



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16161 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 5/16МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ВАРІАНТА НЕСУЇЦИДАЛЬНОЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

1

2

(21) u200602544

(22) 09.03.2006

(24) 17.07.2006

(46) 17.07.2006, Бюл. № 7, 2006 р.

(72) Гавенко Володимир Леонідович, Бондарчук Андрій Григорович, Коростій Володимир Іванович

(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб прогнозування клінічного варіанта не-суїцидальної аутоагресивної поведінки у хворих на параноїдну шизофренію, який включає клініко-психопатологічне обстеження, який **відрізняється** тим, що клінічний варіант несуїцидальної аутоагресивної поведінки у хворих на параноїдну шизофренію визначають за синдромальним аналізом клінічної симптоматики та при встановленні маревного варіанта, який проявляється маревою фабурою, маніпулятивною поведінкою на тлі марев-

ної настанови прогнозують загрозу життю або ризик фізичної інвалідизації пацієнта, при встановленні галюцинаторного варіанта, який проявляється поведінкою, керованою вербальними галюцинаторними імперативами, прогнозують ризик фізичної інвалідизації, при встановленні компульсивного варіанта, який проявляється обсесивно-компульсивною поведінкою прогнозують ритуалізовані самопошкодження середнього ступеня тяжкості, при встановленні афектогенного варіанта, який проявляється явищами деперсоналізації, дереалізації, порушеннями настрою у формі дисфорії, спалахами гніву прогнозують самопошкодження значної тяжкості, при кататонічному варіанті, який проявляється стертою кататонічною симптоматикою, прогнозують легкі поверхневі пошкодження пацієнта.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до психіатрії і може бути використаний для визначення клінічного варіанту несуїцидальної аутоагресивної поведінки з метою прогнозування характеру самопошкоджень внаслідок несуїцидальної аутоагресії у хворих на параноїдну шизофренію.

Самопошкодження як наслідок несуїцидальної аутоагресивної поведінки є широко розповсюдженою формою насильства, спрямованого на себе, і характеризується прямим і навмисним знищенням або деформацією частин тіла без свідомого суїцидального наміру. Прогнозування самопошкоджень у хворих на параноїдну шизофренію з метою їх адекватної та своєчасної профілактики є важливою задачею психіатрії.

Частіше за все для прогнозування ризику самопошкодження використовують комплекс заходів, який включає клініко-психопатологічний метод та методики психодіагностичного обстеження хворих на параноїдну шизофренію. [Гельдер М., Тэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев, 1997. - Т.2. - С.75]. При цьому нами не виявлено методик, спеціально розроблених для про-

гнозування ризику несуїцидальної аутоагресивної поведінки.

Суїцидальний ризик визначають за допомогою методу, розробленого В.Л.Гавенко з співавторами [Патент України №40454А "Спосіб визначення суїцидального ризику" В.Л. Гавенко, Сінайко В.М., І.М. Соколова, В.А. Мангубі, заявка №2001021010 від 13.02.2001, опубл. 16.07.2001. Бюл. №6]. У цьому способі оцінки суїцидального ризику, пацієнту задають питання, які оцінюють його емоційний стан, відношення до самого себе та до інших осіб, рівень самоповаги, домінантності, тривожності із чотирма значеннями відповідей, які реєструють. Інструмент для оцінки суїцидального ризику представлений у вигляді реєстраційного бланку, що складається з 20 рядків, які включають твердження. При виконанні тесту пацієнт в кожному рядку вибирає відповідний варіант відповіді, кожний з яких має певну кількісну оцінку. Підрахунок балів, які характеризують ступінь вираженості суїцидального ризику, проводиться за допомогою спеціального ключа. Методика оцінки суїцидального ризику дозволяє визначити осіб з аутодеструк-

(13) U

(11) 16161

(19) UA

тивними тенденціями та діагностувати ступінь суїцидального ризику.

Відомий також спосіб самосвідомості смерті [Патент України №40453А МПК7: А61В10/00 "Спосіб оцінки самосвідомості смерті" В.Л. Гавенко, Сінайко В.М., І.М. Соколова, В.А. Мангубі заявка №2001021008 заявлено від 31.02.2001, опубл. 16.07.2001. Бюл. №6]. При використанні цієї методики пацієнту додатково задають питання, які оцінюють персональне відношення до можливих наслідків смерті із двома, трьома, чотирма значеннями відповідей, які реєструють. Показники питальника враховують оцінку страху смерті, суїцидальні помисли пацієнта, відомості про спадковість та стан психічного здоров'я. Оцінка самосвідомості смерті враховує всі спектри нервово-психічного стану пацієнта. Інструмент для оцінки самосвідомості смерті представлений у вигляді реєстраційного бланку, що складається з 18 рядків, які включають такі ствердження: Методика дозволяє більш точно визначити осіб з аутоагресивними тенденціями. Це стає можливим за рахунок виявлення персонального відношення до наслідків смерті. Висока точність способу досягається і запропонованою значністю відповіді.

Відомий також спосіб діагностики розладів поведінки у неповнолітніх правопорушників [Патент РФ 2219841 С2 RU МПК7: А61В5/16 "Способ диагностики расстройств поведения у несовершеннолетних правонарушителей" Макушкин Е.В. Лацис И.В. Заявка 2001118611/14 от 2001.07.06, опубл. 2003.12.27], в якому після попереднього психіатричного інтерв'ювання у обстежуваного неповнолітнього визначають ступінь дезадаптації. За допомогою ключової таблиці, як зазначено в описі, визначають загальну суму балів наявних проявів антигромадських дій. По стовпчику ключової таблиці з найбільшою кількістю балів визначають профіль деструктивної детермінанти особистості обстежуваного. Потім на реєстраційному бланку, як зазначено в описі, відзначають отриману суму балів і ступінь дезадаптації. Будують графік і від точки перетинання отриманого графіка з профілем деструктивної детермінанти особистості обстежуваного опускають вектор. По вектору на горизонтальній осі діагностують розлад поведінки в неповнолітніх правопорушників. Даний спосіб дозволяє підвищити точність діагностики, знизити імовірність установлення неправильного діагнозу, здійснити обстеження великих груп неповнолітніх без поміщення їх у спеціальні медичні установи.

Відомий спосіб прогнозування деструктивної детермінанти особистості обстежуваного є найбільш близький до того, що заявляється по технічній суті та результату, який може бути досягнутим, тому його обрано в якості прототипу.

Основним недоліком способу-найближчого аналогу, а також відомих аналогів є їх спрямованість на вияв суїцидальних мотивів, таким чином вони неспроможні прогнозувати ризик аутоагресивних дій несуїцидального характеру.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення точності

прогнозування самопошкоджень у хворих на параноїдну шизофренію.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі визначення клінічного варіанту деструктивної детермінанти особистості обстежуваного, який включає клініко-психопатологічне обстеження, згідно з корисною моделлю, клінічний варіант несуїцидальної аутоагресивної поведінки у хворих на параноїдну шизофренію визначають за синдромальним аналізом клінічної симптоматики та при встановленні маревного варіанту, який проявляється маревою фавбулою, маніпулятивною поведінкою на тлі маревої настанови прогнозують загрозу життю або ризик фізичної інвалідизації пацієнта; при встановленні галюцинаторного варіанту, який проявляється поведінкою керованою вербальними галюцинаторними імперативами прогнозують ризик фізичної інвалідизації; при встановленні компульсивного варіанту, який проявляється обсесивно-компульсивною поведінкою, прогнозують ритуалізовані самопошкодження середнього ступеню тяжкості; при встановленні афектогенного варіанту, який проявляється явищами деперсоналізації, дереалізації, порушеннями настрою у формі - дисфорії, спалахами гніву, прогнозують самопошкодження значної тяжкості; при кататонічному варіанті, який проявляється стертою кататонічною симптоматикою, прогнозують легкі поверхневі пошкодження пацієнта.

Технічний результат способу, що заявляється полягає в підвищенні точності прогнозування характеру самопошкоджень за рахунок встановлення їх ступеня тяжкості. Це стало можливим завдяки сукупності діагностичних заходів та порядку їх виконання: встановлені п'ять клініко-психопатологічних варіантів несуїцидальної аутоагресивної поведінки у хворих на параноїдну шизофренію, на основі характеру проявів кожного з цих варіантів є можливість прогнозувати характер можливих самопошкоджень пацієнта та ступінь їх тяжкості.

Спосіб виконують наступним чином:

Після попереднього психіатричного інтерв'ювання в обстежуваного хворого параноїдною шизофренією визначають наявність і ступінь виразності в балах психічних порушень, використовуючи табл.1 "Оцінка психічних порушень". Наявність у хворого психопатологічного симптому оцінюють в 1 бал. Підсумовують кількість балів у кожному клінічному варіанті та порівнюють між собою одержані значення. Вірогідний клінічний варіант психічного порушення визначають за максимальною кількістю балів, а характер пошкодження прогнозують в залежності від варіанту аутоагресивного несуїцидального поведінки.

Клінічний варіант несуїцидальної аутоагресивної поведінки встановлюють згідно синдромального аналізу клінічної симптоматики, результати якого об'єднані в 5 варіантів (табл.1): маревний, галюцинаторний, компульсивний, афективний та кататонічний.

Таблиця 1

Оцінка психічних порушень

Маревний варіант	Бали
1	2
1. Маревна самосвідомість.	1
2. Маревне сприйняття оточуючої обстановки.	1
3. Мимовільні напливи думок, спогадів, відбирання думок, вкладання, посилення думок	1
4. Паранояльні ідеї (ревнощів, сутяжництва, реформаторства, винахідництва, дисморфоманічні)	1
5. Марення особливого значення	1
6. Марення фізичного, гіпнотичного впливу	1
7. Марення переоцінки власної особистості, величі	1
8. Марення мало цінності, самознищення	1
9. Марення самозвинувачення	1
10. Марення сензитивне	1
11. Марення іпохондричне, дисморфоманічне	1
12. Марення збитку, пограбування	1
13. Тривога, страх, занепокоєння	1
14. Хвороблива чутливість свідомості "Я"	1
15. Депресія (конкретного змісту, вітальна)	1
Сума балів =	
Галюцинаторний варіант	
1. Вербальні псевдогалюцинації (звучання голосу, звучання думок, симптоми відкритості)	1
2. Вербальні галюцинації, що коментують думки, учинки	1
3. Вербальні галюцинації з характером галюциноза (діалог, монолог, імперативні, ворожого змісту)	1
4. Маревна свідомість навколишнього	1
5. Марення галюцинаторний (переслідування, впливу, ревнощів, любовний і т.д.)	1
6. Марення фізичного, гіпнотичного впливу	1
7. Марення інсценування (інтерметаморфози)	1
8. Зорові псевдогалюцинації	1
9. Тактильні галюцинації	1
10. Дереклізація (зміненість навколишнього, симптоми "уже баченого", "ніколи не баченого", "позитивного двійника", "негативного двійника")	1
11. Напади психомоторного збудження	1
Сума балів =	
Компульсивний варіант	
1. Нав'язливі думки, побоювання, спогади, страхи	1
2. Тривога, страх, занепокоєння	1
3. Депресія (конкретного змісту, вітальна)	1
4. Деліризація (порушення схеми тіла, в області почуттів, відчуттів, мислення, моторики)	1
5. Звучання думок, почуття відкритості	1
6. Напливи думок з почуттям впливу з зовні	1
7. Паралогічність, зісковзування	1
8. Емоційна лабільність, сензитивність	1
9. Пасивність, млявість, падіння психічної активності	1
10. Підвищена виснажливості	1
11. Малорухомий, малопродуктивний в силу підвищеної виснажливості	1
Сума балів =	
Афективний варіант	
1. Депресія (конкретного змісту, вітальна)	1
2. Тривога, страх, занепокоєння	1
3. Дисфоричні приступи	1
4. Злобно-напружений афект	1
5. Нестійкість афекту, гнівливості	1
6. Напади психомоторного збудження	1
7. Опозиційність до близьких	1
8. Дереклізація (зміненість навколишнього, симптоми "уже баченого", "ніколи не баченого", "позитивного двійника", "негативного двійника")	1
9. Деліризація (порушення схеми тіла, в області почуттів, відчуттів, мислення, моторики)	1
10. Хвороблива чутливість свідомості "Я"	1

Продовження таблиці 1

1	2
11. Егоцентризм, педантизм, дріб'язкова упертість, холодність, ригідність емоцій	1
Сума балів =	
Кататонічний варіант	
1. Напади психомоторного збудження	1
2. Загальмований (ступор), мутичний, негативістичний	1
3. Бездіяльний, у контакт вступає неохоче	1
4. Апатія, байдужність до навколишнього, бездіяльність	1
5. Злобно-напружений афект	1
6. Незв'язність мислення і мови	1
7. Відчуження і відгородженість (замкнутість, ригідність, втрата афективної гнучкості, контактів, звуження емоційних реакцій, труднощі адаптації)	1
8. Чудність мови	1
9. Аутизація (похмурість, недовірливість, звуження інтересів і знайомств)	1
10. Безсоння	1
11. Підвищення апетиту	1
Сума балів =	

Ефективність способу ілюструють наступні приклади його клінічного використання:

Приклад 1

Хворий М., 28 років. Діагноз: шизофренія, параноїдна форма, безперервний перебіг. Захворювання почалося в 18-річному віці, з маніфестації неврозподібної симптоматики, зниження апетиту, безсоння. Згодом у картині захворювання з'явилася параноїдна симптоматика, почав неадекватно себе поводити вдома та був госпіталізований до психіатричного стаціонару. За 10 років багаторазово проходив лікування в зв'язку з наявністю стійкої маревної симптоматики. Під впливом психотичної симптоматики гострим предметом пошкодив тканини в черевній області (вважав, що в черевній порожнині знаходиться радіопередавач за допомогою якого "переслідуючі" керують його життєвими процесами). Повідомляє, що, таким чином, намагався позбавитися стороннього предмету у власному тілі. До фармакотерапії слабо чутливий.

При додатковому обстеженні: найбільшу суму балів (13) отримано в маревному варіанті та відповідно прогнозують загрозу життю або ризик фізичної інвалідизації пацієнта за маревним варіантом несуйцидальної агресивної поведінки.

Приклад 2

Хворий В., 21 рік. Діагноз: шизофренія, параноїдна форма, безперервний перебіг. Захворювання почалося біля 3-х років тому, з появи галюцинаторно-параноїдної симптоматики (були імперативні "голоси"), під впливом якої намагався себе отруїти. Після цього неодноразово проходив курси лікування у стаціонарі. Цього разу надійшов у зв'язку з загостренням галюцинаторно-параноїдної симптоматики. Повідомляє, що чує загрозливі "голоси", що обвинувачують, та голоси імперативного характеру. Висловлює персекуторні маревні ідеї відносини, переслідування, гріховності. Під впливом голосів намагався пошкодити собі око у стаціонарі, частково спробу самопошкодження вдалося припинити медичному персоналу. Після аутоагресивної спроби оглянутий окулістом: діагноз - атрофія зорового нерва правого ока.

При додатковому обстеженні: найбільшу суму балів (7) отримано в галюцинаторному варіанті та відповідно прогнозують ризик фізичної інвалідизації пацієнта за галюцинаторним варіантом несуйцидальної агресивної поведінки.

Приклад 3

Хворий М., 26 років. Психічно хворий з 19-х років, коли вперше з'явилися особливості в поведінці: став замкнутий, закривався один у кімнаті, до родичів опозиційне відношення, розмовляв сам із собою, багато часу проводив у читанні літератури релігійного характеру. Неодноразово проходив лікування в психіатричному стаціонарі з приводу діагнозу "шизофренія, параноїдна форма". Надходження в лікарню в зв'язку з погіршенням психічного стану: вдома став більш замкнутий, неговіркий, реагував на родичів спалахами вербальної агресії, руйнівні. При первинному огляді не розкривав хворобливих переживань, але не заперечує присутності в голові "неприємних думок". Мислення різнопланове, паралогічне. Активно маревних ідей не продукує, розлади сприйняття в собі заперечує. Судячи з поведінки, не виключена дисимуляція психотичної симптоматики. У відділенні неодноразово у хворого відмічалися вокалізації, які пояснити не може.

При додатковому обстеженні: найбільшу суму балів (10) отримано в компульсивному варіанті та відповідно прогнозують ритуалізовані самопошкодження середнього ступеня тяжкості пацієнта за компульсивним варіантом несуйцидальної агресивної поведінки.

Приклад 4

Хворий Л., 24 роки. Психічно хворий з 15-ти років. Захворювання маніфестувало вираженими змінами в поведінці та параноїдною симптоматикою: став агресивний до рідних, виявляв спалахи руйнівних тенденцій, пошкодив удома меблі. При першому надходженні в стаціонар: напружений, злий, підозрілий, брутально висловлювався, хворобливі переживання не розкривав. Протягом декількох років неодноразово проходив лікування в психіатричному стаціонарі з приводу діагнозу "шизофренія, параноїдна форма", ремісії нестійкі, ко-

роткотривалі. В останнє надходження в лікарню перебував на спостережній частині відділення, був афективне напружений, збуджений, злий, невмотивовано лаявся на медичний персонал, раптово зіскочив з ліжка спробував ударити санітара, після чого впав на коліна вдарив себе головою об підлогу декілька разів. Нанесені пошкодження у вигляді крововиливів середнього ступеню важкості. Згодом афективна напруженість піддалася частковій редукції. Хворий пояснює такі дії як "нервову реакцію", "хотілося скинути із себе злість".

При додатковому обстеженні: найбільшу суму балів (11) отримано в афективному варіанті та відповідно прогнозують самопошкодження значної тяжкості пацієнта за афективним варіантом несуйцидальної агресивної поведінки.

Приклад 5

Хворий С., 30 років. Психічно хворіє на протязі 20 років. Діагноз "шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу". Маніфест захворювання галюцинаторно-маревною симптоматикою. Згодом у картині хвороби з'явилися кататонічні

включення у вигляді мутизму, негативізму, застигав у вичурних позах. Такі прояви мали непостійний характер, змінювалися станами з маревною продукцією. В останнє надходження до психіатричного стаціонару знаходився в ступорозному стані за типом кататонічного, протягом тижня психічний стан змінився на немотивоване збудження: у межах палати безцільно ходив, стрибав, на питання лікаря не відповідав, декілька разів наносив удари головою та руками об стіни палати, рухи неціленаправлені, різкі, імпульсивні. Під впливом психотропної терапії кататонічна симптоматика редукувалася, хворий став частково доступний контакту, пояснити свій стан та дії не може, каже "мабуть, був у полоні потойбічних сил", "пригадати події того часу практично дуже важко".

При додатковому обстеженні: найбільшу суму балів (10) отримано в кататонічному варіанті та відповідно прогнозують легкі поверхневі пошкодження пацієнта за кататонічним варіантом несуйцидальної агресивної поведінки.