епізодом були різні порушення сну.

Під впливом вербальних псевдогалюцинацій загрожуючого або імперативного характеру 58,00 % пацієнтів виказували думки про небажання жити або вже вчинили

аутоагресивні дії безпосередньо перед надходженням до психіатричного стаціонару.

У результаті проведеного нами порівняльного аналізу клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів основної і контрольної груп були виділені клініко-психопатологічні предиктори, які сприяли формуванню аутоагресивної поведінки у хворих з першим психотичним епізодом. До них належать симптом дереалізації; відчуття вкладення, відкритості і навіювання думок; маревні ідеї засудження і самоприниження; розірваність і паралогічність мислення; психомоторне збудження; внутрішнє хвилювання; спроби самогубства у минулому.

Вивчення суїцидальної поведінки проводилось з урахуванням взаємодії клінічних, індивідуально-особистісних та ситуаційних чинників. В залежності від клінічного варіанту формування аутоагресивної поведінки хворі розподілилися таким чином [4]: у 44 хворих (75,90 %) аутоагресивна поведінка формувалася за психопатологічним варіантом, що свідчить про те, що провідне місце у формуванні суїцидальної поведінки у хворих з першим психотичним епізодом належить маячним, галюцинаторно-маячним, депресивно-маячним синдромам, які значною мірою спотворюють сприйняття навколишнього.

До афективного варіанту належали 6 хворих (10,30 %), які вчинили аутоагресивні дії, внаслідок значущої психогенної ситуації і наростаючої соціально-психологічної дезадаптації особистості. Даний варіант аутоагресивної поведінки характеризувався коротким передсуїцидальним періодом від декількох годин до декількох діб.

Світоглядний варіант аутоагресивної поведінки зареєстровано у 8 (13,80 %) хворих, він формувалася внаслідок особливого аутистично-песимістичного світогляду. У пацієнтів цієї групи внаслідок наростаючих змін особистості і негативних розладів формувалася синдром «ізоляції», суїцидогенний конфлікт не мав реального підґрунтя і виникав на фоні своєрідного світогляду.

Дослідження рівня суїцидального ризику у хворих з першим психотичним епізодом показало, що він становить 24,40 бала, що в два рази перевищує нормативні показники. У пацієнтів з основної групи показник суїцидального ризику складав у середньому 30,31 бала, що свідчило про високий ризик аутоагресивної поведінки. У контрольній групі цей показник склав 18,12 бала, що відображало практично повну відсутність суїцидального ризику у цих пацієнтів. У пацієнтів з першим епізодом психозу оцінки показника суїцидального ризику були практично однорідними і не залежали від клінічної форми захворювання.

Аналіз результатів дослідження за методикою самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (пресуїцидального синдрому) дозволив визначити, що для пацієнтів з першим психотичним епізодом з суїцидальним ризиком в порівнянні з контрольною групою були характерні такі особливості: звуження когнітивних функцій ($p \leq 0,01$), уникнення міжособових контактів ($p \leq 0,01$), наявність афективних ($p \leq 0,001$) і вегетативних ($p \leq 0,05$) порушень, вираженість аутоагресії ($p \leq 0,005$) і імпульсивності ($p \leq 0,01$).

У пацієнтів з суїцидальним ризиком пресуїцидальний синдром за всіма показниками був помірно виражений, тоді як для хворих без суїцидального ризику він був низький.

Результати тесту вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) свідчать, що для пацієнтів

з високим суїцидальним ризиком характерний підвищений рівень міжособової сензитивності (1,46), паранойяльних симптомів (1,45), обсесивно-компульсивних симптомів (1,39), тривожності (1,32), депресії (1,30), фобічної тривожності (1,04), психотизму (1,17) і ворожості (0,93). Отримані дані свідчать, що такі особливості хворих як відчуття незручності під час спілкування, підвищена чутливість до оцінок оточуючих ($p \leq 0,01$), відсутність довіри до людей, підозрілість ($p \leq 0,005$), труднощі в прийнятті рішень, наявність нав'язливих думок ($p \leq 0,005$), відчуття страху, напруженості і тривоги ($p \leq 0,005$), наявність суїцидальних думок, відчуття безнадійності, вини і самотності ($p \leq 0,005$) сприяють підвищенню суїцидального ризику у пацієнтів з першим психотичним епізодом. Необхідно відзначити, що рівень соматизації у пацієнтів цієї групи був середньонормативним і склав 0,96 бала.

Нами був проведений факторний аналіз суїцидального ризику з провідними патопсихологічними синдромами, на підставі чого отримані кореляції суїцидального ризику у хворих досліджуваних груп.

Виявилось, що найсильніші позитивні взаємозв'язки має суїцидальний ризик з психопатичними проявами (0,608), обсесивно-компульсивними симптомами (0,618), рівнем міжособової сензитивності (0,669) і ворожістю (0,686). Дослідження світоглядного варіанту аутоагресивної поведінки дозволило визначити взаємозв'язок деяких показників з вираженістю суїцидального ризику у пацієнтів з першим епізодом психозу. Звуження когнітивних функцій (0,606), уникнення міжособових контактів (0,565), вираженість рівня аутоагресії (0,617) і імпульсивності (0,512) призводять до підвищення ризику аутодеструктивної поведінки (0,973).

Серед загальних психопатологічних симптомів за результатами шкали PANSS сильний взаємозв'язок з СР мали підвищене відчуття провини (0,667), пригнічений настрій (0,781), напруженість (0,818), збудження (0,860) і зниження концентрації уваги (0,906). Також сприяла підвищенню рівня суїцидального ризику у хворих з першим психотичним епізодом наявність структурно-логічних розладів мислення (0,914), підозрілість, ворожість і відмова від співпраці (0,810). Нами виявлена негативна кореляція між рівнем суїцидального ризику та задоволеністю хворих станом здоров'я.

Для лікування хворих з вираженим суїцидальним ризиком нами застосовувалась комплексна невідкладна суїцидологічна допомога із застосуванням невідкладної психофармакотерапії в комплексі з психотерапією [5]. Невідкладна фармакотерапія була направлена на зниження вираженості провідного психопатологічного синдрому. Перевагу у лікуванні хворих з високим суїцидальним ризиком з першим психотичним епізодом ми надавали атиповому нейролептику амисульприд у середньодобовій дозі 200—400 мг. Вибір нейролептику амисульприд обумовлений мінімальними побічними діями, доброю переносимістю у більшості хворих, що особливо важливо для пацієнтів у ранньому постсуїцидальному періоді. Для лікування змішаних депресивно-параноїдних станів нами застосовувалась комбінація з антидепресантів (саротен), нормотиміків (депакін-хроно, ламотриджин) і нейролептиків (соліан). За необхідності застосовувалися транквілізатори.

Психотерапевтична робота з пацієнтами проводилась у формі кризової психотерапії і включала такі етапи: кризову підтримку, кризове втручання і підвищення рівня адаптації хворих [6]. Задачами психотерапії були:

створення адекватної особистісної настанови пацієнта на хворобу і терапію, підвищення толерантності хворих до емоційно-стресових впливів шляхом формування адаптивних варіантів долаючої поведінки. З цією метою нами була обрана когнітивна терапія Бека та техніки, що моделюють поведінку за Дж. Якобсоном, також здійснювалася сімейна психотерапія з родичами пацієнта.

Отримані результати дозволяють зробити такі висновки.

1. Найбільший ризик виникнення аутоагресивної поведінки — при маніфесті гострого поліморфного психотичного розладу та параноїдної форми шизофренії.

2. Провідна роль у формуванні аутоагресивної поведінки у хворих з першим епізодом шизофренії належить психопатологічній симптоматиці, так у 76 % хворих аутоагресивна поведінка формувалась за психопатологічним варіантом. Провідне місце у формуванні суїцидальної поведінки під час першого психотичного епізоду належить маячним, галюцинаторно-маячним, депресивно-маячним синдромам, які значною мірою спотворюють сприйняття навколишнього.

3. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим епізодом психозу має переважно істинний характер, демонстративно-шантажні спроби зареєстровано лиш у 6,90 % випадків.

4. Аналіз соціально-статусних характеристик хворих показав, що високий суїцидальний ризик під час першого психозу мають молоді люди, переважно жінки, особи які не одружені, з вищою або середньою освітою, приводом для суїцидонезбезпечних кризових станів були конфлікти сімейного та інтимно-особового плану. Після 40 років ризик виникнення аутоагресивної поведінки знижується, до антисуїцидальних факторів також належить наявність своєї сім'ї.

5. Серед клініко-психопатологічних симптомів найбільше підвищують суїцидальний ризик симптом дереалізації, відчуття вкладення, відкритості і навіювання думок, розірване і паралогічне мислення, маревні ідеї засудження і самоприниження, психомоторне збудження, внутрішнє напруження, суїцидальні дії у минулому. Напроти негативні психопатологічні прояви у вигляді аморфності і розпливчатості мислення, апатії, зниження потягу до спілкування запобігають формуванню аутоагресивної поведінки.

6. На підставі виділених психодіагностичних предикторів визначено, що агресивні риси характеру (грубість, недотримання правил поведінки в суспільстві, запальність, агресивність, ворожість, імпульсивність) у сукупності з порушенням комунікативних здібностей (відчуття незручності при спілкуванні з людьми, залежність від думки оточуючих, невміння формувати довірливі відносини, труднощі в прийнятті рішень внаслідок невпевненості) є факторами ризику суїциду.

7. Виділені предиктори є «симптомами-мішенями» для проведення фармакологічної і психотерапевтичної превенції аутоагресивної поведінки у пацієнтів з першим психотичним епізодом. Для зниження суїцидального ризику у хворих з першим психотичним епізодом ефективним є застосування фармакотерапії атиповим нейролептиком амисульприд у комплексі з кризовою психотерапією.

Отримані дані дають можливість покращити діагностику станів з високим ризиком суїциду, проводити їх своєчасне лікування, тим самим запобігати скоєнню суїцидів у хворих з першим епізодом психозу.

Список літератури

1. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я. К вопросу о необходимости организации суицидологической службы в Украине // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 2(31). — С. 154—157.
 2. Волошин П. В., Бачериков А. Н. и др. Завершенные самоубийства в городе Харькове (1999—2002 годы) // Український вісник психоневрології — 2004. — Т. 12, вип. 4 (41). — С. 5—7.
 3. Бачериков А. М., Ткаченко Т. В. Психологічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50), додаток. — С. 154—155.

4. Зулкарнеева З. Р. Роль межличностных конфликтов в генезе суицидального поведения у больных шизофренией и органическим поражением головного мозга: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16. — К., 2000. — С. 36—74.
 5. Пилягина Г. Я. Принципы неотложной психотерапии аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. — 2003. — № 4 (25). — С. 2 — 6.
 6. Боева А. В. Клинические и социально-психологические характеристики суицидентов и методы краткосрочной кризисной психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.0018/ Белгор. гос. ун-т. — М., 2004. — 23 с.

Надійшла до редакції 29.05.2007 р.

А. Н. Бачериков, И. Г. Мудренко

Аутоагрессивное поведение у больных с первым психотическим эпизодом (диагностика, клиника, лечение)

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

Суицидальные действия часто встречаются в клинике психических расстройств. Они являются основной причиной смерти психически больных.

На основании изучения анамнестических, клинко-психопатологических, психодиагностических особенностей 100 пациентов с первым психотическим эпизодом выделены специфические социальные, клинические, психодиагностические предикторы формирования аутоагрессивного поведения у лиц с первым эпизодом психоза, которые явились симптомами мишенями для проведения лечебных и профилактических мероприятий. Установлено, что наибольший риск развития аутоагрессивного поведения наблюдается при манифесте острого полиморфного психотического расстройства и параноидной формы шизофрении. Для снижения уровня суицидального риска у лиц с первым психотическим эпизодом было эффективным применение фармакотерапии атипичными нейролептиками в сочетании с кризисной психотерапией.

A. N. Bacherykov, I. G. Mudrenko

Autoaggressive behavior of patients with the first psychotic episode (diagnostics, clinic, treatment)

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)

Suicidal actions can be observed mostly at mental disorder clinics. They are the principal cause of mental disorder patients' death.

Based on anamnestic, clinic-psychopathological, psychodiagnostic analysis of 100 patients with the first psychotic episode were indicated specific social, clinic and psychodiagnostic precondition of autoaggressive behavior formation of patients with the first psychosis episode, who was symptom-target for medical and preventive action implementation. It was set that the maximum risk of auto aggressive behavior development can be observe by manifesto of acute polymorphic psychotic disorder and schizophrenia paranoid form. For lowering of suicide risk level of persons with the first psychotic episode was effective the application of pharmacotherapy by atypical antipsychotic drugs in combination with crisis psychotherapy.

УДК 616.895-037-07-08

Ж. И. Белостоцкая

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (г. Харьков)

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

В современных условиях проблема депрессий рассматривается как одна из ключевых не только в психиатрии, но и в общей медицине. Социальное и экономическое влияние депрессивных расстройств на жизнь общества приобретает планетарное значение. Выраженные депрессивные расстройства, которые требуют квалифицированной помощи, имеют 2—5 % всего населения, а 10 % всех обращений в медицинскую службу общего профиля приходится на депрессивные расстройства. В Украине ежегодно количество депрессий возрастает на 3,4 % [1, 2, 5]. Для современных депрессивных расстройств характерно затяжное начало и значительная длительность болезни. Низкая выявляемость депрессий, несвоевременное оказание помощи больным с данной патологией делают их труднокурабельными и резистентными к терапии [3, 6—8].

Целью настоящего исследования является разработка принципов диагностики и дифференциальной

диагностики депрессивных расстройств у жителей сельской местности.

Нами было обследовано 209 больных, страдающих депрессивными расстройствами и проходящих курс стационарного лечения в связи с первым или очередным депрессивным эпизодом. Основную клиническую группу составили 113 больных с депрессией, проживающих в сельской местности, средний возраст — $36 \pm 2,89$ лет, соотношение мужчины/женщины составило 0,43. Группой сравнения выступали 96 депрессивных больных, местом жительства которых являлся крупный областной центр, средний возраст $42 \pm 3,12$ года, соотношение мужчины/женщины составило 0,52.

С клинко-диагностической точки зрения в общей выборке были представлены три рубрики МКБ-10 [4]: биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F 31. x); депрессивный эпизод (F 32) и рекуррентное депрессивное расстройство (F 33) (см. таблицу).