

УДК 616.89-008.441.44-07:616.895.8

*А.М. Бачериков, Т.В. Ткаченко***ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА ГОСТРИЙ ПОЛІМОРФНИЙ ПСИХОТИЧНИЙ РОЗЛАД**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: шизофренія, гострий поліморфний психотичний розлад, суїцидальна поведінка, предиктори

За даними ВООЗ Україна входить в першу десятку країн світу по завершених суїцидах – більш ніж 20 чоловік на 100 тис. населення [1]. Проблема суїцидальної поведінки знаходиться в центрі уваги наукової спільноти України. Добре відомо, що до 30 - 40 % хворих на шизофренію попадають в поле зору психіатрів після скоє-

ння суїцидальної спроби [2]. Також 10 % хворих на шизофренію скоюють завершені суїцидальні спроби у віці до 20 років [3]. Тому дійсно важливо виявлення предикторів суїцидальної поведінки у хворих цих нозологічних груп для удосконалення критеріїв діагностики та прогнозування суїцидів. Що і стало метою нашої роботи.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведено у 70 пацієнтів, серед них 35 хворих на шизофренію (F 20) та 35 хворих на гострий поліморфний психотичний розлад (F 23). За наявності

суїцидальних тенденцій, яка була встановлена після клініко-психопатологічного обстеження, хворі були розподілені на групи (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів на групи за критерієм наявності суїцидальних тенденцій

Критерії	Нозологічні групи хворих			
	Хворі на шизофренію (n=35)		Хворі на гострий поліморфний розлад (n=35)	
	Абсолютне число	Відносна величина, %	Абсолютне число	Відносна величина, %
Наявність суїцидальних тенденцій	14	40,0	23	65,7
Відсутність суїцидальних тенденцій	21	60,0	12	34,3

Аналіз отриманих даних проводився узагальнено для двох нозологічних груп. Таким чином, основну групу склали 37 хворих, у яких проявлялися суїцидальні тенденції, контрольну - 33 хворих, без наявності суїцидальної спрямованості. Відповідно до мети дослідження були використані наступні методи: опитувальник

рівня суб'єктивного контролю [4], методика вивчення ціннісних орієнтацій в модифікації Фанталової [5], методика визначення характерологічних акцентуацій характеру та нервово-психічної нестійкості [6], тест визначення індивідуального стилю життя та опитувальник Басса – Даркі [6].

Результати дослідження та їх обговорення

Отримані результати за даними опитувальника А. Басса - А. Даркі свідчать про наявність специфічних тенденцій в способах прояву агресивних

імпульсів, притаманних хворим на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад з наявністю суїцидальної спрямованості (рис. 1).

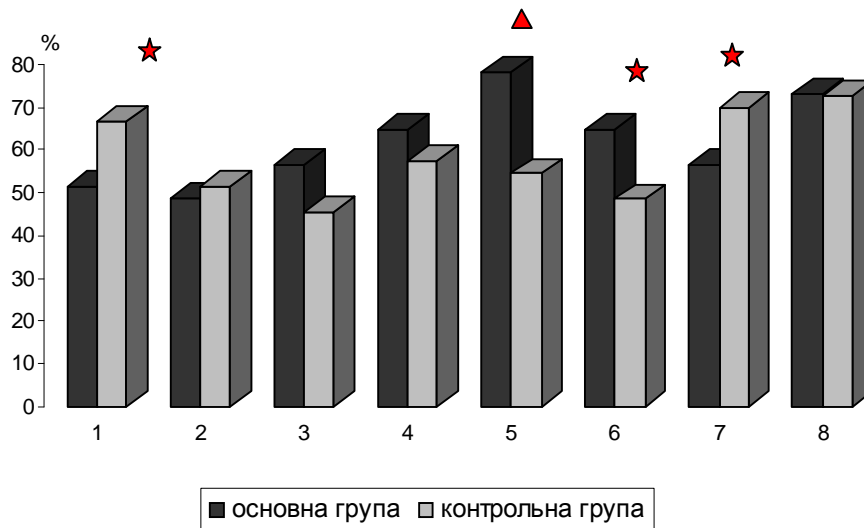


Рис. 1 Способи прояву агресії у хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад

Умовні позначення шкал: 1 – фізична агресія; 2 – непряма агресія; 3 – роздратованість; 4 – негативізм; 5 – образа; 6 – підозрілість; 7 – вербальна агресія; 8 – почуття провини; ★ – вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,05$; ▲ – вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,001$

Так, для хворих основної групи більш вираженими були відчуття образи ($78,3 \pm 3,13\%$) та підозрілості ($64,9 \pm 2,17\%$), ніж для хворих контрольної групи ($p < 0,05$). У той час, коли для хворих без наявності суїцидальної спрямованості були більш характерні фізична та вербальна агресія ($p < 0,05$). Це свідчить про те, що для хворих із суїцидальною спрямованістю було характерно накопичування агресії в собі, внутрішня переробка переживань, що відображалося в переважанні відчуття образи та підозрілості. Разом з високим показником відчуття провини ($72,9 \pm 2,17\%$) це призводило до зростання внутрішньої напруженості, що виражалося у вигляді

аутодеструктивних тенденцій. Тоді, як для хворих контрольної групи більш характерним був викид негативних емоцій назовні проти оточуючих, а не проти себе, що виражалося як у формі вербальної ($69,9 \pm 3,17\%$), так і фізичної агресії ($66,7 \pm 2,23\%$). Високий показник почуття провини у хворих обох груп можна розглядати як ідеї самозвинувачення в структурі депресивно-параноїдного синдрому.

Отримані результати за методикою визначення рівня суб'єктивного контролю продемонстрували більш низький рівень загальної інтернальності у хворих основної групи ($59,1 \pm 1,67\%$) в порівнянні з контрольною ($52,5 \pm 2,13\%$) (рис. 2).

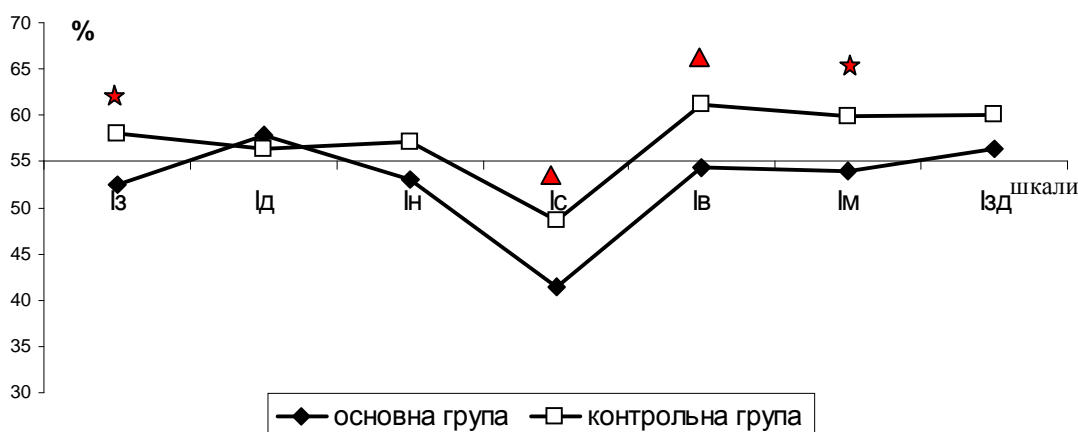


Рис. 2 Рівень інтернальності в різних сферах життя у хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад

Умовні позначення шкал: Із – загальна інтернальність; Ід – інтернальність в сфері досягнень; Ін – інтернальність в сфері невдач; Іс – інтернальність в сфері сімейних відносин; Ів – інтернальність в сфері виробничих відносин; Ім – інтернальність в сфері міжособистісних відносин; Ізд – інтернальність в сфері здоров'я ★ – вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,05$. ▲ – вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,005$

Це свідчить про те, що пацієнти з суїцидальною спрямованістю були схильні сприймати себе пасивним об'єктом дії інших людей і зовнішніх обставин. Визначено, що хворі основної групи були схильні приписувати відповідальність за стосунки у сім'ї своєму партнерові ($p < 0,005$). Пацієнти контрольної групи відчували себе більш відповідальними за події на роботі ($p < 0,005$) та в сфері міжособистісних відносин ($p < 0,05$). Тобто, відсутність відчуття

відповідальності за близьких, відгородження від соціальних стосунків є фактором ризику скоєння суїциду для хворих цих нозологічних груп.

Застосування методики визначення характерологічних акцентуацій особистості та нервово-психічної нестійкості дозволило виявити частоту появи та ступінь вираженості основних форм прояву характеру та його акцентуації в даних групах хворих (рис. 3).

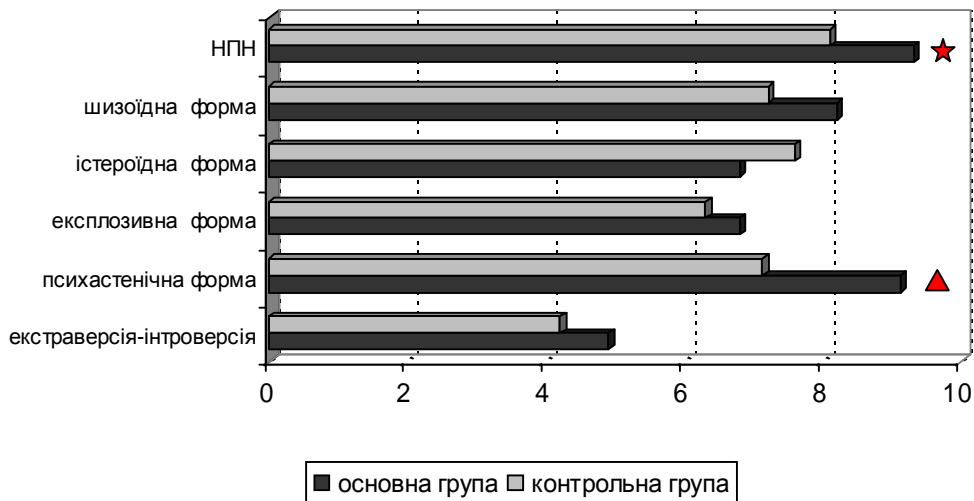


Рис. 3 Характерологічні особливості хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад та рівень їх нервово-психічної нестійкості

- ★ - вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,05$,
- ▲ - вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,025$.

Хворі основної групи характеризувались наявністю психастенічної акцентуації характеру ($9,11 \pm 1,24$ стена) та більш високих показників нервово-психічної напруженості ($9,34 \pm 2,16$ стена), в порівнянні з контрольною групою ($8,11 \pm 1,85$ стена).

Тобто хворі з наявністю суїцидальної спрямованості характеризувалися високим рівнем тривожності, нерішучістю, невпевненістю в собі, легкою ураженістю, фіксацією на невдачах, схильністю до сумнівів. Для них також характерні замкнутість, знижений інтерес до реальної дійсності, песимістичність. Був визначений високий рівень нервово-психічної напруженості, яка позначалась на порушенні адаптаційних механізмів. У той час у хворих без суїцидальної спрямованості не було визначено акцентуацій характеру, але спостерігалась загострення психастенічних ($7,12 \pm 1,32$ стена) та істероїдних ($7,16 \pm 1,17$ стена) рис характеру, нервово-псих-

ічна напруженість була нижчою, ніж в основній групі ($p < 0,05$).

Аналіз ціннісно-сислової сфери дозволив оцінити ієрархію цінностей, а також продемонструвати наявність внутрішньоособистісних конфліктів у пацієнтів даних груп (рис. 4).

В ієрархічній структурі цінностей хворих основної групи найзначущими були виділені цінності особистого життя, такі як: щасливе сімейне життя ($8,5 \pm 2,18$ бала), кохання ($7,4 \pm 1,37$ бала), матеріальне благополуччя ($6,3 \pm 2,43$ бала). Але ж вони виявилися недосяжними, що є показником вираженого внутрішньоособистісного конфлікту. У якості найзначущих цінностей для хворих контрольної групи крім цінностей особистісного характеру, таких як щасливе сімейне життя ($7,5 \pm 2,16$ бала), кохання ($6,3 \pm 1,59$ бала) були виражені такі цінності як здоров'я ($6,5 \pm 2,47$ бала), цікава робота ($7,5 \pm 2,16$ бала).

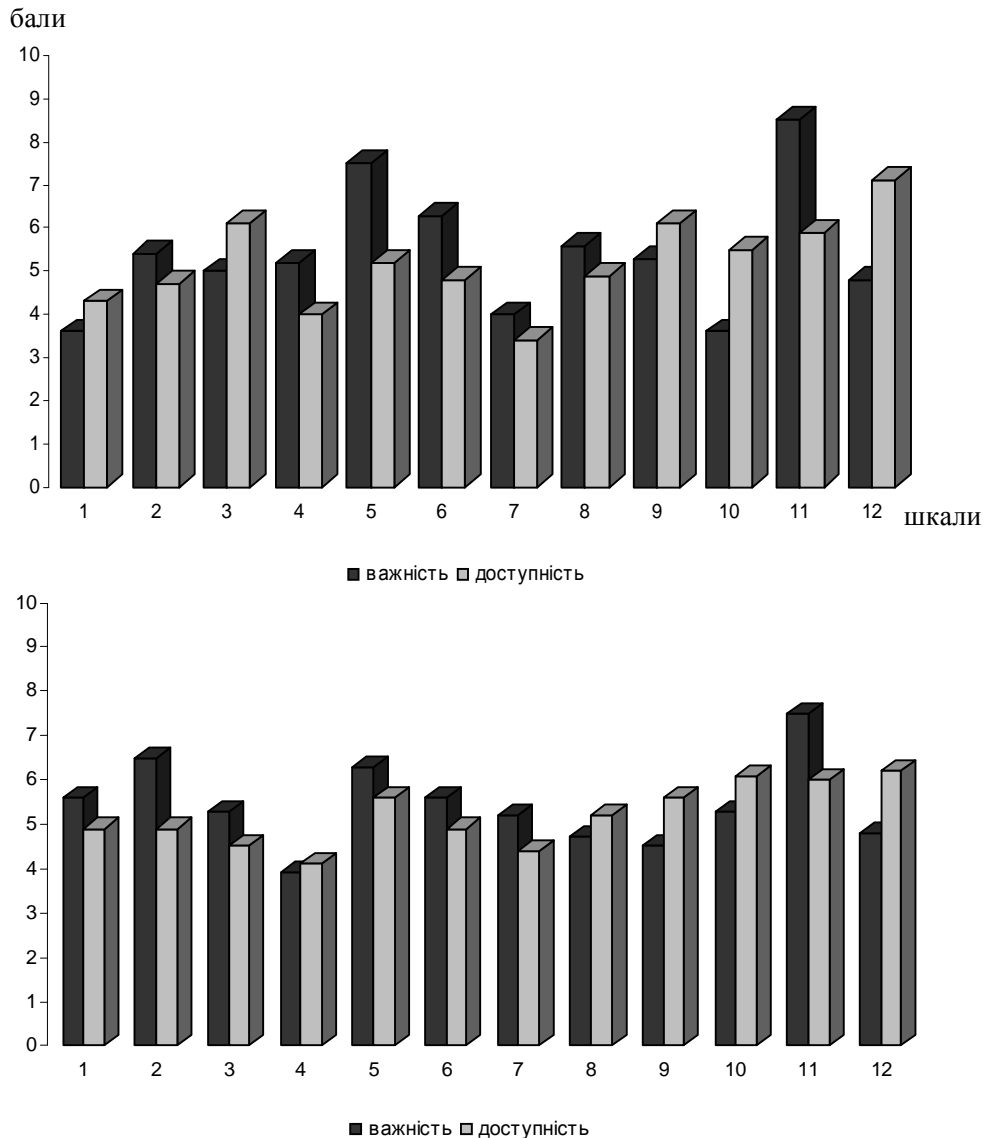


Рис. 4 Ієрархія показників “цінності” і “доступності” в різних сферах життя у хворих на шизофренію та гострий поліморфний розлад основної (а) та контрольної (б) груп

Умовні позначення шкал: 1 - активне діяльне життя; 2 - здоров'я; 3 - цікава робота; 4 - краса природи та мистецтва; 5 – любов; 6 - матеріально забезпечене життя; 7 - наявність хороших та вірних друзів; 8 - впевненість у собі; 9 – пізнання; 10 - свобода; 11- щасливе сімейне життя; 12 –творчість.

Аналіз даних за результатами тесту визначення індивідуального стилю життя продемонстрував, що ведучими захисними механізмами для пацієнтів обох груп були такі, як „реактивні утворення” та „регресія” (рис. 5).

Тобто, при зіткненні з фруструючою ситуацією хворі підсвідомо заміняли рішення суб'єктивно більш складних задач на відносно прості й доступні у наявній ситуації. Також запобігали виразу неприємних або неприйнятних для них думок, відчуттів або вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Використовування більш простих і звич-

них поведінкових стереотипів істотно збіднювало потенційно можливий арсенал переживання конфліктних ситуацій. Було встановлено, що для пацієнтів з наявністю суїцидальної спрямованості був характерним менший рівень вираженості психологічних захисних механізмів, що є показником низьких адаптивних можливостей. Враховуючи підвищений тривожний фон основної групи (дані по шкалі нервово-психічної нестійкості та психастенічної акцентуації) можна говорити про недостатню компенсуючу дію механізмів психологічного захисту у хворих із суїцидальними тенденціями.

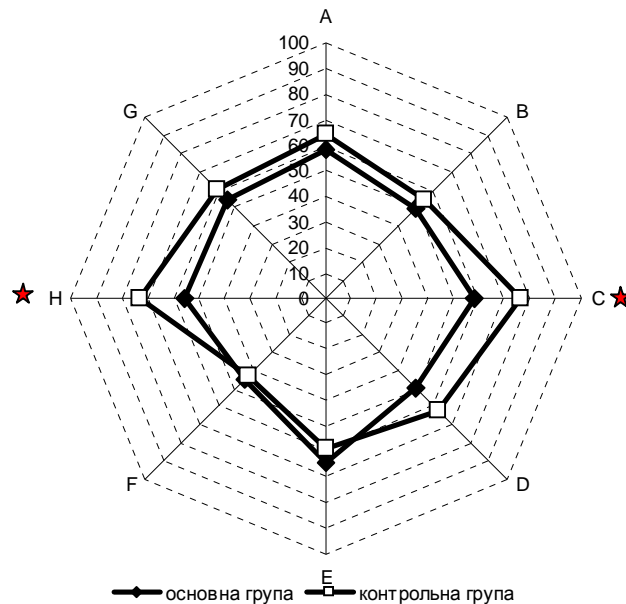


Рис. 5 Співвідношення механізмів психологічного захисту у хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад

Умовні позначення шкал: А – заперечення, В – витіснення, С – регресія, D – компенсація, Е – проекція, F – заміщення, Н – реактивне утворення, G – інтелектуалізація; ★ – вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,05$.

Заключення

Для хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад з суїцидальною спрямованістю було характерно: накопичування агресії в собі, що відображалось в переважанні почуття образи та підозрливості; низький рівень інтернальності; переважання психастеничних рис характеру та високий рівень нервово-психічної нестійкості; низький рівень вираженості психологічних захистів (переважаючими механізмами психологічного захисту були «регресія» та «реактивні утворення»). В ієрархічній структурі цінностей переважали цінності особистого життя, цінності ж професійної реалізації були менш значущі.

Для хворих без наявності суїцидальною

спрямованості було характерно: схильність виносити агресивні імпульси проти оточуючих, а не проти себе, у вигляді вербальної та фізичної агресії; інтернальний тип контролю у всіх сферах життя крім області сімейних відносин; рівень нервово-психічної нестійкості нижче ніж у хворих з суїцидальною спрямованістю; виражені істероїдні риси характеру; більш високий рівень вираженості психологічних захистів (переважаючими механізмами психологічного захисту були «регресія» та «реактивні утворення»). В ієрархічній структурі цінностей крім цінностей особистого життя, цінності здоров'я та власної реалізації займали важливе місце.

А.Н. Бачериков, Т.В. Ткаченко

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОСТРЫМ ПОЛИМОРФНЫМ ПСИХОТИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Для выявления скрытых предикторов формирования суицидального поведения было проведено психодиагностическое исследование у 35 больных шизофренией и 35 больных острым полиморфным психотическим расстройством. Было обнаружено, что психодиагностическими предикторами суицидального поведения у больных этих нозологических групп являются: накопление агрессии в себе, что отображается в преобладании чувства обиды и подозрительности; низкий уровень интернальности; преобладание психастенических черт характера и высокий уровень нервно-психической неустойчивости; низкий уровень выраженности психологических защит. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 1 (18). — С. 10-15).

PSYCHODIAGNOSTIC PREDIKTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND POLYMORPHIC PSYCHOTIC DISORDER

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

In this investigation the data about predictors of suicidal behavior by psychodiagnostic tests in 35 patients with schizophrenia and 35 patients with polymorphic psychotic disorder. It was discovered, that psychodiagnostic the predictors of suicidal behavior at patients of these nosology groups are: an accumulation of aggression is in itself, that is represented in predominance of sense of offense and suspiciousness; low level of internality; predominance of of psychostene and high level of psychology instability; low level of expressed of psychological defense. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 1 (18). — P. 10-15).

Литература

1. Як нам зменшити кількість самогубств в Україні // Проект міждисциплінарної програми суїцидальної превенції (громадська ініціатива) – Одеса, - 2007, - 43 с.

2. Fenson W.S. McGlahan T.H., Victor B.J., Blyler C.R. Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders// American Journal of Psychiatry, 1997, 154.- P. 199-204

3. Radomsky E.D., Haas G.L., Maan J.J., Sweeney J.A. Suicidal behavior in patients with schizoprenia fnd other psychotic disorders//

American Journal of Psychiatry, 1999, 156.-P. 1590-1595.

4. Бажин Е.Ф., Гольянкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. – 1984. – № 3.– С. 152 – 162.

5. Фантайлова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал. – 1992. – № 1. – С. 107 – 117.

6. Беседин А.Н., Липатов И.И. Книга практического психолога. – Харьков, – 1996. – С. 166 – 168.

Поступила в редакцию 18.10.2007