

трамадол, алкоголь. Расстройство личности наблюдалось у всех больных: по истерическому типу — у 3, параноидальному — у 2, тревожному — у 2, диссоциальному — у одного. Тревожно-депрессивный тип ВКБ был у 5 больных, параноидальный — у одного, апатический — у 2. Стержневыми особенностями аутоагрессивного поведения в этой группе больных являлись: 1) стремление получить максимальную дозу препарата, которое становилось системным фактором контроля сознания; 2) законченное создание виртуального мироощущения; 3) витальный страх и глубоко законспирированная ненависть по отношению к себе, к окружающим, в том числе и к медицинскому персоналу.

УДК 616.895.87-08

ФАКТОРЫ РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

Е. В. Гузенко

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

Целью настоящей работы явилось определение факторов риска аутоагрессивного поведения у больных, перенесших первый психотический эпизод (ППЭ). Проанализированы результаты обследования 140 пациентов, перенесших ППЭ (78 мужчин и 62 женщины). Средний возраст мужчин составил $24,9 \pm 6,8$, женщин — $26,5 \pm 7,9$ года. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 распределение больных с первыми психотическими проявлениями по основным рубрикам оказалось следующим: F 20.0 — 41 (29,3 %); F 23.0 — 12 (8,6 %); F 23.1 — 44 (31,4 %); F 23.2 — 14 (10,0 %); F 23.3 — 7 (5,0 %); F 25.2 — 9 (6,4 %); прочие — 13 (9,3 %) пациентов. У 22 (15,6 %) больных на момент обследования наблюдался один психотический эпизод, у 24 (17,1 %) — два, у 37 (26,4 %) — три, у 57 (40,7 %) — четыре-шесть приступов.

У 41 пациента (18 мужчин и 23 женщины) отмечалось аутоагрессивное поведение в форме суицидальных попыток: в период первого психотического эпизода — у 19, второго — у 28, третьего — у 8, четвертого и более — у 4 больных. В большинстве случаев аутоагрессивные действия проявлялись путём нанесения самоповреждений (чаще мужчины — 14) или медикаментозного отравления (преимущественно женщины — 18).

Наиболее часто аутоагрессивные тенденции отмечались в период до начала активной психофармакотерапии, а также в первые два года после перенесенного ППЭ. Так, 10 пациентов совершили суицидальные попытки в период до начала адекватной терапии (6—12 мес.), что явилось показанием для первичной госпитализации.

Ретроспективный анализ данных о пациентах с аутоагрессивным поведением позволил выделить следующие факторы риска суицидального поведения: молодой трудоспособный возраст до 27 лет; семейная дезадаптация (разведённые, овдовевшие и особенно — одинокие, никогда не имевшие семьи); высокая профессиональная квалификация либо её отсутствие; личный или семейный суицидальный анамнез; социально-экономическое неблагополучие; преморбидные личностные особенности (низкая спо-

собность формирования компенсаторных механизмов, импульсивность, демонстративность, эмоциональная лабильность); наличие в структуре психопатологических расстройств выраженной депрессивной симптоматики.

Также выявлено, что при ППЭ существует два пика частоты совершения суицидальных попыток больными, получавшими стационарное лечение: в течение первой недели госпитализации и первого полугодия после выписки. Короткий срок госпитализации (менее месяца) также повышает риск совершения суицида, по-видимому, из-за недостаточной стабилизации психического состояния больного.

Выявленные факторы риска суицидального поведения, в том числе связанные с госпитализацией, необходимо учитывать при организации медико-социальной помощи пациентам с ППЭ, в структуре которой рекомендуется проведение комплекса превентивных антисуицидальных мероприятий.

УДК 616.895.8:616.89-008.441.44:159.96

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

М. М. Денисенко, Н. А. Малихіна

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

Дослідження було проведено у 35 хворих на шизофренію (F 20). Мета дослідження — вивчення патопсихологічних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію для удосконалення критеріїв діагностики та прогнозування суїцидів. Для досягнення мети дослідження були використані такі методи: шкала Гамільтона, опитувальники «Спосіб визначення суїцидального ризику», «Спосіб визначення аутоагресивних предикторів», «Спосіб визначення самосвідомості смерті».

Для хворих на параноїдну шизофренію середній показник за шкалою «Спосіб визначення суїцидального ризику» по групі склав 20,29 балів, що свідчило про низький рівень суїцидального ризику у цілому по групі, однак для 38,2 % хворих була характерна наявність високого суїцидального ризику (середній бал — 28,2), а 62,8 % хворих мали низькі показники (середній бал — 15,4) — низький ризик суїциду. Притаманною для групи хворих на параноїдну шизофренію була характерна наявність пониженого рівня показника самосвідомості смерті у 62,8 % хворих, які мали низькі показники самосвідомості смерті (середній бал — 15,4), що свідчило про високий ризик аутодеструктивних дій. Під час обстеження у хворих на параноїдну шизофренію переважаючим видом агресії була тривожність, нав'язливі ідеї, втрата критики та часті думки про суїцид. Ці дані збігаються з результатами за шкалою Гамільтона, що свідчить про високий ризик аутоагресивної поведінки у хворих з шизофренією навіть коли хворі заперечують суїцидальні наміри.

Було виявлено, що у хворих на параноїдну шизофренію приховані суїцидальні наміри тісно пов'язані з афективними порушеннями, звуженням та розладом когнітивних функцій, звуженням та розладом міжособистісних контактів. Ці результати обумовлені саме клінікою самого захворювання.