
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Логутенко Р.М., 2015

УДК 616.895.87

**ГЕТЕРОАГРЕССИВНОЕ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С БРЕДОМ ОДЕРЖИМОСТИ**

Р.М. ЛОГУТЕНКО

ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город», г. Тюмень

**HETEROAGGRESSIVE AND SUICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS
WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DELUSIONS OF OBSESSION**

R.M. LOGUTENKO

SAHI THEN MCMC "Medical city", Tyumen

Обследованы 140 больных шизофренией, параноидной формы с бредом религиозного содержания (женщины – 49,2%; мужчины – 50,8%; возраст – от 20 до 60 лет). Среди обследованных 14 пациентов (10%) выявлены в анамнезе суицидальные попытки в виде отравления уксусной кислотой, нанесения самопорезов, прыжков с высоты (на фоне императивных галлюцинаций). Аутодеструкция предпринималась неожиданно и в большинстве случаев не могла быть предупреждена. У 17 больных на фоне императивных галлюцинаций регистрировались агрессивные тенденции в сторону родственников (n=17) в виде нанесения повреждений молотком, режущими предметами и убийство домашних животных (n=6). Физическое насилие над животным, было представлено обезглавливанием или удушением кошек, приношение домашней птицы в жертву по требованию «нечистой силы». Автор делает вывод о том, что оценивая суицидальное и гетероагрессивное поведение больных шизофренией с бредом религиозным бредом в диагностической практике следует, прежде всего, обращать внимание на психопатологическую картину.

Ключевые слова: шизофрения, агрессия, суицидальное поведение.

We investigated heteroaggressive and suicidality in 140 patients with schizophrenia, paranoid form, delusions with religious content (women – 49,2%, men – 50,8%; age – 20 to 60 years). Among the examined 14 patients (10%) had history of suicide attempts in poisoning with acetic acid, causing cuts, jumping from a height (in the background of

imperative hallucinations). Autodestructive were made suddenly and in most cases could not be warned. In 17 patients on the background of imperative hallucinations were recorded aggressive tendencies towards relatives (n=17) in the form of injury with a hammer, cutting items and killing animals (n=6). Physical abuse of animals, was represented by beheading or strangling cats, offering poultry at the request of "dark forces". The author concludes that heteroaggressive and assessing suicidal behavior in patients with schizophrenia with delusions of religious delusions in diagnostic practice, it is necessary to pay attention to the psychopathological picture.

Keywords: schizophrenia, aggression, suicidal behavior.

Введение

Шизофрения остаётся достаточно распространённым психическим заболеванием, что определяет высокую медико-социальную значимость вопросов ранней диагностики, лечения и реабилитации данной категории пациентов [9, 16, 21]. Заболевание представлено многообразием клинических проявлений и продолжает оставаться одной из наиболее изучаемых нозологических форм [1, 15]. С другой стороны, все больше публикаций в последнее время посвящено аутоагрессивному поведению у лиц с той или иной психической патологией или психологическими особенностями [13, 17, 18], что делает предпринятое исследование еще более актуальным. В связи с особенностями течения относятся к группе риска по осуществлению гетеро- и аутоагрессивных действий [12]. В рамках шизофренического процесса встречается большое разнообразие аутоагрессивных проявлений: от несуицидальных, до истинных суицидальных попыток на фоне галлюциаторно-бредовых переживаний и демонстративных проявлений [5, 14, 23]. Принято считать, что до 50% больных шизофренией совершают суицидальные попытки и 10% из них оказываются завершёнными [15], однако сложности учета суицидальных действий в нашей стране

не позволяют привести более точных цифр [5, 19, 20]. В ряде случаев незавершённые суициды диссимулируются больными, что так же ограничивает возможности их диагностики и учета [21]. Многими авторами указывается, что при параноидной шизофрении характер ауто- и гетероагрессивного поведения часто определяется основной фабулой бредовых переживаний [1, 3, 7, 15]. Особый интерес представляет религиозный бред и галлюцинации с религиозным содержанием [2, 12]. Для религиозного бреда характерны особые формы бредового поведения, обусловленные экстремальными религиозно-мистическими переживаниями [7, 15, 21]. Ряд исследователей [10, 26] описывают случаи несуицидальной аутодеструкции по религиозно-бредовым мотивам в виде отсечения кисти руки, аутокастрации или нанесение других проникающих ранений глаз. У пациентов, страдающих шизофренией с религиозным бредом, нанесение самому себе повреждений или совершение суицидальных действий может происходить спустя многие годы после начала болезни.

Рассматривая данную проблему с психиатрической позиции, следует понимать, что одержимость есть явление психопатологическое. Бред одержимости охватывает разные психические расстройства. Так, по данным S. Pfeifer [29], обследовавшего

346 больных, вера в демоническое влияние наблюдалась у больных шизофренией в 56%, аффективными расстройствами настроения в 29%, тревожными расстройствами в 48%, нарушениями личности в 37% и поведенческими синдромами в 23% случаев. Как видно, явление одержимости представлено разнообразными нозологическими расстройствами.

Бред одержимости рассматривается как вариант бреда архаического, в формировании которого участвуют суеверия, магические представления и религиозные верования, присущие человеку в стадии его недостаточного культурного развития и сохранившиеся у некоторых людей до настоящего времени (бред колдовства, одержимости нечистой силой или животными и т.д.) [6]. Одержимость, как психопатологическое явление отражает переживания о вселении в тело больного каких-либо живых существ, нередко, фантастических, нечистой силы. Часто сочетается с бредом овладения, служит проявлением синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. При одержимости нечистой силой у некоторых больных наблюдается речедвигательные псевдогаллюцинации. Иногда больные утверждают, что внутрь тела проник другой человек (известный актер, модный гипнотизер, ставший популярным благодаря сенсационной прессе экстрасенс); в других случаях в бреде внутреннего существования (*zoopathia interna*) фигурируют животные [23, 26, 27].

Установлено, что наиболее суицидоопасными являются следующие синдромы (в порядке убывания): депрессивно-параноидный, аффективно-бредовый, галлюцинаторно-параноидный с императивными слуховыми галлюцинациями суицидального содержания, метафизической интоксикации, атипичные депрессии [11, 12].

Особенности развития аутоагрессии и гетероагрессии на фоне бреда религиозно-мистического содержания изучены недостаточно и требуют более детального рассмотрения, что важно для дифференцированной профилактики аутоагрессивных действий путем воздействия на психологические факторы и механизмы суицидогенеза данного контингента больных [8, 25, 28].

Цель исследования

Изучить гетеро – и аутоагрессивные проявления при религиозно-архаических бредовых идеях у больных параноидной формой шизофренией.

Материалы и методы

В соответствие с целью и задачами предпринятого научного поиска было проведено обследование 210 больных шизофренией (F20.0), получающих основное лечение (специализированную помощь) в ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница».

Основную группу составили 140 больных шизофренией, параноидной формы с бредом религиозного содержания, у которых при первичном осмотре в период медикаментозной ремиссии были выявлены идеи религиозно-мистического содержания. Среди этих пациентов женщины составили – 49,2%; мужчины – 50,8%. Возраст больных – от 20 до 60 лет.

Группу сравнения составили 70 человек, страдающие шизофренией, параноидной формы, но не имеющих в клинической картине бредовых идей религиозного содержания (основной критерий отличия). Подбор группы сравнения проводился целенаправленно с учетом критериев сопоставимости по полу, возрасту и нозологической принадлежности. Возраст этих пациентов был так же от 20 до 60 лет. Мужчины – 54,3%; женщины – 45,7%.

Отбор пациентов для исследования осуществлялся одновременно из двух потоков, формировавшихся из: 1) пациентов, направленных психиатрами или обратившихся самостоятельно во взрослое психотерапевтическое отделение ОКПБ; 2) пациентов, находящихся на учете во взрослом психиатрическом отделении амбулаторно-поликлинической службы Тюменской ОКПБ.

Исследуемая симптоматика соотносилась с разделами МКБ-10 из рубрики, F20-22 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

Общими критериями включения больных являлись:

1) клинически установленный и подтвержденный стационарным обследованием диагноз шизофрения, параноидной формы (F20.0);

2) фабула бреда – религиозного характера, отражающая вариабельные проявления религиозно-мистического содержания;

3) диспансерные больные, проживающие в г. Тюмени и Тюменской области более 10 лет.

4) информированное согласие больного на возможность проведения клинических наблюдений и исследований в соответствии с Конституцией РФ и требованиями «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

В работе использовались клинический, клинко-психопатологический, экспериментально – психологический, статистический методы. Проводился анализ данных психического статуса. Ведущим методом являлся клинко-психопатологический метод, который применялся для оценки психического состояния всех лиц основной группы и группы сравнения (оценка симптомов, синдромов и состояния больных). При изучении психическо-

го состояния пациентов применялись методики: индивидуального собеседования, прямого наблюдения, индивидуального интервьюирования родственников.

Результаты и их обсуждение

Среди исследуемых больных, ведущий психопатологический симптомокомплекс определялся следующей разновидностью религиозно-архаического бреда: бред мессианства – 31,4%; мистический бред – 26,4%; бред одержимости – 16,4%; колдовства – 9,3%; греховности – 8,6%; реформаторства – 7,9%.

При обследовании выборочной группы (n=23) с бредом одержимости при параноидной шизофрении – 16,4%. Клинически бред был представлен, как в виде монофабулы (n=7), так и в виде сочетания с мистическим бредом (n=13) и бредом колдовства (n=3), преобладая в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома (n=13; 9,3%) и депрессивно-параноидного синдрома (n=5; 3,6%). Фабула одержимости развивалась до стойкого убеждения о внедрении в тело сверхъестественного существа при развитии сенсорных и двигательных автоматизмов. Характерной особенностью бреда одержимости было наличие суицидальных попыток (n=14) в виде отравления уксусной кислотой, нанесение самопорезов, прыжки с высоты (на фоне императивных галлюцинаций), а также агрессивные тенденции в сторону родственников (n=17) в виде нанесения повреждений молотком, режущими предметами и убийство домашних животных (n=6) – на фоне императивных галлюцинаций. Физическое насилие над животным, было представлено обезглавливанием или удушением кошек, приношение домашней птицы в жертву по требованию «нечистой силы».

Бред был наиболее частой причиной самоповреждений. Аутодеструктивные поступки в рамках бреда отличались наибольшим разнообразием, изопрённостью и непредсказуемостью. Именно в этой группе наблюдались наиболее тяжёлые жизнеопасные самоповреждения. Имела место даже гибель больных, хотя те не ставили перед собой цели уйти из жизни. Фабула бреда и «логика» самоповреждений находились в следующих взаимоотношениях: аутодеструктивные действия либо напрямую вытекали из фабулы бреда, являлись её продолжением (например, «нечистая сила заставила» прибегнуть к саморазрушению), либо с помощью самоповреждений больные пытались противостоять бредовым проявлениям, спасти себя и других, в некоторых случаях даже весь мир.

Нарушения логического мышления выражались расстройствами операционной стороны мышления и, в первую очередь, операций конкретизирования, обобщения и абстрагирования. При этом возникали следующие нарушения: резонерство, формализм, патологическая обстоятельность мышления, неясное или расплывчатое и паралогическое мышление. В результате «кривой» логики у больных шизофрений формировалась импульсивность в поступках. Под влиянием императивных галлюцинаций («голоса приказали»), то есть самоповреждения напрямую вытекали из ведущего психопатологического синдрома, являлись его продолжением.

Самоповреждения, коморбидные бреду, были наиболее тяжёлыми, травматичными. Способы выполнения таких аутоагрессивных актов были разнообразными. Аутодеструкция предпринималась неожиданно и в большинстве случаев не могла быть предупреждена.

Выводы

Таким образом, наши исследования подтверждают, что бред одержимости представляет социальную значимость, так как психические больные люди с фабулой одержимости достоверно чаще имеют деликтное поведение, совершая правонарушение с причинением физического вреда не только себе, но и окружающим лицам, а также домашним животным.

Особенности развития аутоагрессии и гетероагрессии на фоне бреда религиозно-мистического содержания изучены недостаточно и требуют более детального изучения, при этом суицидальные действия в таком сочетании являются парадоксальными.

Оценивая суицидальное поведение больных шизофренией с бредом одержимости в диагностической практике следует, прежде всего, обращать внимание на психопатологическую картину императивных галлюцинаций.

Литература

1. Бойко Е.О. Психологические особенности агрессивных тенденций преступников, больных шизофренией / Е.О. Бойко, Т.А. Чебуракова, В.А. Стрижев // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 47-48.
2. Ворошилин С.И. Архаичные религии как синтез отражения человеком мира в состоянии бодрствования, сновидениях и психозах / С.И. Ворошилин // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10, № 6. – С. 71-75.
3. Голенков А.В. Клинико-социальные особенности больных с бредом колдовства, совершивших общественно опасные действия / А.В. Голенков // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 1. – С. 41-47.

4. Зотов П.Б. Случай суицидальной попытки путем отравления парами ртути / П.Б. Зотов, И.Н. Габсалямов // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 55-56.
5. Зотов П.Б. Необходимость и сложности суицидологического учета / П.Б. Зотов, С.М. Уманский, М.С. Уманский // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 4. – С. 48-49.
6. Каменева Е.Н. Об архаических формах бреда / Е.Н. Каменева, А.И. Кудинов // Труды 1 Московской психиатрической больницы. – 1940. – № 3. – С. 440-450.
7. Ковалева Ю.А. Особенности суицидального поведения больных шизофренией / Ю.А. Ковалева, Е.А. Тараканова // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 36-37.
8. Корчинов А.Д. Психологическая модель психотерапии больных шизофренией в контексте взглядов В.М. Бехтерева, Б.Г. Ананьева, Н.В. Беломестновой, Л.Н. Собчик / А.Д. Корчинов // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 1. – С. 35-36.
9. Коцюбинский А.П. Особенности фобического синдрома при шизотипических расстройствах / А.П. Коцюбинский, Р.Г. Саврасов // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 24-25.
10. Кузнецов П.В. Факторы антисуицидального барьера у следственно-арестованных, совершивших суицидальную попытку / П.В. Кузнецов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – № 2. – С. 80-89.
11. Левина С.Д. Вопросы дифференциальной диагностики суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии у больных шизофренией / С.Д. Левина // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 31-37.
12. Логутенко Р.М. Особенности формирования бреда религиозного содержания / Р.М. Логутенко // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 32-35.
13. Логутенко Р.М. Религиозный опыт и бред религиозного содержания при шизофрении / Р.М. Логутенко, П.Б. Зотов // Медицинская наука и образование Урала. – 2011. – № 3. – С. 77-80.
14. Лукашук А.В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях / А.В. Лукашук, А.В. Меринов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 82-87
15. Лутова Н.Б. Суицидальные тенденции и комплаентность больных эндогенными расстройствами / Н.Б. Лутова // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 3. – С. 8-10.
16. Любов Е.Б. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике / Е.Б. Любов, В.Е. Цупрун // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 3. – С. 3-17.
17. Малевая О.В. Реабилитация и социальное функционирование больных параноидной шизофренией / О.В. Малевая, Н.Н. Петрова // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 11.
18. Меринов А.В. Аутодеструктивное поведение жён в «алкогольных семьях» / А.В. Меринов // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2002. – № 3-4. – С. 43-47.
19. Меринов А.В. Скрытая суицидальность у больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Вопросы наркологии. – 2010. – № 5. – С. 90-94.
20. Меринов А.В. Суицидологические, наркологические и личностно-психологические особенности мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, женатых на женщинах, имеющих суици-

дальнюю активность / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2011. – № 2. – С. 115-119.

21. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин / А.В. Меринов // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 21-23.

22. Носачев Г.Н. Диссимуляция незавершенных суицидов больными параноидной шизофренией / Г.Н. Носачев, И.Г. Дальнова, О.А. Дальнов // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 40-41.

23. Оруджев Н.Я. Современные методы дифференциальной диагностики вялотекущей шизофрении / Н.Я. Оруджев, Д.С. Данилов // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 4. – С. 18-19.

24. Пашковский В.Э. Клинические варианты бреда одержимости / В.Э. Пашковский // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 4. – С. 27-30.

25. Петрова Н.Н. Характеристика суицидального поведения больных с депрессией в ремиссии шизофрении / Н.Н. Петрова, О.А. Вишневская // Тюменский

медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 3. – С. 11-12.

26. Семке В.Я. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / В.Я. Семке, Н.А. Бохан, О.К. Галактионов; под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск, 1999. – 269 с.

27. Солдаткин В.А. К вопросу о механизмах аутоагрессивных действий больных шизофренией и их связи с механизмами агрессивного поведения (обзор литературы) / В.А. Солдаткин, А.Я. Перехов, А.С. Бобков // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 11-21.

28. Солдаткин В.А. О роли фантазий о смерти у больных шизофренией с гомицидным поведением / В.А. Солдаткин, А.С. Бобков, А.В. Анцыборов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 1. – С. 26-27.

29. Якушева М.Ю. Суицидальное поведение: перспективы превентивной диагностики / М.Ю. Якушева // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15, № 3. – С. 59-60.

30. Pfeifer S. Demonic attributions in nondelusional disorders / S. Pfeifer // Psychopathology. – 1999. – Vol. 32, № 5. – P. 252-259.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Логутенко Роман Михайлович – к.м.н., врач-психотерапевт ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город», г. Тюмень.
E-mail: mirt.psycholog@yandex.ru