

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В МАНИФЕСТНОМ ПЕРИОДЕ ШИЗОФРЕНИИ

И.Г. Мудренко¹

В данной статье отображены индивидуально-личностные особенности пациентов с манифестным психозом шизофрении. Обследуемый контингент составил две группы: основную группу пациентов (с аутоагрессивным поведением) и контрольную (без аутоагрессивного поведения). Обследование проводилось с помощью методики ММРІ. Для двух групп пациентов характерно наличие пиков по 1 (Ns), 7 (Pt), 8 (Sc) шкалам более 70Т баллов и снижение показателей по 2 (D) и 9 (Ma) шкалам. Пациенты основной группы проявляли большую суицидальную активность, нежели пациенты контрольной группы.

ВВЕДЕНИЕ

Значительное число случаев самоубийств и их неуклонный рост, наблюдаемый в большинстве стран мира, в том числе и в Украине, ставит настоящую проблему на одно из ведущих мест в современной психиатрии, на что указывают как отечественные, так и зарубежные авторы. А.Г. Амбрумова отмечает, что суицидальный риск среди душевнобольных в 35 раз выше, чем в общей популяции населения. Известно, что 10% больных шизофренией умирает вследствие законченных суицидов. Шизофрения как полисимптомное прогрессивное заболевание в силу своего разрушительного действия на личность является фактором, ведущим к различным уровням дезадаптации, т.е. является суицидоопасным [1-6].

Комплексное изучение проблемы самоубийств в СССР началось в 70-е годы прошлого столетия коллективом под руководством А.Г. Амбрумовой. В 1974г. ею была сформулирована концепция суицидального поведения, согласно которой самоубийство является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта и результатом взаимодействия средовых (ситуационных) и личностных факторов [3]. Автор выделяет в генезе аутоагрессивного поведения психогенные переживания и психопатологические расстройства, определяет аутоагрессивное поведение как вариант социально-психологической дезадаптации личности на непатологическом и патологическом уровнях в условиях нерешенного микросоциального конфликта, а причиной аутоагрессий – дезорганизацию мотивационных ценностей личности, структурирующих ее психологическое единство в условиях внешних и внутренних экстремальных ситуаций.

Большинство современных ученых рассматривают суицидальное поведение как многофакторное явление, учитывая в его генезе как психопатологические, так и социально-психологические параметры. Суицидогенный конфликт и аутоагрессия у психически здоровых могут быть вызваны реальными причинами, базироваться на определенных патологических чертах характера и являться результатом психического заболевания [3,4,5]. По мнению ученых, мотивация покушений на самоубийство у больных шизофренией является результатом сложного сочетания психопатологических расстройств и психогенных ситуационных воздействий, удельный вес которых различен на разных

¹ Аспирант, Сумский государственный университет.

этапах заболевания. Так, в ремиссиях в большинстве случаев возрастает роль реальных конфликтных ситуаций, в периоды обострений – ведущую роль в мотивации суицидального поведения играют психопатологические расстройства, преимущественно аффективно-бредовые с императивными галлюцинациями суицидального содержания. М.А. Лапицкий и С.В. Ваулин пришли к выводу, что у половины суицидентов, страдающих шизофренией, диагноз был установлен впервые, что указывает на достаточно высокий риск развития суицидального поведения уже в инициальном периоде эндогенного процесса [7].

В дальнейшем была подтверждена универсальность выдвинутой теоретической концепции для трех категорий суицидентов: душевнобольных, страдающих пограничными психическими расстройствами, практически здоровых людей. В соответствии с этой теорией самоубийство представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации.

По мнению большинства авторов среди мотивов суицидальных действий на первом месте находятся конфликты в личностно - семейной сфере. Конфликт формируется как столкновение нескольких мотивов, которые одновременно не могут быть удовлетворены. Интенсивность конфликта определяется соотношением его составляющих: чем более выражено различие двух тенденций, тем менее он выражен и соответственно легче разрешается. При относительно равной силе обеих тенденций социально-психологическая ситуация, породившая этот конфликт, переживается как тупиковая. Часто индивидуально-личностные особенности индивида не позволяют менять сами составляющие дистресса (компромиссы и другие способы снятия напряжения), потому выход из тупиковой ситуации видится в прекращении жизни. Поиск решения определяется напряженностью конфликта и особенностями личностных характеристик суицидента, включая этнокультуральные, психологические и другие составляющие. Реализация суицидальных намерений зависит от индивидуально-психологических особенностей индивида в большей степени, чем от тяжести психотравмирующих факторов. Психологические особенности личности суицидента могут рассматриваться как предиспозиционные факторы в рамках комплексного изучения суицидального поведения. Для определения предикторов суицидального поведения необходим учет не только данных клинического наблюдения, но и психологического исследования [8].

ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ

Изучение предикторов аутоагрессивного поведения, в том числе психологических особенностей суицидентов, предоставляет возможность разработать прицельные методы терапии и профилактики аутодеструктивной активности на ранних этапах шизофренического процесса.

Целью проведенного исследования было изучение индивидуально-психологических особенностей пациентов с аутоагрессивным поведением в манифестном периоде шизофрении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

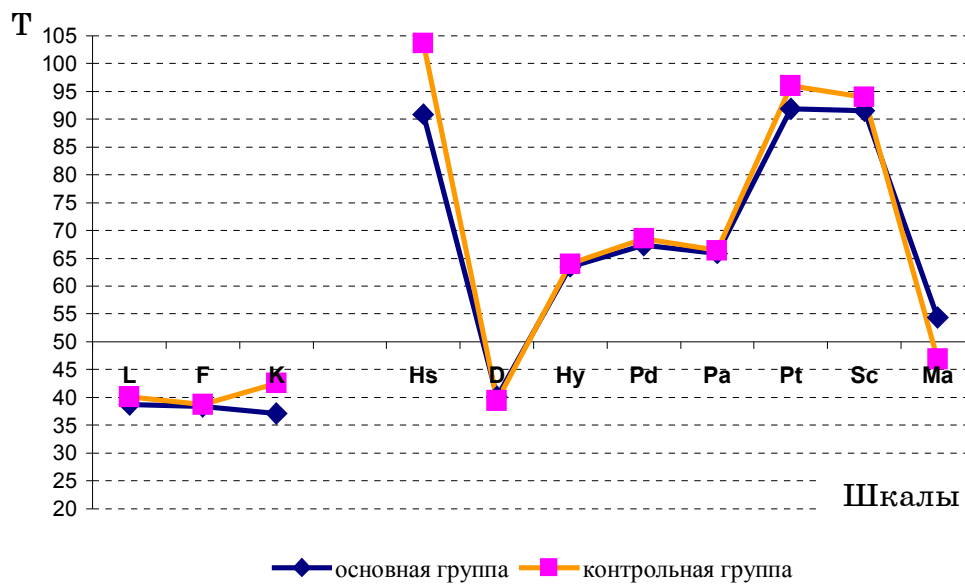
Для изучения психологических особенностей пациентов в нашей работе использовалась методика многостороннего исследования личности (ММРІ). Опросник “Мини-мульти”, предложенный в 60-х годах прошлого столетия в психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым, представляет адаптированный вариант ММРІ, который содержит 71 утверждение, 11 шкал, из них три -

оценочные, измеряющие искренность, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью испытуемого. Остальные восемь шкал являются базовыми и оценивают свойства личности по показателям ипохондрии (Hs), депрессии (D), истерии (Hy), психопатии (Pd), паранояльности (Pa), психастении (Pt), шизоидности (Sc), гипомании (Ma). С высокой достоверностью тест выявляет индивидуально - личностные особенности, тип реагирования на стресс, направленность и побудительную силу мотивации, защитные, компенсаторные механизмы и целый ряд других свойств личности [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В условиях острого психиатрического отделения Сумского областного психоневрологического диспансера нами было обследовано 84 пациента с манифестным психозом шизофрении на этапе первой госпитализации в психиатрический стационар. Из них 62 пациента имели аутоагрессивные проявления, остальные 22 составили контрольную группу. К контрольной группе нами были отнесены пациенты без суицидальных проявлений (у больных отсутствовали суицидальные мысли, решения, намерения).

Психопатологические проявления манифеста (первого эпизода) шизофрении диагностировались в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10). Контингент больных, в зависимости от клинической картины заболевания, распределился следующим образом: 72,2% составили пациенты с параноидной формой шизофрении, 16,6% - с простой, по 5,5% - с кататонической и шизоаффективной формой заболевания.



- Условные обозначения шкал:
- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| L – шкала лжи; | Pd – шкала психопатии; |
| F – шкала достоверности; | Pa – шкала паранойи; |
| K – шкала коррекции; | Pt – шкала психастении; |
| Hs – шкала ипохондрии; | Sc – шкала шизофрении; |
| D – шкала депрессии; | Ma – шкала гипомании; |
| Hy – шкала истерии; | |

Рисунок 1 – Структура личностных и психопатологических особенностей пациентов с первым эпизодом шизофрении

Характеризуя полученные результаты по методике ММРІ (рис.1), необходимо отметить, что профиль личности пациентов с первым эпизодом шизофрении характеризовался наличием нескольких пиков, значительно превышающих 70Т баллов, что позволяет оценить данный вид профиля как «высокорасположенный».

Анализируя особенности соотношения оценочных шкал следует отметить, что для всех испытуемых было характерно наличие низких показателей по шкале лжи – **L** ($38,64 \pm 5,41$ и $40,09 \pm 4,92$ Т баллов для основной и контрольной групп), что свидетельствует о тенденции к раскрытию своих психических дефектов и внутренних переживаний, а наличие средних значений по шкале достоверности – **F** ($38,38 \pm 5,38$ и $38,72 \pm 7,31$ Т баллов для основной и контрольной групп) позволяет говорить о патологических личностных реакциях у пациентов с первым эпизодом шизофрении. Данные по шкале коррекции – **K** ($37,12 \pm 6,61$ и $42,54 \pm 5,86$ Т баллов для двух групп пациентов) демонстрируют у них наличие низкого самоконтроля, снижение адаптивных возможностей, а также выраженность психопатологической симптоматики. При этом данные особенности были более выраженными в основной группе испытуемых, нежели у пациентов контрольной группы ($p < 0,001$). Иными словами, пациенты с суицидальным риском в меньшей мере, чем испытуемые без суицидальных тенденций, склонны контролировать собственные действия и эмоции, импульсивны, что, в свою очередь, снижает адаптационные возможности и приводит к социальной дезадаптации данной группы пациентов.

Анализ основных шкал позволил выделить некоторые общие особенности для двух групп испытуемых. Так, для всех пациентов с первым эпизодом шизофрении были характерны наличие пиков по шкалам ипохондрии, психастении и шизоидности (более 90 Т баллов) и снижение показателей по шкалам депрессии и мании (менее 55 Т баллов). Давая общую характеристику личностным особенностям и выраженности психопатологических расстройств пациентов обеих групп, следует отметить, что для всех испытуемых были характерны фиксированность на соматических проявлениях болезни, повышенное внимание к себе, а также охваченность ипохондрическими переживаниями, о чем свидетельствуют высокие показатели по шкале ипохондрии ($90,90 \pm 8,46$ и $103,63 \pm 19,78$ Т баллов для основной и контрольной групп). При этом низкие показатели по шкале депрессии ($40,12 \pm 8,06$ и $39,45 \pm 8,66$ Т баллов для основной и контрольной групп) выявляют такие качества пациентов, как решительность, недостаточная сдержанность, склонность к нарушению общественных норм поведения, низкий самоконтроль, властность и самоуверенность, а также низкую степень субъективной оценки депрессии у всех испытуемых с первым эпизодом шизофрении. Пик профиля по шкале психастении ($91,87 \pm 9,90$ и $96,00 \pm 12,84$ Т баллов для основной и контрольной групп соответственно) характерен для пациентов с тревожно-мнительными чертами характера, склонностью к ригидности, недостаточному планированию будущего, самобичеванию, «переживанию» личных проблем, фиксации на них, болезненному самонаблюдению. Данные испытуемые склонны к повышенной тревожности, концентрации внимания на неудачах, трудностях во взаимоотношениях. В клинической картине этих пациентов преобладала тревожно-фобическая симптоматика, выявлялись склонность к беспокойству, напряженности, нервозности, раздражительности, общая слабость, вялость и уход от социальных контактов. Пик по шкале шизоидности ($91,54 \pm 9,82$ и $94,00 \pm 13,21$ для основной и контрольной групп) свидетельствовал о наличии в клинике пациентов растерянности, своеобразия восприятия и модуса поведения, потери продуктивности и некоторой дезориентированности. При этом состояние больных

характеризовалось склонностью к мысленной «жвачке», интраспективностью, эмоциональной холодностью и неадекватностью эмоций, склонностью к изоляции, отгороженностью, ощущением собственной неадекватности и неуверенностью. Отмечали также сосредоточенность на собственных переживаниях, навязчивое мышление, комплекс вины, неполноценности и напряженность.

Наряду с общими характеристиками, были выделены специфические особенности личностных черт у пациентов с суицидальным риском. Так, при наличии пика по шкале ипохондрии ($90,90 \pm 8,46$ Т баллов) для них была характерна меньшая фиксированность на своих болезненных переживаниях, чем для больных контрольной группы ($103,63 \pm 19,78$ Т баллов) при $p \leq 0,001$. Также отмечались различия между основной и контрольной группой по шкале гипомании: для пациентов с выраженным суицидальным риском характерны более высокие показатели ($54,38 \pm 9,65$ Т баллов), чем для пациентов контрольной группы ($46,90 \pm 7,61$ Т баллов). Иными словами, больные основной группы отмечали большую суицидальную направленность и активность, нежели пациенты контрольной группы ($p \leq 0,001$).

ВЫВОДЫ

Выявленные отличия могут быть связаны с тем, что у психически больных с выраженным суицидальным риском заинтересованность вопросами своего здоровья снижалась за счет формирования намерений ухода из жизни. В то время как пациенты без аутоагрессивных тенденций склонны в большей степени проявлять заботу о своем здоровье, фиксировать свое внимание на различных симптомах и переживать по этому поводу. Таким образом, при анализе особенностей личности пациентов с первым эпизодом шизофрении были выявлены потенциально опасные по отношению к суициду черты личности, которые составили группу predispositional суицидогенных факторов. К ним в первую очередь относятся следующие индивидуально-характерологические особенности пациентов:

- 1) снижение заботы о своем здоровье за счет формирования намерений ухода из жизни;
- 2) тревожно-мнительные черты характера со склонностью к самобичеванию, раздражительностью, нервозностью, неуверенностью в себе;
- 3) недостаточная сдержанность, импульсивность, максимализм, властность, низкий самоконтроль, слабая сформированность механизмов планирования будущего;
- 4) эмоциональная холодность, избирательность и поверхностность контактов, склонность к социальной изоляции и интраспекции.

В перспективе полученные данные предоставляют возможность, изучая мотивационную сферу пациентов, предупреждать развитие аутоагрессивного поведения и проводить его своевременную диагностику на ранних этапах патологического процесса.

SUMMARY

Individual and psychopathological peculiarities of patients with schizophrenia manifestation psychosis are shown in the article. The examined patients consist of two groups: the basic group patients (with autoaggressive behaviour) and the control group (without autoaggressive behaviour). The research was done with the help of MMPI. The presence of scale peaks 1(Hs), 7(Pt), 8(Sc) more than 70 T degrees and lowering of 2 (D) and 9 (Ma) scales is common for basic and control groups. Patients of basic group showed more suicidal activity than control group patients.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е. Бачерикова. – К., 1989. – С. 18-34.
2. Морозов Г.В., Ромасенко В.А. Нервные психические болезни. – М.: Медицина, 1987. – С. 183-196.
3. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения / Метод. рекомендации. – М., 1980. – 25 с.
4. Амбрумова А. Г. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии. – М. - 1981 – С. 35-49.
5. Абрамов А. В. Анализ суицидальной активности сотрудников внутренних дел // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 1999. - № 1 (5). – С. 49-52.
6. Волошин П.В., Бачериков А.Н. и др. Завершенные самоубийства в городе Харькове (1999-2002годы) //Український вісник психоневрології. – 2004.– Т.12, Вип. 4(41). – С.5-7.
7. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Психопатологическая характеристика лиц, госпитализированных в психиатрические стационары в связи с суицидальной попыткой // Соц. и клин. психиатрия. – 1997. – № 1. – С. 128–129.
8. Ефремов В.С. Основы суицидологии: Монография. – СПб.: Издательство «Диалект», 2004. – 480 с.: ил.
9. Батаршев А. В. Тестирование: Основной инструментальный практического психолога: Учеб. пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Дело, 2003. – 240 с.

Поступила в редакцию 22 декабря 2006 г.

ЗНАЧЕННЯ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОСТУ І РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

*І.Г. Аль Таххан*¹

Дані, викладені у статті, свідчать про велике значення мікроелементів для повноцінного метаболізму, нормальної життєдіяльності і розвитку дитячого організму. Дефіцит мікроелементів так само, як і їх надлишок, призводить до порушень розвитку та росту дітей раннього віку. У статті розглядається фізіологічне значення мікроелементів, їх участь у структурах та функціонуванні ферментативних систем дитячого організму. Тому порушення мікроелементного обміну обов'язково потребує корекції.

ВСТУП

Напружений рівень метаболізму у дітей, який не лише підтримує життєдіяльність, але й забезпечує зростання та розвиток дитячого організму, потребує достатнього та регулярного надходження мікронутрієнтів [1].

Макроелементи – це мінеральні речовини, вміст яких в організмі доволі значний – від $10^{-2}\%$ і вище. До них належать: натрій, калій, кальцій, фосфор, хлор, магній, сірка. Органічні речовини, що містяться у організмі в концентраціях 10^{-3} – $10^{-5}\%$, - мікроелементи (йод, залізо, мідь, алюміній, марганець, фтор, бром, цинк, стронцій та ін.), а елементи, що трапляються в організмі у концентраціях від $10^{-5}\%$ та менше, - ультрамікроелементи (ртуть, золото, радій, уран, торій, хром, кремній, титан, кобальт, нікель та ін.) [2-9].

За фізіологічною пріоритетністю мікроелементи можна розмістити у такому порядку: залізо, йод, мідь, марганець, цинк, кобальт, молібден, селен, хром, фтор, кремній, нікель, миш'як [2]. Серед мікроелементів до особливої групи відносять так звані незамінні мікроелементи (залізо, йод, мідь, марганець, цинк, кобальт, молібден, селен, хром, фтор), регулярне надходження яких із їжею або водою в організм абсолютно необхідне для його нормальної життєдіяльності [7,8,10].

Головна особливість мінерального обміну у дітей полягає у тому, що процеси надходження до організму мінеральних речовин та їх виведення не врівноважені між собою [7,11]. Фізіологічне значення макро- та мікроелементів визначається їх участю у структурах та функціях більшості ферментативних систем та процесів, які проходять в організмі; у пластичних процесах та побудові тканин (фосфор та кальцій – основні структурні компоненти кісток); у підтримуванні кислотно-основного стану; у підтримуванні сольового складу крові та водно-сольового обміну.

МЕТА РОБОТИ

З урахуванням вищезазначеного метою даної роботи є ознайомлення широкого кола практичних лікарів з сучасними літературними даними щодо значення заліза, міді, цинку, кобальту, хрому та нікелю для забезпечення росту і розвитку дітей раннього віку.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

Залізо

Залізо є найважливішим мікроелементом, який необхідний для нормальної життєдіяльності організму. Воно відіграє велику роль в

¹ Аспірант, Сумський державний університет.