

ПРЕМОРБІДНІ ОСОБЛИВОСТІ З УРАХУВАННЯМ БІОРИТМІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ПРИ ПЕРШОМУ ПСИХОТИЧНОМУ ЕПІЗОДІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Наведено результати дослідження впливу преморбідних особливостей на ступінь суїцидального ризику у пацієнтів із аутоагресивною поведінкою та переважання певних груп симптомів у клінічній картині первинного психотичного епізоду залежно від його рівня. Встановлено зв'язок біологічних ритмів із рівнем суїцидального ризику у хворих із першим психотичним епізодом.

Ключові слова: перший психотичний епізод, аутоагресивна поведінка, преморбідні особливості, біологічні ритми.

Перший психотичний епізод у сучасних дослідженнях визначено як тяжкий психічний розлад, що є серйозним біологічним та соціальним стресом для самого хворого та його близьких. Необхідність раннього втручання обумовлена тим, що супровідні до першого психотичного епізоду депресивні розлади, наркотична залежність та особистісні дисфункції суттєво погіршують прогноз захворювання [1, 2].

У сучасних умовах все частіше обговорюються проблеми діагностики продромальних станів. Потенційною перевагою втручання на продромальній стадії психозу є попередження нейрон- та соціотоксичності, що дає змогу послабити прогресування захворювання, зменшити страждання пацієнта і його оточення [3].

Безумовно, найбільш якісною була б профілактика першого психотичного епізоду, тобто виявлення осіб підвищеного ризику щодо розвитку психотичного стану, діагностика субклінічних станів і симптомів психотичного продрому, однак у зв'язку зі складністю, тривалістю та недостатнім фінансуванням подібних досліджень у нашій країні доманіфестний етап хвороби оцінюється ретроспективно у пацієнтів, яких вже госпіталізовано до психіатричного стаціонару з першим психотичним епізодом. Тим не менш значний вплив на якість діагностики, лікування та прогнозу має зв'язок клінічної симптоматики продрому та маніфестного нападу хвороби [4].

Дослідження, присвячені вивченню перебігу продромального періоду і його взаємозв'язку із маніфестом, демонструють, що патологічний процес може виявлятися у трьох варіантах: відсутності проявів між продромом та маніфестом, наявності характерологічних і психопатологічних проявів між продромом та маніфестом, що не призводять до

госпіталізації, наростанні симптоматики — «вростанні продрому в маніфест» [5].

Спостереження хворих у періоді власне психотичного епізоду передбачає вивчення аутоагресивної поведінки. За даними літератури, високий показник аутоагресивних дій серед пацієнтів із психотичною симптоматикою виявляється в період до початку активної психофармакотерапії, і саме вони найчастіше є причиною звернення по психіатричну допомогу. Також високою є ймовірність розвитку аутоагресії протягом наступних двох років після перенесеного першого епізоду психозу. У значної частини хворих виявляється поєднання ауто- та гетероагресивної поведінки з тютюнопалінням, уживанням алкоголю чи психоактивних речовин [6, 7].

Значною прогалиною в розробці зазначеної проблеми є і те, що на теперішній час недостатньо уваги приділяється впливу біологічних ритмів на розвиток аутоагресивної поведінки при первинному психотичному епізоді, хоча результати ряду досліджень доводять, що розвиток психічних захворювань досить часто пов'язаний із біоритмологічною дезадаптацією. Установлено, що існують тісні і багатовекторні взаємозв'язки між медико-біологічними явищами та біоритмологічними особливостями психічнохворих [8].

Однією з найбільш вивчених є циркадна організація фізіологічних функцій людини, синхронізована зі зміною дня і ночі (світло — темрява), що має властивості саморегуляції та є високочутливою до будь-якого стресового впливу. Так, дослідження циркадної ритміки у пацієнтів із різними психічними захворюваннями виявили у них виражені ознаки зовнішнього та внутрішнього десинхронозу. При цьому зовнішній десинхроноз полягає у розбіжності об'єктивних показників із суб'єктивною

оцінкою, а неузгодженість циркадної ритміки окремих фізіологічних функцій становить прояви внутрішнього десинхронозу. Існують наукові роботи, в яких доведено роль сезону року як значущого фактора оточуючого середовища, що впливає на ініціацію та подальшу динаміку депресивних порушень, а також частоту самогубств і суїцидальних спроб. Доведено кореляцію сезонних піків суїцидальної активності з частотою депресій, які в аспекті хрономедицини є наслідком біоритмологічної дезорганізації у вигляді фазового неузгодження колодобових ритмів на рівні ритмогенних центрів супрахізматичних та паравентрикулярних ядер, епіфізу та гіпокампу [9, 10].

Метою даного дослідження було вивчення клініко-психопатологічних та преморбідних особливостей з урахуванням впливу біологічних ритмів у пацієнтів із аутоагресивною поведінкою при первинному психотичному епізоді.

Дослідження проводилося на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева і базувалося на обстеженні 94 пацієнтів із аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді. Обстеження виконувалося із використанням психопатологічного методу дослідження, клінічного динамічного спостереження за хворим, оцінки психічного статусу. Характеристика клінічних проявів першого психотичного епізоду складалася за шкалою Brief Psychiatric Rating Scale — показників BPRS (1962), ступінь ризику суїциду — за шкалою Б. Любанн — Плоцца (2000), особливості преморбіді — за опитувальником Parental Alienation Syndrome — PAS (1982), характеристика біологічних ритмів — за міжнародною анкетною Остберга (1986).

Серед пацієнтів були 51 (54,2%) жінка та 43 (45,8%) чоловіки. За віком хворі розподілились таким чином: від 16 до 30 років — 76 (80,9%) пацієнтів, від 31 до 40 років — 11 (11,7%), старші за 40 років — 7 (7,4%).

У результаті дослідження за шкалою Любанн — Плоцца для визначення ступеня суїцидального ризику хворі були розподілені на чотири групи: у групу 1 з дуже високим тестовим показником (понад 14 балів) увійшли 5 (5,3%) осіб; у групу 2 з високим тестовим показником (11–13 балів) — 24 (25,5%); у групу 3 із середнім тестовим показником (7–10 балів) — 43 (45,7%); у групу 4 зі зниженим тестовим показником (4–6 балів) — 22 (23,5%).

Аналіз результатів дослідження клініко-психопатологічних особливостей за шкалою BPRS показав, що у групі 1 із дуже високим показником суїцидального ризику у всіх обстежених переважали «збудження — напруженість» (14,5±0,37 бала). Група 2 з високим показником ризику суїциду розподілилась таким чином: у 3 (12,5%) хворих пере-

важали «порушення мислення» (18,6±0,41 бала), у 5 (20,8%) — «тривога — депресія» (16,4±0,38 бала), у 9 (37,5%) — «збудження — напруженість» (15,1±0,71 бала), у 7 (29,1%) — «підозрілість — ворожнеча» (16,4±0,53 бала). У групі 3 із середнім тестовим показником ризику суїциду отримано такі результати: у 9 (37,5%) пацієнтів переважали «порушення мислення» (17,4±0,39 бала), у 7 (16,3%) — «тривога — депресія» (15,9±0,46 бала), у 6 (13,9%) — «збудження — напруженість» (16,4±0,31 бала), у 14 (32,6%) — «апатія — загальмованість» (16,7±0,29 бала), у 7 (16,3%) — «підозрілість — ворожнеча» (15,74±0,67 бала). У групі 4 зі зниженим тестовим показником суїцидального ризику виявлено таке: у 6 (27,2%) хворих переважали «порушення мислення» (18,1±0,57 бала), у 2 (9,1%) — «тривога — депресія» (17,4±0,46 бала), у 10 (45,5%) — «апатія — загальмованість» (19,4±0,74 бала), у 4 (18,2%) — «підозрілість — ворожнеча» (14,3±0,59 бала).

За шкалою PAS (рис. 1) визначалися преморбідні особливості хворих у різних вікових періодах і було отримано такі результати: у групі 1 у віці до 11 років їх не виявлено; у віці 12–15 років у 3 (60,0%) хворих визначено переважання порушення взаємовідносин з однолітками (2,1±0,43 бала); у 1 (20,0%) — порушення адаптації до школи (1,7±0,57 бала); у віці 17–18 років — у 3 (60,0%) хворих спостерігалось порушення комунікабельності (1,3±0,61 бала); у віці після 19 років у 2 (40,0%) хворих відзначено незадоволеність сексуальними аспектами життя (2,2±0,38 бала).

У групі 2 отримано такі результати: у віці до 11 років у 11 хворих (45,8%) переважали порушення адаптації до школи (1,3±0,44 бала), у 4 (16,7%) — порушення взаємовідносин з однолітками (1,9±0,62 бала); у віці 12–15 років у 8 (33,3%) — порушення взаємовідносин з однолітками (1,7±0,38 бала), у 11 (45,8%) — порушення комунікабельності (2,2±0,87 бала); у віці 17–18 років у 13 (54,2%) відзначено незадоволеність сексуальними аспектами життя (1,6±0,68 бала), у 7 (29,1%) — порушення комунікабельності (1,7±0,45 бала); у віці після 19 років у 16 (66,7%) хворих визначено незадоволеність рівнем успішності (2,0±0,43,7 бала).

У групі 3 встановлено: у віці до 11 років у 14 (32,6%) хворих переважали порушення адаптації до школи (2,2±0,37 бала), у 8 (18,6%) — порушення взаємовідносин з однолітками (2,4±0,24 бала); у віці 12–15 років у 17 (39,5%) хворих відзначено порушення комунікабельності (1,9±0,46 бала); у віці 17–18 років у 24 (55,8%) осіб встановлено незадоволеність сексуальними аспектами життя (1,9±0,29 бала), у 9 (20,9%) — порушення комунікабельності (1,8±0,24 бала), у 5 хворих (11,6%) — незадоволеність рівнем успішності (2,0±0,35 бала);

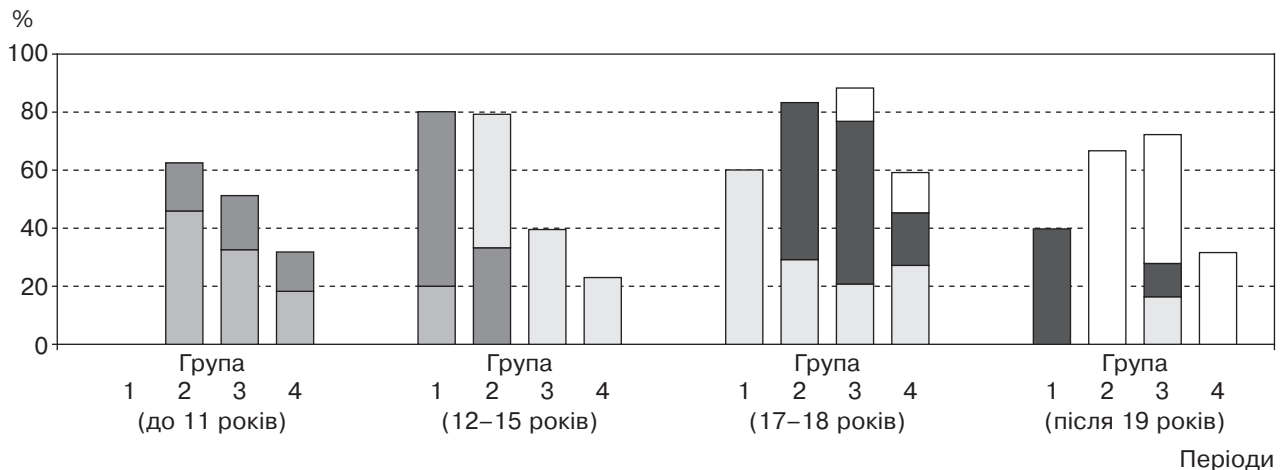


Рис. 1. Характеристика пацієнтів обстежених груп за опитувальником PAS відповідно до ступеня суїцидального ризику: ■ — порушення адаптації до школи; ■ — порушення комунікабельності; ■ — незадовільність рівнем успішності; ■ — порушення взаємовідносин із однолітками; □ — незадовільність сексуальними аспектами життя

у віці після 19 років у 19 (44,2%) хворих установлено незадовільність рівнем успішності ($1,7 \pm 0,41$ бала), у 7 (16,3%) — порушення комунікабельності ($1,9 \pm 0,33$ бала), у 5 (11,6%) — незадовільність сексуальними аспектами життя ($2,1 \pm 0,43$ бала).

У групі 4 отримано такі результати: у віці до 11 років у 4 (18,2%) пацієнтів установлено порушення адаптації до школи ($2,4 \pm 0,46$ бала), у 3 (13,6%) — порушення взаємовідносин з однолітками ($2,3 \pm 0,44$ бала); у віці 12–15 років у 5 (22,7%) пацієнтів переважали порушення комунікабельності ($2,3 \pm 0,34$ бала); у віці 17–18 років у 6 (27,2%) хворих переважали порушення комунікабельності, у 4 (18,2%) — незадовільність сексуальними аспектами життя ($2,2 \pm 0,29$ бала), у 3 (13,6%) — незадовільність рівнем успішності ($2,0 \pm 0,31$ бала); у віці після 19 років у 7 (31,8%) пацієнтів відзначено незадовільність рівнем успішності ($2,3 \pm 0,41$ бала).

Аналіз даних за шкалою PAS свідчить, що у віці до 11 років у групі 1 особливостей не виявлено, тоді як у групах 2, 3 та 4 переважали порушення адаптації до школи — 45,8; 32,6 та 18,2% відповідно. У віці 12–15 років у групі 1 переважали порушення взаємовідносин з однолітками — 60,0%, порівняно з групою 2 (33,3%) та групами 3 і 4, де зазначеного порушення виявлено не було. У групах 2, 3 та 4 у цьому періоді переважали порушення комунікабельності — 45,8; 39,5 та 22,7% відповідно. У віці 17–18 років у групі 1 переважали порушення комунікабельності (60,0%) порівняно з групою 2 (29,1%), групою 3 (20,9%) та групою 4 (27,2%). У цьому періоді у групах 2 і 3 переважала невдоволеність сексуальними аспектами життя — 54,2% та 55,8% відповідно порівняно з групою 1, де не відзначено зазначеного порушення, та групою 4 — 18,2%. У віці після 19 років у групі 1

переважала невдоволеність сексуальними аспектами життя (40,0%) порівняно з групами 2 і 4, де цього порушення не виявлено, та групою 3 (11,6%). У групах 2, 3, 4 у вказаному періоді переважала невдоволеність рівнем успішності — 66,7; 44,2 та 31,8% відповідно, тоді як у групі 1 зазначеного порушення не виявлено.

За анкетую Остберга (рис. 2) пацієнти розподілились таким чином: серед обстежених із групи 1–3 (60,0%) мали чітко виражений, а 2 (40,0%) — слабо виражений вечірній тип; у групі 2–4 (16,7%) пацієнти мали чітко виражений, а 8 (33,3%) — слабо виражений вечірній тип, 7 (29,2%) — індіферентний тип, 5 (20,8%) — слабо виражений ранковий тип; у групі 3–6 (13,9%) осіб мали чітко виражений, а 12 (27,9%) — слабо виражений вечірній тип, 13 (30,2%) — індіферентний тип, 8 (18,6%) — слабо виражений, а 4 (9,3%) — чітко виражений ранковий тип; у групі 4–4 (18,2%) хворих мали слабо виражений вечірній тип, 10 (45,5%) — індіферентний тип, 8 (36,4%) — слабо виражений ранковий тип.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що у пацієнтів груп 1 та 2 переважав вечірній тип біоритмологічної організації — в 100 та 50% випадках відповідно, тоді як у пацієнтів груп 3 та 4 — 41,8 і 18,2%. Ранковий тип був більш характерний для пацієнтів груп 3 та 4 — 27,9 та 36,4% відповідно, на відміну від пацієнтів груп 1 та 2 — 0 та 20,8% відповідно.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про вплив певних преморбідних особливостей на ступінь суїцидального ризику в обстежених пацієнтів та переважання певних груп симптомів у клінічній картині первинного психотичного епізоду залежно від його рівня. Установлено зв'язок біологічних

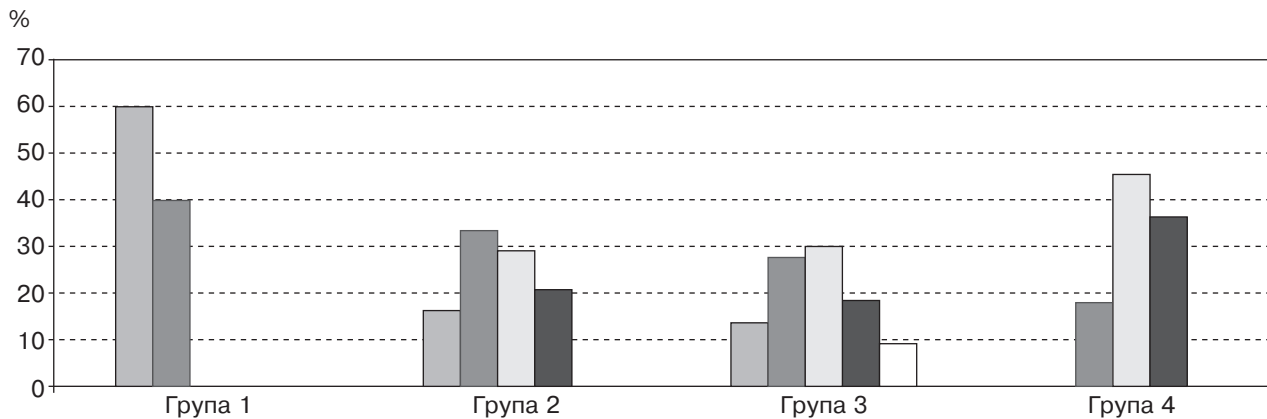


Рис. 2. Розподіл пацієнтів згідно з анкетною Остберга за групами суїцидального ризику: ■ — чітко виражений вечірній тип; ■ — слабно виражений вечірній тип; □ — індиферентний тип; ■ — слабно виражений ранковий тип; □ — чітко виражений ранковий тип

ритмів із рівнем суїцидального ризику у пацієнтів із першим психотичним епізодом. Отже, подальші поглиблені дослідження впливу біологічних ритмів та преморбідних особливостей пацієнтів на формування у них аутоагресивної поведінки є перспективними, оскільки зможуть покращити якість лікувальних та реабілітаційно-профілактичних заходів у даній категорії хворих.

Список літератури

1. Марута Н. О. Перший епізод психозу (сучасні принципи діагностики та лікування): метод. рек. / Н. О. Марута, А. М. Бачериков.— 2001.— 20 с.
2. Марута Н. А. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии / Н. А. Марута // Здоров'я України.— 2014.— № 2 (29).— С. 42–43.
3. Preventing progression to first episode psychosis in early initial prodromal states / A. Bechdolf, M. Wagner, S. Ruhrmann [et al.] // Br. J. Psychiatry.— 2012.— Vol. 28 (2).— P. 105–114.
4. Пишель В. Я. Первый психотический эпизод: современное состояние проблемы и клинико-социальная характеристика больных / В. Я. Пишель, М. Ю. Поливьяная, К. В. Гузенко // Архив психиатрии.— 2005.— Т. 11.— № 4 (43).— С. 64–68.
5. Lester H. Early intervention for first episode psychosis / H. Lester // Br. J. of Psychiatry.— 2004.— Vol. 328, № 6.— P. 1451–1452.
6. Бачериков А. М. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом (діагностика, клініка, лікування) / А. М. Бачериков, І. Г. Мудренко // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 3 (52).— С. 30–33.
7. Patterns of suicidal behavior in first-episode psychosis / E. A. Barrett, A. Faerden, R. Nesvag [et al.] // Schizophrenia Research.— 2008.— Vol. 98, Suppl. 1.— P. 88.
8. Скрипников А. Н. Биоритмы и агрессия / А. Н. Скрипников, М. А. Касьяненко // Вестн. проблем биологии и медицины.— 1997.— № 23.— С. 4–7.
9. Сонник Г. Т. Биоритмологические исследования в психиатрии: состояние и перспективы развития / Г. Т. Сонник, А. Н. Скрипников, В. А. Рудь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.— 2012.— № 1.— С. 89–95.
10. Рудь В. О. Дослідження циркадіанного десинхронозу у суїцидентів / В. О. Рудь, Ю. О. Фисун // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 2 (63).— С. 74–77.

ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ С УЧЕТОМ БИОРИТМОВ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ

Л. В. ЖИВОТОВСКАЯ, А. Н. СКРИПНИКОВ, Д. И. БОЙКО

Приведены результаты исследования влияния преморбидных особенностей на степень суицидального риска у пациентов с аутоагрессивным поведением и преобладания определенных групп симптомов в клинической картине первичного психотического эпизода в зависимости от его уровня. Установлена связь биологических ритмов с уровнем суицидального риска у больных с первым психотическим эпизодом.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, аутоагрессивное поведение, преморбидные особенности, биологические ритмы.

**PREMORBID FEATURES CONSIDERING BIOLOGICAL RHYTHMS
IN PATIENTS WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR AT THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE**

L. V. ZHYVOTOVSKA, A. M. SKRYPNIKOV, D. I. BOIKO

The authors report the results of investigation of the influence of premorbid characteristics on the degree of suicide risk in patients with autoaggressive behavior and dominance of certain groups of symptoms in the clinical picture of the primary psychotic episode, depending on its level. The relationship of biological rhythms and the level of suicide risk in patients with first psychotic episode was determined.

Key words: first psychotic episode, autoaggressive behavior, premorbid characteristics, biological rhythms.

Надійшла 29.01.2016