

РОЛЬ СПАДКОВОЇ ОБТЯЖЕНОСТІ У ФОРМУВАННІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Обласна психіатрична лікарня (с. Стрілеча, Харківська обл.)

Дослідження виконано у відповідності до затверджених планів науково-дослідної роботи ДУ «Науково-дослідний Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – «Дослідити феноменологічну структуру й динаміку психічних розладів у осіб із незавершеними й завершеними суїцидальними справами, розробити методи профілактики, лікування й реабілітації», шифр теми АМН СУ. 7. 03, 2005 р., державний реєстраційний номер 0103U001307.

Вступ. Суїцидальні схильності є однією із ще не вирішених проблем лікування шизофренії, при цьому стандартні терапевтичні методи малоефективні. Самогубства частіше всього здійснюються на ранніх стадіях розвитку шизофренії.

Звертає на себе увагу ряд особливостей суїцидальної поведінки хворих на шизофренію: відмічаються випадки суїцидоманії – імпульсивного потягу до самогубства, більша повторність суїцидальних дій і більш високий відсоток завершених суїцидів, більш жорстокі та парадоксальні способи самогубства [2,5].

Мета дослідження – виявити клініко-психопатологічні, генетичні та інші маркери суїцидальної поведінки хворих на шизофренію, на цій основі удосконалити профілактику й реабілітацію суїцидальних дій серед цієї категорії хворих.

Об'єкт і методи дослідження Робота базується на багатofакторному дослідженні 77 (31 чоловіків і 46 жінок) хворих на шизофренію, параноїдна форма, безперервний тип перебігу F 20. 00 згідно МКХ-10, які скоїли суїцидальні проби й знаходились на лікуванні в обласній психіатричній лікарні №1 Харківської області в 2003-2005 р. р. Вони склали основну групу. Середній вік суїцидентів – чоловіків був 31,5 р., жінок – 40 р.

В якості контрольної групи було обстежено 51 хворих (27 чоловіків і 24 жінки) з діагнозом: гостра реакція на стрес F 43 за МКХ-10. Середній вік чоловіків був 32,7 р., жінок – 30,5 р.

Задля вирішення встановлених задач були використані наступні методи: системний інформаційно-теоретичний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, психодіагностичний, інструментальний – метод голографічної інтерференційної мікроскопії, генетичні методи (родовід хворих, фізіогноміка, дерматогліфіка), біохімічний метод (виявлення рівня холестерину крові), статистичний. Серед психодіагностичних

методів були використані кольоровий тест Люшера, особистісний тест MMPI, а також – шкала параноїдного хворого. Метод голографічної інтерференційної мікроскопії дозволив вивчити поверхневу структуру еритроцитів крові in vivo.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз результатів соціально-демографічного дослідження показав, що співвідношення чоловіків і жінок в групах різняться: в основній групі – 31 (40,1%) чоловіків і 46 (59,9%) жінок; в контрольній групі – 27 (53%) чоловіків і 24 (47%) жінок ($p > 0,05$).

Серед хворих на шизофренію, як і в контрольній групі, частіше зустрічались сільські жителі (в основній групі сільчан більше на 14,2%, в контрольній групі – на 25,4%) ($p > 0,05$).

В основній групі середня тривалість захворювання до моменту скоїння суїцидальної спроби у чоловіків складала 8,5 р., у жінок – 12 р., при цьому, серед жінок відмічалось два вікових піки – тривалість захворювання до 10 р. і більше 20 р. В контрольній групі тривалість захворювання була суттєво меншою: у чоловіків – 0,6 р., у жінок – 0,2 р. ($p < 0,01$).

У хворих на шизофренію з суїцидальною обтяженістю в порівнянні з контрольною групою були виявлені статистично значущі відмінності:

– більш низькі показники освіти за рахунок переважання начальної освіти – відмічалось у 8 хворих (10,5%);

– сімейний стан – більше було одиноких – 52 хворих (67,5%): холостих, розведених, вдових.

В обох групах хворі мали дітей у більш, ніж половині випадках – 43 хворих (55,8%) і 27 хворих (52,9%), відповідно.

У плані працездатності й зайнятості роботою: серед хворих на шизофренію 39 (50,6%) були непрацездатними інвалідами 2 та 3 груп, серед рештки прцездатних не працювали 28 (36,5%), працювали (на низькокваліфікованих роботах) 10 (12,9%).

З урахуванням часу скоїння суїцидальних спроб: у хворих на шизофренію максимальна частота зареєстрована восени – 26 (37,8%), у жовтні – 10 (13%), по п'ятницях – 14 (18,2%). Мінімально суїцидальні спроби здійснювались: влітку – 13 (16,9%), у липні – 2 (2,6%), по вівторках – 6 (7,8%).

В основній групі вживання алкоголю носило епізодичний характер, і таким чином, алкоголізація на суїцидогенез не впливала: більшість хворих на шизофренію не вживали алкоголь взагалі та під

час скоїння суїциду були тверезими – це 68 хворих (88,3%). Інша картина наблюдалась в контрольній групі, де 27 хворих (52,9%) були нетверезими на момент суїциду.

Серед способів скоїння суїцидальних спроб найчастішими в обох групах були – самоповішення та самопорізи. В основній групі суїцидальні спроби через самоповішення здійснювались у 32 (41,5%) випадках, самопорізи – в 26 (33,8%) випадках, по 5 (6,5%) випадків – падіння з висоти або під транспорт та самоспалення, по 4 (5,2%) – самоутоплення й медикаментозне отруєння та отруєння отрутохімікатами, в одному випадку – в поєднанні зі спробою померти від голоду й зневоднення, 1 (1,3%) – комбінування отруєння побутовим газом, самопорізів та спроби енуклеації ока. Заслужували увагу 6 випадків внутрішньолікарняних суїцидальних спроб (5 – через самоповішення, 1 – самопорізи).

В контрольній групі переважали самопорізи – 18 (35,3%) випадків, самоповішення – 15 (29,4%) випадків, медикаментозне отруєння – 8 (15,7%), випадки отруєння побутовим газом – 3 (5,9%), отруєння отрутохімікатами – 2 (4%) випадки, поєднання медикаментозного отруєння та самопорізів – 3 (5,9%), поєднання самопорізів та самоповішення, самопорізів і спроби внутрішньовенного введення повітря – по 1 (1,9%).

Клініко-психопатологічні проявлення шизофренії у хворих, які скоїли суїцидальні спроби.

Вивчення психопатологічної картини у хворих на шизофренію суїцидентів виявило переважання у 47 пацієнтів (61%) маячної та галюцинаторно-маячної симптоматики (імперативні, устрашаючі слухові псевдогалюцинації, маячні ідеї відношення, переслідування, самообвинувачення, гріховності, а також – явища психічного автоматизму), в 22% (17 пацієнтів) випадків суїцидальні дії були слідством депресивного симптому, в 13% (10 пацієнтів) випадків домінували обсесивно-компульсивні явища. В останніх 4% (3 пацієнта) випадків клінічна картина була стерта, без чіткого превалювання ведучого симптомокомплексу. Таким чином, більшість аутодеструктивних дій були мотивовані імперативними галюцинаціями та явищами психічного автоматизму, в структуру якого входили ідеаторний та моторний варіанти. Серед патопсихологічних предикторів суїцидальної поведінки в емоційно-вольовій сфері відмічалась емоційна нестійкість і напруженість (100%); у сфері мислення – структурні порушення у вигляді паралогічності мислення, різноплановості й аутистичності, а серед продуктивних розладів мислення у 47 хворих більша частина складала сукупність маячних ідей переслідування й відношення (61%), маячних ідей самообвинувачення й гріховності (19,5%), в останніх 19,5% – відривочні маячні ідеї різного змісту параноїдного та парафреного характеру.

Результати проведених досліджень свідчать про те, що у хворих на шизофренію суїцидальні дії рідко

провокуються стресовими ситуаціями, вживанням алкоголю, соціально-економічним неблагополуччям, тобто зовнішніми агентами, на відміну від хворих контрольної групи, де ці фактори достатньо значущі. Головну роль у розвитку суїцидальної поведінки у хворих ендегеним психічним захворюванням у формі шизофренії відіграє спадкова обтяженість психічними захворюваннями, алкоголізмом, суїцидами. У 60 (78%) обстежених хворих на шизофренію виявлено переважання рецесивних ознак у фенотипі, що знижало рівень адаптації, сприяючи розвитку як самого психічного захворювання, так і формуванню суїцидальної поведінки хворих на шизофренію [1].

У хворих на шизофренію, які скоїли суїцидальні спроби, спадкова обтяженість шизофренією при дослідженні родичів 1-2 ступеню рідства виявлена у 11 (14,3%) хворих, шизофренією у поєднанні з суїцидальними діями – у 6 (7,8%) хворих, алкоголізмом – 5 (6,5%), депресивними розладами й епілепсією – по 1 (по 1,3%) хворому, у 4 (5,2%) хворих в сімейному анамнезі відмічені випадки суїцидів. В основній групі загальна кількість пацієнтів із різними видами спадкової обтяженості склала 28 (36,4%) хворих.

В преморбіді у хворих на шизофренію суїцидентів визначались наступні типи акцентуацій особистості: психастенічний – у 22 хворих (28,6%), шизоїдний – у 20 хворих (25,9%), епілептоїдний – у 8 хворих (10,4%), нестійкий – у 3 хворих (3,9%), дисоціативний – у 3 хворих (3,9%); акцентуацію виявити не вдалося – у 21 хворого (27,3%).

В контрольній групі хворих, де, взагалі, реєструється менша спадкова нагрузка, в преморбіді реєструвались акцентуації наступних типів: психастенічного – 6 хворих (11,8%), нестійкого – 3 хворих (5,9%), дисоціативного – 2 хворих (3,9%), шизоїдного – 2 хворих (3,9%). Але значно частіше не виявлялись будь-які особливості особистості, хворі раніше були комунікабельні, спокійні, стенічні – акцентуація не виявлена у 38 хворих (74,5%).

Загальна частота преморбідних особливостей особистості, які представлені різними типами акцентуацій, у хворих на шизофренію з суїцидальною поведінкою виявлялась у 2,85 рази частіше, ніж в контрольній групі: 56 хворих (72,7%) проти 13 хворих (25,5%) ($p < 0,001$). Це збільшення зумовлено тим, що в основній групі хворих на шизофренію у порівнянні з контрольною групою на 16,8% підвищена частота психастенічної акцентуації в преморбіді (відповідно, 28,6% та 11,8%) й на 22% підвищена частота шизоїдної акцентуації (відповідно, 25,9% та 3,9%), а також епілептоїдний тип акцентуації відмічався тільки в основній групі у 10,4% випадків. Нестійкий і дисоціативний типи акцентуації в обох групах представлені невеликою, без статистично значущих відмінностей кількістю випадків ($p > 0,05$).

Метод голографічної інтерференційної мікроскопії еритроцитів периферичної крові [4] продемонстрував порушення форми й поверхневого

рельєфа червоних кров'яних тілець у всіх хворих на шизофренію. Поряд із різким зменшенням кількості двояковогнутах дисків виявлялась трансформація еритроцитарних клітин аж до повної їх дегенерації. Важливо, що така трансформація не є специфічною для даної патології. У 45% хворих контрольної групи також були обнаружені змінені еритроцити, хоч і в меншому кількісному відношенні, а також – без значної трансформації. Характерно, що у хворих як основної, так і контрольної групи, дезорганізація еритроцитів із порушенням структури мембран стійко залишалась і після проведеного курсу лікування. Більш того, ця трансформація клітин червоної крові у хворих на шизофренію простежувалась незалежно від віку й полу хворого, тривалості та стадії захворювання, прийому психотропних препаратів. Исходячи зі сказаного, можна зробити висновок про генетичний дефект еритроцитарного пула при шизофренії. При цьому в умовах дії стресогених факторів відбувається зрив компенсаторних механізмів і розвиток гіпоксичних станів, які обтяжують перебіг основного патологічного процесу, в ряді випадків провокуючи суїцидальну поведінку.

Генетичні методи дослідження дозволяють відслідкувати в основній групі суттєве генетичне навантаження в роду по захворюванням шизофренічного спектру й суїцидам, а також – превалювання рецесивних ознак у хворих на шизофренію.

Фізіогномічний типовий портрет хворого на шизофренію з суїцидальними тенденціями: маленькі очі сірого кольору з короткими віями, прямий ніс із низьким і широким переніссям, вузькими ніздрями. Щіли між різцями не має, язик трубочкою не звертається. Вуха вузькі. Волосся пряме, м'яке. Череп довгий, обличчя продовгувате. Ліворукість або двурукість.

За даними дерматогліфіки свідоцтвом психічного захворювання у хворих основної групи була деформована (скривлена, з розривами, подвійна, але невиразна) лінія Голови на кисті (починається між великим та вказівним пальцями). Схильність до самогубства при обстеженні кистей самогубців була підтверджена у 3 хворих на шизофренію й 1 хворого із контрольної групи, а саме – лінія Голови під холмом Меркурія (у основання мізинця) опускалась перпендикулярно вниз до рівнини Марса.

Проведена лабораторна діагностика дозволила виявити в основній групі гіпохолестеринемію у 55 (71,4 %) хворих ($p < 0,01$), яка, за літературними даними, потенціює суїцидальну активність. В контрольній групі рівень холестерину крові не мав діагностичне значення в плані суїцидального ризику: у 30 (58,8%) хворих зміст холестерину відповідав віковій нормі, у 16 (31,4%) відмічалась гіперхолестеринемія, у 5 (9,8%) – гіпохолестеринемія.

Висновки.

1. При наявності спадкової обтяженості (як до самого захворювання, так і до суїцидальної поведінки) у хворих на шизофренію частіше реєструвався низький рівень освіти; підвищення частоти одиноких хворих.

2. Більшість аутодеструктивних дій були мотивовані психотичними чинниками, як то імперативними галюцинаціями, явищами психічного автоматизму, маячними ідеями переслідування, відношення, самообвинувачення й гріховності.

3. Встановлено, що сумарна частота обтяженості психічними захворюваннями, алкоголізмом, суїцидальними історіями в сімейному анамнезі серед родичів 1-2 ступеню рідства в основній групі значно превалює у зрівнянні з контрольною групою (13,7%) ($p < 0,01$).

4. Генотипічні особливості хворих на шизофренію з аутоагресивною поведінкою, як то – обтяжена спадковість, порушення в преморбіді, переважання рецесивних ознак у фенотипі у 78%, дані фізіогноміки й дерматогліфіки, дані метода голографічної інтерференційної мікроскопії про змінені форми еритроцитів крові – призводять до несприятливого прогнозу захворювання з високою прогредієнтністю й безперервним типом перебігу, частими зривами адаптації з розвитком суїцидальних тенденцій.

5. Відмічений ряд генотипічних особливостей обстежених хворих на шизофренію оказує вплив на дію екзогенної ритміки [3].

Перспективи подальшого дослідження. В подальшому планується дослідити проведення первинної та вторинної профілактики суїцидальних дій хворих на шизофренію з більш глибоким урахуванням спадкових чинників.

Література

1. Двирский А. Е. Эволюция, патоморфоз шизофрении и прогноз ее течения в будущем / А. Е. Двирский // Архив психиатрии. – 2002. – 3 (39). – С. 73-78.
2. Ефремов В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – СПб. : Диалект, 2004. – 509 с.
3. Ласый Е. В. Оценка обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидальных попыток больных шизофренией в прогнозировании и профилактике суицидального риска / Е. В. Ласый, Р. А. Евсегнеев // Социальная и клиническая психиатрия. Москва. – 2002. – Т. 9, Вып. 2. – С. 14-17.
4. Тишко Т. В. Применение метода голографической интерферометрии для определения формы эритроцитов крови человека / Т. В. Тишко, В. П. Титарь, Д. А. Панфилов, Д. Н. Тишко // Биологический вестник. – 1998. – Т. 2, № 1. – С. 18-22.
5. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: Монография / Л. Н. Юрьева // Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.

УДК 616. 895. 8:616. 89-008. 441. 44-056. 7

РОЛЬ СПАДКОВОЇ ОБТЯЖЕНОСТІ У ФОРМУВАННІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Акименко О. О.

Резюме. Встановлено, що у хворих на шизофренію переважала спадкова обтяженість психічними захворюваннями, алкоголізмом, суїцидами; в преморбідному періоді частіше відмічались різні типи акцентуацій особистості, як то – психастенічна, шизоїдна, епілептоїдна; спостерігалось: більш низький рівень освіти, більше непрацюючих та інвалідів, незначне переважання жінок. Виявлено пікі скоєння суїцидальних спроб – восени, частіше у жовтні, листопаді, а також – у січні, по п'ятницях. У клінічній картині хворих на шизофренію відмічено: безперервний тип перебігу параноїдної шизофренії, превалювання галюцинаторно-маячної і депресивної симптоматики, obsесивно-компульсивних явищ. Переважання з достовірною частотою у суїцидентів основної групи рецесивних ознак у фенотипі, гіпохолестеринемії і деформації еритроцитів крові – все це сприяє патоморфозу й більш важкому перебігу шизофренії, що провокує часті зриви адаптації з розвитком суїцидальних тенденцій.

Ключові слова: шизофренія, суїцидальна поведінка, спадковість.

УДК 616. 895. 8:616. 89-008. 441. 44-056. 7

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Акименко Е. А.

Резюме. У больных шизофренией выявлено преобладание наследственной отягощенности психическими заболеваниями, алкоголизмом, суицидами; в преморбидном периоде чаще наблюдались разные типы акцентуаций личности, как то – психастеническая, шизоидная, эпилептоидная; отмечалось: более низкий уровень образования, больше неработающих и инвалидов, некоторое преобладание женщин; наличие пиков совершения суицидальных попыток: осенью, чаще в октябре, ноябре, а также – в январе, по пятницам. В клинической картине больных шизофренией определялось: непрерывный тип течения параноидной шизофрении, преобладание галлюцинаторно-параноидной и депрессивной симптоматики, obsесивно-компульсивных явлений. Превалирование с достоверной частотой в основной группе рецессивных признаков в фенотипе, гипохолестеринемии и деформации эритроцитов – все это способствует патоморфозу и более тяжелому течению шизофрении, что провоцирует частые срывы адаптации с развитием суицидальных тенденций.

Ключевые слова: шизофрения, суицидальное поведение, наследственность.

UDC 616. 895. 8:616. 89-008. 441. 44-056. 7

The Role of Hereditary Load in Formation of Suicidal Behavior in Patients with Schizophrenia

Akimenko H. A.

Summary. Predominance of hereditary load with mental illness, alcoholism and suicides was revealed in patients of the main group. Different types of personality accentuation, such as psychastenic, schizoid and epileptoid, were more often observed in patients with schizophrenia in premorbid period. Lower level of education, more unemployed and disabled people, predominance of women was referred to suicidal people with endogenic pathology. Suicidal people with schizophrenia are most susceptible to essay suicide in autumn, usually in October, November and January, on Fridays. Clinical picture of patients with schizophrenia was defined as follows: continuous paranoid schizophrenia, predomination of hallucinatory-paranoid and depressive symptomatology, obsessional-compulsive phenomena. Precedence of recessive character in phenotype, hypocholesteremia and erythrocyte deformation in the main group with accurate periodicity contributes to pathomorphism and more difficult course of schizophrenia that causes frequent adaption disruption with development of suicidal tendencies.

Key words: schizophrenia, suicide behavior, hereditary load.

Стаття надійшла 28. 01. 2013 р.

Рецензент – проф. Гавенко В. Л.