

Г. Я. Пилягіна, О. О. Башинський

САМОРУЙНІВНА ПОВЕДІНКА У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРА

Г. Я. Пилягина, А. А. Башинский

Саморазрушающее поведение у пациентов с психотическими расстройствами шизофренического спектра

G. Pyliagina, O. Bashynskiy

Self-destructive behavior in patients with psychotic disorders of the schizophrenia spectrum

В цьому дослідженні було вивчено особливості патогенезу саморуйнівної поведінки (СрПв) і реалізації самоушкоджень (Суд) у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектра (ПсР ШФС). Було обстежено 77 пацієнтів з діагнозами шизофренія, шизоафективний розлад та гострий поліморфний психотичний розлад. За диференціальними ознаками патогенезу СрПв пацієнти були поділені на дві групи: перша група — хворі з ПсР ШФС, у яких прояви СрПв були протягом всього процесу захворювання та розвивалися як коморбідний психопатологічно-поведінковий розлад (Гр1 ПостСрПв), друга група — хворі, в яких прояви СрПв формувалися за механізмом вторинного поведінкового розладу та виникали лише на висоті загострення психопатологічної симптоматики з наявністю імперативних псевдогалюцинацій (Гр2 ІмпСуд).

За результатами дослідження було виявлено суттєве переважання пацієнтів з шизофренією та з галюцинаторно-параноїдним синдромом в обох групах досліджених. Вірогідно частіше хворі на шизофренію здійснювали імпульсивні Суд під впливом імперативних псевдогалюцинацій. Було виявлено вірогідні відмінності в мотиваційних установках серед обстежених пацієнтів. В Гр1 ПостСрПв основними мотиваційними установками були психологічні проблеми, пов'язані з наявністю хвороби, соціальними негараздами та міжособистісними проблемами, тоді як в Гр2 ІмпСуд основною причиною реалізації Суд був вплив імперативних псевдогалюцинацій з «наказом» на здійснення такого аутодеструктивного вчинку. За результатами тестування (шкала імпульсивності Р. Плучика) був виявлений набагато вищий рівень імпульсивності в Гр1 ПостСрПв.

Проведене дослідження підтвердило наявність принципово різних шляхів формування і динаміки СрПв і скоєння Суд пацієнтами з ПсР ШФС, що треба брати до уваги в процесі їх лікування та реабілітації.

Ключові слова: саморуйнівна поведінка, самоушкоджувальні дії, психотичні розлади шизофренічного спектра

В данном исследовании были изучены особенности патогенеза саморазрушающего поведения (СрПв) и реализации самоповреждающих действий (СпД) у пациентов с психотическими расстройствами шизофренического спектра (ПсР ШФС). Были обследованы 77 пациентов с диагнозами шизофрения, шизоаффективное расстройство и острое полиморфное психотическое расстройство. Согласно дифференциальным признакам патогенеза СрПв, пациенты были разделены на две группы: первая группа — больные с ПсР ШФС, у которых проявления СрПв имели место на протяжении всего процесса заболевания и развивались как коморбидное психопатологически-поведенческое расстройство (Гр1 ПостСрПв), вторая группа — больные, у которых проявления СрПв формировались по механизму вторичного поведенческого расстройства и появлялись только на высоте обострения психопатологической симптоматики с наличием императивных псевдогаллюцинаций (Гр2 ИмПСД).

По результатам исследования было выявлено значительное преобладание пациентов с шизофренией и с галлюцинаторно-параноидным синдромом в обеих группах исследованных. Достоверно чаще больные шизофренией осуществляли импульсивные СпД под влиянием императивных псевдогаллюцинаций. Обнаружены достоверные различия в мотивационных установках среди обследованных пациентов. В Гр1 ПостСрПв основными мотивационными установками были психологические проблемы, связанные с наличием болезни, социальными проблемами и межличностными проблемами, в то время как в Гр2 ИмПСД основной причиной реализации СпД было влияние императивных псевдогаллюцинаций с «приказом» осуществить такой аутодеструктивный поступок. По результатам психометрического тестирования (шкала импульсивности Р. Плучика) обнаружен достоверно более высокий уровень импульсивности в Гр1 ПостСрПв.

Проведенное исследование подтвердило наличие принципиально разных путей формирования СрПв и совершения СпД пациентами с ПсР ШФС, что должно быть учтено в тактике их лечения и реабилитации.

Ключевые слова: саморазрушающее поведение, самоповреждающие действия, психотические расстройства шизофренического спектра

The present study assesses the peculiarities and the pathways of self-destructive behavior (SDB) and self-injury acts (SI) in a group of inpatients who have schizophrenia spectrum psychotic disorders (SSPD). They were 77 patients with schizophrenia, schizoaffective disorder and acute polymorphic psychotic disorder examined in this issue and divided into 2 groups according to the pathways types of SDB: the first group — patients with permanent peculiarities of SDB as comorbid disturbance (Gr1 PermSDB), the second group — patients with impulsive SDB manifestations as secondary behavior disturbance on background acute psychotic episode with imperative pseudo-hallucinations (Gr2 ImpSI).

There was a weighty predominance of patients with schizophrenia and hallucinatory-paranoid syndrome in both groups. Patients with schizophrenia more frequently realized impulsive SI exactly with imperative pseudo-hallucinations as the cause of them. Significant difference in motivation of SDB and SI was found in different groups. In Gr1 PermSDB the main motivation was psychological problems associated with mental illness, social and interpersonal problems, while in Gr2 ImpSI the exclusive reason of SI was «command» to do it under influence of imperative pseudo-hallucinations. The psychometric results (the Plutchik's impulsivity scale) revealed a much higher level of impulsivity in Gr1 PermSDB.

Results confirmed that fundamentally diverse pathways for SDB manifestation and dynamic of it, also SI motivation exist in patients with SSPD. It should be taken in the treatment tactic and rehabilitation course for such different patients.

Key words: self-destructive behaviour, self-injury, psychotic disorders of the schizophrenia spectrum

За даними ВООЗ — люди, які страждають на психічні розлади, в середньому вмирають на 20 років раніше, ніж населення загалом. Досить часто причиною смерті

таких пацієнтів є самогубство або летальні наслідки самоушкоджень, особливо в молодому віці [1]. Саме тому дослідження, що пов'язані з розв'язанням проблем взаємовпливу психотичних розладів (ПсР) та саморуйнівної поведінки (СрПв), є актуальними та своєчасними.

СрПв є широким поняттям, яке стосується будь-яких поведінкових проявів чи когнітивно-афективних феноменів, що мають аутодеструктивний чи аутоагресивний зміст і таким способом дезадаптивно впливають на психічну діяльність людини та її поведінку. Незалежно від того, при якому психічному розладі виникає СрПв, його прояви можуть бути у вигляді ідей чи намірів суїцидальної спрямованості та/або суїцидальних чи самошкодливих дій (Суд), усвідомлених та навмисних чи реалізованих під впливом хворобливих переживань [2].

Згідно з численними дослідженнями, прояви СрПв у хворих на ПсР є досить поширеною проблемою [3—5]. Зокрема, майже 50 % хворих з розладами шизофренічного спектра здійснюють Суд [6]. Вивчення СрПв у пацієнтів з ПсР доводить залежність їх проявів від тривалості захворювання [3, 5], від фабули психопатологічних переживань [7], від особливостей рівня соціального та емоційного інтелекту [8]. Але, за даними сучасної медичної літератури, недостатньо висвітлено питання особливостей патогенезу СрПв у пацієнтів з ПсР. Однак, саме характер патогенетичного розвитку СрПв у таких хворих має суттєву значущість на те, чи будуть ними здійснені Суд, та який характер ці вчинки будуть мати (вибір засобів здійснення, ступінь летальності тощо). Тому що не тільки факт виникнення будь-яких проявів СрПв у пацієнтів з ПсР, а й, насамперед, характер його патогенетичного розвитку, особливо щодо особливостей здійснення хворими Суд, має суттєві відмінності [9]. Мається на увазі, що прояви СрПв при ПсР можуть розвиватися як тривалий і коморбідний, психологічно зумовлений процес суїцидогенезу з реактивним здійсненням Суд на тлі гострих психотравматичних обставин чи на тлі загострення психотичної симптоматики з вираженими афективними порушеннями. Зовсім інший шлях патогенезу СрПв при ПсР — це гостра транзиторна маніфестація його проявів як вторинного психічно-поведінкового порушення з імпульсивною реалізацією Суд на тлі гострої психотичної симптоматики при розладах шизофренічного спектра (ШФС) чи деліріозних станах тощо.

Саме це визначило мету дослідження: вивчити особливості патогенезу СрПв і реалізації Суд у пацієнтів з ПсР ШФС.

Обстежено 77 пацієнтів з ПсР ШФС, які проходили стаціонарне лікування на базі КНП «Клінічна лікарня «Психіатрія» в м. Києві.

Критерії включення пацієнтів до дослідження були такими: інформована згода пацієнта на участь в дослідженні; вік — від 18 до 50 років; наявність ПсР ШФС (без вираженої дефіцитарної симптоматики, інтелектуально-мнестичного зниження та органічного ураження ЦНС); наявність проявів СрПв зі здійсненням Суд в період хвороби.

В усіх хворих під час проведення обстеження були виявлені ПсР ШФС за критеріями міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10), а також визначений факт здійснення Суд під час перебігу розладу. З загальної кількості обстежених пацієнтів до дослідження було залучено 35 осіб (45 %) з діагнозом шизофренії (Шф, F20.0), 22 особи (29 %) — з діагнозом шизоафективний розлад (ШаР, F25), а також 20 осіб (26 %) — з діагнозом гострий поліморфний ПсР

з симптомами Шф (ГППсР, F23.1). Розподіл обстежених пацієнтів за статтю був таким: чоловіки — 34 особи (44 %), жінки — 43 особи (56 %), середній вік хворих становив $32,9 \pm 8$ роки.

Згідно з метою дослідження, усі обстежені пацієнти були поділені на дві групи. До першої групи (Гр1 ПостСрПв) ввійшли 29 пацієнтів (37 % від загальної кількості обстежених) з ПсР, які висловлювались про постійну наявність проявів СрПв протягом усього періоду захворювання або більш ніж половини цього строку (за підтвердженням медичної документації), а Суд ці хворі здійснювали під впливом загострення суїцидальних ідей або саморуйнівних хворобливих переживань, що не залежало повною мірою від гостроти психопатологічної симптоматики. Другу групу (Гр2 ІмпСуд) становили 48 пацієнтів (63 % від загальної кількості обстежених), в яких прояви СрПв виникали лише на висоті загострення психопатологічної симптоматики, і саме це спричиняло реалізацію ними імпульсивних Суд, тоді як після редукції гострої психотичної симптоматики прояви СрПв у цих хворих зникали.

До всіх обстежених було застосовано клініко-психопатологічний метод дослідження за допомогою напівструктурованого клініко-діагностичного інтерв'ю та відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, що дало змогу виявити відповідну синдромологічну структуру клінічної картини захворювання і характер ознак СрПв на момент огляду та в анамнезі хвороби, особливості реалізації Суд пацієнтами. Все це дало змогу проаналізувати характер патогенетичного розвитку СрПв та його відмінності в групах обстежених хворих. Також ми провели психометричне тестування із застосуванням шкали продуктивних та негативних симптомів (PANSS) для визначення гостроти та важкості психопатологічної симптоматики [10], а також шкали імпульсивності Р. Плучика (IS) для визначення рівня імпульсивності [11].

За результатами проведеного дослідження (табл. 1), серед всієї когорти обстежених пацієнтів за нозологічною належністю було виявлено суттєве вірогідне переважання кількості хворих на Шф порівняно з хворими на ШаР ($p = 0,03$) та з ГППсР ($p = 0,011$).

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих в групах за нозологічною належністю

Нозологічні одиниці	Гр1 ПостСрПв, абс. (% за групою / за нозологією)	Гр2 ІмпСуд, абс. (% за групою / за нозологією)	Всього, абс. (%)
Шф (F20.0)	12 (41,4 / 34,3)	23 (47,9* / 65,7**)	35 (45,5*)
ШаР (F25)	9 (31,0 / 40,9)	13 (27,1 / 59,1)	22 (28,6)
ГППсР (F23.1)	8 (27,6 / 40,0)	12 (25,0 / 60,0)	20 (26,0)
Усього, абс. (%)	29 (100)	48 (100)	77 (100)

Примітка. Тут і далі — різниці вірогідні: * — при $p < 0,05$, ** — при $p < 0,01$

Беззаперечно й вірогідне домінування кількості випадків Шф серед усіх обстежених пацієнтів свідчить, що серед ПсР саме наявність шизофренічного процесу здебільшого впливає на виникнення СрПв, хоча і за різними патогенетичним механізмами й проявами за суттю: як тих, що є психологічно зумовленими

і тривають протягом усього захворювання, коливаючись за гостротою та формами (суїцидальні думки, Суд різного ступеня спланованості й летальності), так і тих, які проявлялися імпульсивною реалізацією Суд, котрі були здійснені пацієнтами майже винятково під впливом імперативних псевдогалюцинацій. І власне, як це було зафіксовано результатами дослідження, саме імпульсивні Суд найбільш притаманні хворим на Шф. Тому кількість хворих на Шф в Гр2 ІмпСуд була суттєво більшою порівняно з Гр1 ПостСрПв — в 1,92 раза більше ($p = 0,008$). І до того ж дослідження засвідчило, що в Гр2 ІмпСуд кількість випадків Шф вірогідно перевищувала кількість пацієнтів з іншими ПсР ШфС: порівняно з хворими на ШаР в 1,8 раза ($p = 0,035$), а з хворими з ГППСР — в 1,91 раза ($p = 0,019$).

Але реалізація саме імпульсивних Суд, які хворі здійснювали під впливом імперативних псевдогалюцинацій, також переважала при інших видах ПсР ШфС. Зокрема, переважання випадків імпульсивно реалізованих Суд пацієнтами Гр2 ІмпСуд над випадками, які були здійснені пацієнтами Гр1 ПостСрПв, було несуттєво, але вищим у пацієнтів як з ШаР (на 19,1 %, $p = 0,7$), так і з ГППСР (на 20,0 %, $p = 0,8$).

Щодо кількості випадків Шф серед хворих у Гр1 ПостСрПв, то їх кількість також, як і в Гр2 ІмпСуд, була більшою ніж кількість пацієнтів з ШаР та з ГППСР, хоча

статистично вірогідного переважання цієї нозології в цієї групі виявлено не було ($p > 0,05$). Кількість пацієнтів в Гр1 ПостСрПв з ШаР та з ГППСР була майже рівнозначною за абсолютними та відносними значеннями до кількості випадків, котрі були віднесені до Гр2 ІмпСуд.

Отримані результати свідчать, що при всіх ПсР ШфС шляхи розвитку СрПв мають вірогідно суттєві відмінності. Зокрема, важливо розуміти, що більшу частину аутодеструктивних дій хворі з ПсР ШфС здійснюють імпульсивно під впливом гострої галюцинаторно-параноїдної симптоматики, однак у 34—40 % випадків (у 34,3 % пацієнтів при Шф, у 40,0 % — при ГППСР і у 40,9 % — при ШаР) прояви СрПв психологічно «вбудовуються» в хворобливі переживання і стають коморбідним процесом, який суттєво патопластично впливає на актуальний психічний стан хворих, їх поведінку та його треба брати до уваги в процесі лікування і психологічної реабілітації.

Окрім особливостей проявів СрПв з погляду нозологічної належності обстежених хворих ми вивчали відмінності провідних клінічних синдромів в цієї вибірці пацієнтів. Під час проведення дослідження в усіх хворих в клінічній картині було зафіксовано лише галюцинаторно-параноїдний та афективно-параноїдний синдроми (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл обстежених хворих за провідним клінічним синдромом в Гр1 ПостСрПв та в Гр2 ІмпСуд при окремих нозологіях

Синдроми	Гр1 ПостСрПв, $n = 29$ абс. (%)	Гр2 ІмпСуд, $n = 48$ абс. (%)	Шф, $n = 35$ абс. (%)	ШаР, $n = 22$ абс. (%)	ГППСР, $n = 20$ абс. (%)
Галюцинаторно-параноїдний	7 (24,1)	38 (79,2)***	29 (82,9)***	7 (31,8)	9 (45,0)
Афективно-параноїдний	22 (75,9)***	10 (20,8)	6 (17,1)	15 (68,2)*	11 (55,0)

Примітка: *** — $p < 0,001$

Галюцинаторно-параноїдний симптомокомплекс в 3,8 раза частіше спостерігався в Гр2 ІмпСуд ($p = 0,000$), тимчасом як афективно-параноїдний синдром в 3,1 раза частіше спостерігався серед пацієнтів в Гр1 ПостСрПв ($p = 0,000$). Отже, було доведено, що є якісні відмінності щодо клініко-патогенетичного базису розвитку СрПв та здійснення Суд в різних групах обстежених пацієнтів. Пацієнти з Гр1 ПостСрПв здійснювали Суд, здебільшого, під впливом порушень афективної сфери, тоді як Суд у пацієнтів з Гр2 ІмпСуд були спровоковані впливом галюцинаторної симптоматики.

Щодо розподілу пацієнтів за клінічними синдромами при окремих нозологіях, було виявлено, що галюцинаторно-параноїдний синдром домінував у хворих з діагнозом Шф ($p = 0,000$), тоді як при ШаР частіше, більше ніж вдвічі (майже в 70 % випадків), спостерігався афективно-параноїдний симптомокомплекс (депресивно-маячний синдром, $p = 0,015$). Тоді як серед хворих з ГППСР переважала афективно-параноїдна симптоматика (на 10,0 %), але без статистично значущої різниці ($p = 0,5$).

Зіставлення наявності окремих симптомокомплексів між нозологіями за відносними показниками виявило, що галюцинаторно-параноїдний синдром в 2,6 раза частіше спостерігався при Шф, ніж при ШаР ($p = 0,000$)

та в 1,8 раза частіше — при ГППСР ($p = 0,007$). А депресивно-маячний симптомокомплекс при ШаР був зафіксований в 3,99 раза частіше, ніж при Шф ($p = 0,000$) і тільки в 1,24 раза частіше, ніж при ГППСР ($p = 0,27$), але його частота при ГППСР була вірогідно більшою порівняно з кількістю випадків афективно-параноїдної симптоматики при Шф ($p = 0,007$).

Проведене клініко-діагностичного інтерв'ю також підтвердило якісні відмінності у клініко-патогенетичному розвитку СрПв в обстежених групах хворих. Аналізуючи дані щодо характеру патогенетичної динаміки СрПв та умов скоєння Суд у всіх пацієнтів в Гр2 ІмпСуд, було підтверджено, що після редукції психотичної симптоматики у цих хворих повністю редукувалися і прояви СрПв. Тимчасом як в усіх пацієнтів в Гр1 ПостСрПв, як і в наведеному далі першому клінічному прикладі, навіть після зниження гостроти психопатологічної симптоматики, ознаки СрПв зберігалися і потребували ретельної уваги лікаря і медперсоналу, тому що на тлі вираженості депресивно-маячної симптоматики чи нерозв'язаних психотравматичних обставин також зберігалася загроза повторного скоєння Суд без суттєвої залежності від загострення чи редукування симптоматики.

Задля розуміння цих патогенетичних розбіжностей наводимо такі клінічні приклади.

Клінічний випадок хворої з Гр1 ПостСрПв. Пацієнтка А., 40 років, діагноз: ШпР, змішаний тип; галюцинаторно-параноїдний синдром.

Спадковість психопатологічними розладами не обтяжена. Хворіє 5 років, тричі лікувалась стаціонарно. Під час аналізу анамнестичних даних (дані клінічного інтерв'ю та інформація з медичної документації) було виявлено, що в періоди між психотичними епізодами (стаціонарним лікуванням) в клінічній картині галюцинаторно-маячна симптоматика була відсутньою, але хвора протягом всього строку хвороби мала прояви СрПв у вигляді практично постійних суїцидальних думок, котрі, на тлі поліпшення психічного стану, втрачали свою інтенсивність, однак все одно зберігалися. Причиною їх наявності хвора назвала практично постійні конфлікти з сином та співмешканцем, котрі зловживають алкоголем, а також прояви психічного захворювання («я вже не можу так жити, жити з ними... вони всі весь час вганяють мене в гроб... мені краще подохнути, бо я вже не можу це виносити...»).

Психічний стан хворої погіршився близько 3-х місяців тому, коли вона стала дратівливою, менше поралася по домашньому господарству, почала частіше конфліктувати з сином та співмешканцем. Хвора почала носити з собою всі документи за причини того, що за нею слідкують «спецслужби», і вона «має все зберігати цілим, щоб вони мене не вбили». Останні три дні А. перестала спати, їсти, була збуджена, не могла логічно висловити власні думки. На момент госпіталізації у психічному статусі хворої: мислення в прискореному темпі, паралогічне, з асоціативними розривами, висловлювала маячні ідеї переслідування, негативного ставлення, отруєння. Поведінка під час огляду свідчила про наявність галюцинаторної симптоматики (слухових коментуючих галюцинацій) — пацієнтка озиралася, до чогось прислуховувалася. А. висловлювала стійкі суїцидальні думки («...я повинна померти, бо вони все рівно вб'ють мене... вони отруюють мене і все моє життя...»), які суттєво посилюлися на тлі психотравматичної ситуації (активні конфлікти з співмешканцем та сином) і впливу хворобливих переживань.

На тлі застосування психофармакотерапії в умовах стаціонарного лікування (рисперидон 2—4 мг, кветіапін 100—200 мг, дулоксетин 60 мг на добу) галюцинатор-

но-маячна симптоматика редукувалась, депресивна симптоматика дезактуалізувалась. Під час повторного огляду, який було проведено через місяць, в клінічній картині у А. залишалися резидуальні маячні ідеї переслідування, галюцинаторна симптоматика була відсутньою, але виявлялися суїцидальні думки, котрі дещо втратили свою інтенсивність, однак все одно зберігалися («...навіщо мені жити, краще померти, бо вже нічого не виправити...»).

Клінічний випадок хворої з Гр2 ІмпСуд. Пацієнтка С., 30 р. діагноз: шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу, галюцинаторно-параноїдний синдром.

Спадковість психопатологічно не обтяжена. Вперше психічні порушення виникли 5 років тому. Психічне захворювання дебютувало у вигляді гострої галюцинаторно-маячної симптоматики, тоді ж С. вперше лікувалась в психіатричному стаціонарі. З даних анамнезу: 4 рази лікувалась стаціонарно. Під час погіршення психічного стану в клінічній картині пацієнтки на перший план виходила галюцинаторно-маячна симптоматика з вербальними псевдогалюцинаціями імперативного характеру та маячними ідеями впливу релігійно-містичного змісту. Під час загострення психічного стану рік тому С. здійснила Суд — вистрибнула з вікна 3 поверху. Хвора так пояснила, як це відбулося: «Мені голос наказав зробити це, я так і зробила, тому що так казав голос».

В процесі цього обстеження (при поліпшенні психічного стану на тлі початку лікування — дезактуалізації гострого синдрому Кандинського — Клерамбо) — пацієнтка досить чітко описувала наявні галюцинаторно-маячні симптоми у своєму стані, але категорично заперечувала наявність суїцидальних думок чи будь-яких інших проявів СрПв.

Аналіз мотиваційних установок у висловлюваннях хворих з ПсР ШФС щодо здійснення ними Суд (відповіді пацієнтів на запитання «Чому Ви скоїли ці дії (Суд)?») за даними клініко-діагностичного інтерв'ю також підтвердив суттєві відмінності в кожній з груп обстежених пацієнтів (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл обстежених хворих на групи (Гр1 ПостСрПв та Гр2 ІмпСуд), відповідно до мотиваційних установок, що передували скоєнню Суд

Мотиваційні установки пацієнтів	Гр1 ПостСрПв, абс. (%)	Гр2 ІмпСуд, абс. (%)
Намагання знизити високий рівень суб'єктивної тривоги («...хотілось знизити тривогу... напруження...», «...після цього стало легше...»)	14 (48,3)***	—
Намагання та спосіб звернути на себе увагу («...так вона ж мене не помічала, аж тільки потім зрозуміла...», «...коли я так робив, вони звертали на мене увагу...»)	9 (31,0)***	—
Неможливість прийняти наявність психічного захворювання чи психіатричного діагнозу («...я таким жити не хочу...», «...кому я такий потрібний...», «...який сенс так жити...»)	4 (13,8)***	—
Намагання здолати переживання внаслідок конфлікту в сім'ї («...дістали конфлікти...», «...не можу більше терпіти ці сварки...»)	2 (6,9)*	—
Вплив імперативних псевдогалюцинацій «...мені наказали (сказали) голоси...»	—	45(93,8)***
Вплив іншої галюцинаторної симптоматики («...щоб не чути голосів...» та «...це був оберіг від голосів...»)	—	3 (6,2)*

Примітка: * — $p < 0,05$; *** — $p < 0,001$

Згідно з цим аналізом, в більш ніж половині випадків (58,4 % від всієї вибірки) як провідна мотиваційна установка здійснення Суд переважали імперативні псевдогалюцинації, і всі ці випадки віднесені до Гр2 ІмпСуд.

Пацієнти з Гр2 ІмпСуд скоювали аутодеструктивні дії лише під час суттєвого загострення психотичної симптоматики, а саме, під впливом імперативних псевдогалюцинацій ($p = 0,000$). Здебільшого (у 93,8 %) саме це було головною причиною, за якою хворі цієї групи приймали аутодеструктивні рішення (момент переходу від виникнення ідеї до безпосереднього здійснення Суд). І тільки три хворих (6,2 %), які теж виявляли наявність псевдогалюцинаторної симптоматики імперативного характеру, зазначили, що здійснили Суд не «за наказом», а «вберігаючись» від цих хворобливих переживань.

Тоді як серед хворих Гр1 ПостСрПв не було виявлено жодного випадку скоєння Суд з впливом імперативних псевдогалюцинацій або інших гострих галюцинаторних симптомів — як мотивації щодо реалізації аутодеструктивних вчинків. Мотиваційні висловлювання в цій групі були доволі різноманітні, але їх можна було об'єднати в певні групи мотивів (див. табл. 3). Тобто загострення проявів СрПв з подальшим здійсненням Суд серед пацієнтів в Гр1 ПостСрПв відбувалися, насамперед, внаслідок особистісних переживань, пов'язаних із психологічними проблемами — саме вони, більшою мірою, спричиняли загострення психопатологічної симптоматики і ставали основою для прийняття суїцидального рішення. Найбільш поширеним мотивом здійснення Суд були переживання, пов'язані з нестерпно високим рівнем внутрішньої тривоги (майже в половині випадків), а кожний третій пацієнт цієї групи хотів звернути на себе увагу найближчих оточуючих (родичів). І самі ці мотиваційні установки мають бути фокусом психологічного супроводу таких хворих. Кожний дев'ятий хворий (13,8 %) не міг змиритися з наявністю психічного захворювання (психіатричного діагнозу), тому здійснював Суд, і це важливо зважати у лікуванні пацієнтів з психотичними епізодами будь-якої нозологічної належності. І досить інтересними, але зрозумілими були отримані дані, що родинні конфлікти лише в деяких випадках є провідним чинником здійснення Суд у хворих з ПсР ШФС. Але якщо цей фактор виявляється у хворих з афективно-параноїдною симптоматикою як чинник стало мотиву наявності проявів СрПв (як наведено у першому клінічному прикладі), його обов'язково треба брати до уваги під час проведення психологічно-реабілітаційних заходів щодо таких пацієнтів.

Аналізуючи отримані дані психометричного тестування хворих за допомогою шкал PANSS та IS (табл. 4), ми не виявили статистично вірогідної різниці між важкістю та гостротою психотичної симптоматики в обох групах хворих на момент проведення обстеження (за даними шкали PANSS — $p > 0,5$).

Водночас ми зафіксували статистично вірогідну різницю між рівнем імпульсивності у пацієнтів Гр1 ПостСрПв та Гр2 ІмпСуд ($p = 0,04$). Те, що рівень імпульсивності був вірогідно вищим у пацієнтів з Гр1 ПостСрПв, ніж у хворих в Гр2 ІмпСуд, не має однозначного пояснення і потребує подальшого дослідження. На нашу думку, це свідчить про те, що хворі, які здійсню-

вали Суд під впливом імперативних псевдогалюцинацій — механізм вторинного поведінкового порушення, в періоди відсутності суттєвого загострення психотичної симптоматики не відчувають великого тиску власних психологічних проблем на поведінкову активність. Тоді як поведінка пацієнтів з ПсР ШФС, у яких прояви СрПв мали сталий характер (певною мірою, незалежний від гостроти психотичної симптоматики), залежать від характеру й вираженості особистісних характеристик на кшталт рівня імпульсивності, стрес-вразливості тощо. Така відмінність у рівнях імпульсивності в цих групах пацієнтів потребує звертати увагу на ці психологічні особливості та зважати на них під час застосування лікувально-реабілітаційних заходів щодо пацієнтів з ПсР ШФС.

Таблиця 4. Дані психометричного тестування щодо вираженості імпульсивності та гостроти психопатологічної симптоматики відповідно до шкал PANSS та IS (у балах) в Гр1 ПостСрПв та Гр2 ІмпСуд

Групи хворих	Шкала IS	Шкала PANSS		
		Позитивні синдроми	Негативні синдроми	Загальні синдроми
Гр ПостСрПв	34,1 ± 4,2*	18,3 ± 3,2	15,4 ± 3,3	35,8 ± 4,5
Гр ІмпСуд	30,4 ± 6,4	19,9 ± 3,8	16,9 ± 3,6	38,4 ± 6,4

Отже, результати проведеного аналізу дають змогу сформулювати такі висновки.

1. У процесі дослідження ми виявили суттєві відмінності у патогенетичному розвитку та динаміці СрПв у хворих з ПсР ШФС (ШФ, Шар та ГППсР), що суттєво впливають на характер здійснення ними Суд. Зокрема, можна виокремити дві основні групи: ті, хворі з ПсР, які мали певні прояви СрПв протягом усього періоду захворювання або більш ніж половини цього строку та здійснювали Суд під впливом загострення суїцидальних або саморуйнівних хворобливих переживань, часто — на тлі особистісних психотравматичних чинників і, певною мірою, незалежно від гостроти психопатологічної симптоматики (Гр1 ПостСрПв — в нашому дослідженні); а також пацієнти з ПсР, в яких прояви СрПв мали вторинний характер і виникали лише на висоті загострення психопатологічної симптоматики, що спричиняло реалізацію ними імпульсивних Суд (під впливом імперативних псевдогалюцинацій), тоді як після редукції гострої психотичної симптоматики прояви СрПв у цих хворих зникали (Гр2 ІмпСуд).

2. Здійснення імпульсивних Суд під впливом імперативних псевдогалюцинацій є найбільш притаманним хворим на ШФ. Але імпульсивні аутодеструктивні вчинки частіше реалізують пацієнти і при інших видах ПсР ШФС — з ШаР та ГППсР.

3. Виявлено вірогідні статистичні різниці у характері синдромологічної картини в досліджених групах хворих. Зокрема, галюцинаторно-параноїдний симптомокомплекс набагато частіше спостерігався в Гр2 ІмпСуд та у хворих на ШФ, тимчасом як афективно-параноїдний синдром — серед пацієнтів в Гр1 ПостСрПв та у тих, у кого був діагностований ШаР.

4. У дослідженні було зафіксовано суттєву різницю щодо мотиваційних установок здійснення хворими Суд,

згідно з аналізом висловлювань пацієнтів. В Гр2 ІмпСуд пацієнти скоювали самоушкодження під впливом імперативних псевдогалюцинацій. Здійснення Суд хворими з Гр1 ПостСрПв відбувалося, насамперед, внаслідок особистісних переживань, пов'язаних із психологічними проблемами, а не тільки на тлі загострення психотичної симптоматики. Різноманітність мотивів серед хворих Гр1 ПостСрПв була насамперед, спрямована на зниження високого рівня суб'єктивної тривоги та намагання звернути на себе увагу найближчого оточення, і найменшою мірою — на подолання переживань, які виникали на тлі сімейних конфліктів.

4. Дослідження не виявило суттєвої різниці між важкістю та гостротою психотичної симптоматики в обох групах хворих на момент проведення обстеження, згідно з психометричним тестуванням за допомогою шкали PANSS. Але, згідно з даними шкали IS, рівень імпульсивності був вищим в Гр1 ПостСрПв, тобто у пацієнтів, в яких СрПв розвивався як коморбідний поведінковий розлад і які скоювали Суд не за вторинним механізмом, а, певною мірою, незалежно від загострення психопатологічної симптоматики і без впливу імперативних псевдогалюцинацій.

5. Істотні патогенетичні відмінності у патогенетичного розвитку та динаміці СрПв у хворих з ПсР ШФС потребують брати до уваги ці особливості у розробленні підходів до їх лікування та соціопсихологічної реабілітації.

Список літератури

1. Информационный бюллетень ВООЗ за 2019 год Психическое здоровье (2019). URL: <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/fact-sheets/2019/fact-sheet-mental-health-2019>.
2. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention / Wasserman D., Wasserman C. (eds.). Oxford University Press, Oxford, 2009: 620 p.
3. Beary M., Hodgson R., Wildgust H. J.: A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in first-episode schizophrenia: clinical and research implications // J Psychopharmacol. 2012; 26 (5 Suppl): 52—61. DOI: 10.1177/0269881112440512.
4. Self-injurious behavior / Huisman S., Mulder P., Kuijk J. [et al.] // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2018; 84: 483—491. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.02.027.
5. Jakhar K., Beniwal R. P., Bhatia T., Deshpande S. N. Self-harm and suicide attempts in Schizophrenia // Asian Journal of Psychiatry. 2017; 30: 102—106. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.08.012.
6. Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm — A cross-sectional study / Mork E., Mehlum L., Barrett E. [et al.] // BMC Psychiatry. 2013; 13: 255. DOI: 10.1186/1471-244X-13-255.
7. Плотников А. Г., Костерев К. В. Самоповреждения параноидного генеза (клиническая иллюстрация) // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. Киев; Харьков, 2010. Т. 5. URL: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper001.htm>.
8. Tsirigotis K. Indirect Self-Destructiveness and Emotional Intelligence // Psychiatric Quarterly. 2016; 87 (2): 253—263. DOI: 10.1007/s11126-015-9387-x.
9. Пилягіна Г. Я. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування : дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. — Психіатрія. К., 2004. 436 с.
10. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr Bull. 1987; 13: 261—276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.
11. Emotion: Theory, research, and experience. Vol. 4. The measurement of emotions / Plutchik R., & Kellerman H. (Eds.). Academic Press, 1989. 315 p.

Надійшла до редакції 12.05.2020

ПИЛЯГІНА Галина Яківна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри*; e-mail: gpil.doctor@gmail.com

БАШИНСЬКИЙ Олександр Олександрович аспірант кафедри; e-mail: bashynskyioleksandr@gmail.com

* — кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

PYLIAGINA Galyna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department*; e-mail: gpil.doctor@gmail.com

BASHYNSKYI Oleksandr, Postgraduate Student of Department*; e-mail: bashynskyioleksandr@gmail.com

* — Department of psychiatry, psychotherapy and medical psychology of the Shupyk's National medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine