

Мотивація саморуйнівної поведінки у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру

Галина Пилягіна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Олександр Башинський

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

В даному дослідженні було вивчено 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, в той час як в Гр2 ІмпСуД основною причиною реалізації СуД був вплив імперативних псевдогалюцинацій з «наказом» на здійснення такого аутодеструктивного вчинку. Було обстежено 95 пацієнтів з діагнозами шизофренія, шизоафективний розлад та гострий поліморфний психотичний розлад.

За диференційними ознаками патогенезу СрПв пацієнти були розділені на 2 групи: перша група – хворі з ПсР ШфС, у яких прояви СрПв мали місце 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 з'являлися лише на висоті загострення психопатологічної симптоматики з наявністю імперативних псевдогалюцинацій (Гр2 ІмпСуД). За результатами дослідження було виявлено значне переважання пацієнтів з шизофренією та з галюцинаторно-параноїдним синдромом в обох групах досліджених. Достовірно частіше хворі на шизофренію здійснювали імпульсивні СуД під впливом імперативних псевдогалюцинацій. Було виявлено достовірні.

Проведене дослідження підтвердило наявність принципово різних шляхів формування і динаміки СрПв і скоєння СуД пацієнтами з ПсР ШфС, що потрібно враховувати в їх лікуванні та реабілітації.

Актуальність

Саморуйнівна поведінка (СрПв) є поняттям, котре стосується будь-яких поведінкових актів чи когнітивно-афективних феноменів, які мають аутоагресивний зміст або аутодеструктивні поведінкові прояви, Вона може проявлятися у вигляді ідей чи намірів суїцидальної спрямованості та/або суїцидальних чи самоушкоджуючих дій (СуД), усвідомлених та навмисних чи реалізованих під впливом хворобливих переживань, в незалежності від того, при якому психічному розладі виникає таке поведінження [1].

Суїцидальна поведінка є лише одним з варіантів СрПв. Запобігання здійсненню суїцидальних дій є, насамперед, найважливою проблемою охорони здоров'я, тому що за даними Всесвітньої організації охорони (ВООЗ) здоров'я щороку, від самогубствами в світі помирає близько мільйона людей [2, 3]. Спроби самогубства, які вочевидь пов'язані зі зменшенням тривалості життя, здійснюються приблизно в 10-15 разів частіше, ніж самогубства. Подолання їх наслідків потребує ще більшої уваги та зусиль з боку фахівців.

Більшість випадків добровільної смерті пов'язані з наявністю важкої психічної або соматичної патології у людини, яка реалізує суїцидальні дії [4]. Понад 90% жертв самогубств та більшість людей, які здійснювали суїцидальні спроби мають психічні хвороби [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]. Психічні захворювання, які найчастіше асоціюються з суїцидальною поведінкою - це афективні та психотичні розлади (ПсР) [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Так, за даними ВООЗ, "ризик самогубства при шизофренії такий же великий, якщо не більший, ніж ризик самогубства, пов'язаний з афективними розладами» [11]. Саме тому важливим завданням для науковців є вивчення взаємозв'язку між ознаками СрПв та ПсР.

При ПсР прояви СрПв також досить різноманітні, саме тому, що вони розвиваються за різними патогенетичними шляхами. З одного боку, це може бути гостре вторинне виникнення аутодеструктивних намірів (по відношенню до ПсР) з імпульсивною реалізацією СуД, в тому числі під впливом психотичної симптоматики (галюцинаторно-параноїдного, афективно-параноїдного або деліріозного синдромів). Інший патогенетичний шлях, коли СрПв розвивається як тривалий і коморбідний, психологічно обумовлений процес суїцидогенезу. У таких випадках здійснення СуД є реактивним поведінням, яке реалізується хворими на тлі гострих психотравмуючих обставин чи загострення (саме внаслідок цього) психотичної і афективної симптоматики. Тобто в вибудовуванні терапевтичної тактики важливим є розуміння процесу суїцидогенезу СрПв у хворих з ПсР, а саме, що здійснення СуД реалізується не лише на основі загострення психотичної симптоматики, але й під суттєвим впливом психологічних та особистісних факторів на пацієнта.

Мета дослідження

Дослідження патогенетичних механізмів та клінічних особливостей проявів СрПв у хворих з ПсР визначило мету дослідження: вивчити особливості психологічних механізмів патогенезу СрПв і реалізації СуД у пацієнтів з ПсР шизофренічного спектру (ШфС).

Матеріали і методи

Нами було обстежено 95 пацієнтів з ПсР ШфС, які проходили стаціонарне лікування на базі КНП «Клінічна лікарня «Психіатрія» в м. Києві. А саме, чоловіки - 38 осіб (40%), жінки - 57 осіб (60%), середній вік хворих складав $34,9 \pm 8$ роки.

Критеріями включення пацієнтів до дослідження були: 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.

У всіх хворих при проведенні обстеження було діагностовано ПсР ШфС за критеріями міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10), а також факт здійснення СуД під час перебігу розладу. Серед обстежених пацієнтів: у 39 осіб (41%) було діагностовано шизофренію (Шф, F20.0), у 25 особи (26%) - шизоафективний розлад (ШаР, F25), у 20 осіб (21%) - гострий поліморфний ПсР з симптомами Шф (ГППсР, F 23.1), у 11 осіб (12%) - шизотиповий розлад (ШтР, F21).

Згідно мети дослідження, всі обстежені пацієнти були розподілені на дві групи. До першої групи (Гр1 ПостСрПв) увійшли 40 пацієнтів (42% від загальної кількості обстежених) з ПсР, які висловлювались про постійну наявність проявів СрПв на протязі всього періоду захворювання або більш ніж половини цього терміну (як за інформацією хворих, так і згідно медичної документації). Здійснення СуД цими хворими відбувалося під впливом загострення суїцидальних ідей або хворобливих переживань з аутодеструктивним змістом, котре, повною мірою, не залежало від гостроти психопатологічної симптоматики. В другу групу (Гр2 ІмпСуД) увійшли 55 пацієнтів (58%) від загальної кількості обстежених, в яких прояви СрПв

з'являлися лише на висоті загострення психопатологічної симптоматики, і саме це викликало реалізацію ними імпульсивних Суд. Суттєвою ознакою пацієнтів цієї групи було те, що після редукції гострої психотичної симптоматики прояви СрПв у хворих зникали.

Зі всіма обстеженими проводилося напівструктуроване клініко-діагностичне інтерв'ю як клініко-психопатологічний метод дослідження (згідно діагностичних критеріїв МКХ-10), що дозволило виявити провідну синдромологічну структуру клінічної картини захворювання і характер ознак СрПв на момент огляду та в анамнезі хвороби, а також особливості реалізації Суд пацієнтами. Все це дало змогу проаналізувати характер патогенетичного розвитку СрПв та його відмінності в групах обстежених хворих.

Результати та обговорення

В результаті проведеного дослідження, як показано в **Табл. 1**, серед всієї когорти обстежених пацієнтів за нозологічною приналежністю було виявлено значну достовірну перевагу кількості хворих на Шф у співвідношенні з хворими на ШаР ($p = 0,03$), ГППсР ($p = 0,003$) та ШтР (0,000).

Нозологічні одиниці	Гр1 ПостСрПв, абс. (% за групою / за нозологією)	Гр2 ІмпСуд, абс. (% за групою / за нозологією)	Всього, абс. (%)
Шф (F20.0)	13 (32,5 / 33,3)	26 (47,3* / 66,7**)	39 (41.0)
ШаР (F25)	9 (22,5 / 36,0)	16 (29,1 / 64,0*)	25(26.4)
ГППсР (F23.1)	8 (20,0 / 40,0)	12 (21,8 / 60,0)	20(21.0)
ШтР (F21)	10(25/90,9**)	1(1.8 / 9,1)	11(11.6)
Всього, абс. (%)	40 (42.1)	55 (57.9)	95 (100)

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих в групах за нозологічною приналежністю. Примітка. Тут і далі: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Стосовно групи пацієнтів з діагнозом ШтР – дана група пацієнтів, на даний момент, має малу кількість пацієнтів, тому статистичні результати можна розцінювати як попередні. Дана група потребує подальшого набору випадків.

Значне й достовірне 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, як і проявами за суттю.

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 по відношенню до Гр1 ПостСрПв – а саме, в 1,92 рази ($p = 0,003$). Також дослідження засвідчило, що в Гр2 ІмпСуд кількість хворих на Шф достовірно перевищувала кількість пацієнтів з іншими ПсР ШфС: у співвідношенні з хворими на ШаР в 1,62 рази ($p = 0,049$), а з хворими з ГППсР – в 2,16 рази ($p = 0,005$).

Отримані результати засвідчили достовірно суттєві відмінності у шляхах розвитку СрПв при різних ПсР ШфС. Так, при всіх видах ПсР ШфС переважала реалізація саме імпульсивних Суд, які хворі здійснювали під впливом гострої галюцинаторно-параноїдної симптоматики, насамперед, імперативних псевдогалюцинацій. Однак майже у 40% хворих (34,3% випадків з Шф, 40,0% – з ГППсР і у 40,9% – з ШаР) прояви СрПв психологічно «вбудовувалися» в хворобливі переживання, існуючи як коморбідний процес, котрий мав суттєвий патопластичний вплив на розвиток основного захворювання й актуальний психічний стан хворих та їх поведінку. Саме тому, це важливо враховувати в процесі лікування і психологічної реабілітації таких пацієнтів.

Окрім нозологічної приналежності нами були вивчені провідні клінічні синдроми в даній

вибірці пацієнтів - було зафіксовано наявність галюцинаторно-параноїдного, афективно-параноїдного, тривожно-депресивного, психопатоподібного та obsесивно-компульсивного синдромів (див. [Табл. 2](#)). У більшості пацієнтів (89,4%) було виявлено галюцинаторно- маячний та афективно-маячний синдроми, тоді як решта синдромів - тривожно-депресивний, психопатоподібний та obsесивно-компульсивний були присутні лише у 11 хворих (11,6%), що мали діагноз ШТР. Це свідчить про якісні клінічні відмінності пацієнтів з різними видами ПсР ШфС.

Галюцинаторно-параноїдний симптомокомплекс в 2,5 рази частіше зустрічався в Гр2 ІмпСуД ($p = 0,000$), в той час як афективно-параноїдний синдром в 2,9 рази частіше зустрічався серед пацієнтів в Гр1 ПостСрПв, хоча і без статистично достовірної різниці. Але, якщо в статистичному аналізі виключити випадки синдромів, які були характерні лише для пацієнтів з ШТР, то різниця між кількістю хворих з афективно-маячним та галюцинаторно-маячним синдромами в Гр1 ПостСрПв була достовірною ($p = 0,000$). Це доводить, що існують якісні відмінності щодо клініко-патогенетичного базису розвитку СрПв та здійснення СуД при різних варіантах ПсР ШфС. А саме, 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.

Синдроми	Гр1 ПостСрПв, n = 40 абс. (%)	Гр2 ІмпСуД, n = 55 абс. (%)	Шф, n = 39 абс. (%)	ШаР, n = 25 абс. (%)	ГППсР, n = 20 абс. (%)	ШТР, n = 11 абс. (%)
Галюцинаторно-параноїдний	8 (20,1)	42** (76,4)	33** (84,6)	7 (28,0)	9 (45,0)	1(9,1)
Афективно-параноїдний	23** (57,5)	17 (23,6)	6 (15,4)	18* (72,0)	11 (55,0)	1(9,1)
Тривожно-депресивний	5 (12,5)	-	-	-	-	5(45,5)
Психопато-подібний	3 (7,5)	-	-	-	-	3(27,3)
Obsесивно-компульсивний	1 (2,5)	-	-	-	-	1(9,1)

Таблиця 2. Розподіл обстежених хворих за провідним клінічним синдромом за групами та при окремих нозологіях.

Аналізуючи розподіл пацієнтів за клінічними синдромами при окремих нозологіях було виявлено, що галюцинаторно-параноїдний синдром значно домінував у хворих з діагнозом Шф ($p = 0,000$), тоді як при ШаР частіше, більше ніж вдвічі, зустрічався афективно-параноїдний симптомокомплекс - депресивно-маячний синдром ($p = 0,001$). Тоді як серед хворих з ГППсР переважання афективно-параноїдної симптоматики не мало статистично значущої різниці (на 10,0 %, $p = 0,5$).

Проведене клініко-діагностичного інтерв'ю також підтвердило якісні відмінності мотиваційних установок у клініко-патогенетичному розвитку СрПв в обстежених групах хворих.

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 (дані наведені в [Табл. 3](#)).

Мотиваційні установки пацієнтів	Гр1 ПостСрПв, абс. (%)	Гр2 ІмпСуД, абс. (%)
Намагання знизити високий рівень суб'єктивної тривоги («...хотілось знизити тривогу... напруження..», «...після цього стало легше....»)	21(52%)**	
Намагання та спосіб звернути на себе увагу («...так вона ж мене не	9(22%)**	

Мотиваційні установки пацієнтів	Гр1 ПостСрПв, абс. (%)	Гр2 ІмпСуд, абс. (%)
помічала, аж тільки потім зрозуміла...», «...коли я так робив вони звертали на мене увагу...»)		
Неможливість прийняти наявність психічного захворювання чи психіатричного діагнозу («...я таким жити не хочу...», «...кому я такий потрібний...», «...який сенс так жити...»)	2(5,0%)**	
Намагання здолати переживання внаслідок конфлікту в сім'ї («...дістали конфлікти...», «...не можу більше терпіти ці сварки...»)	3(7,5%)**	
Вплив імперативних псевдогалюцинацій «...мені наказали (сказали) голоси...».		41(74%)**
Вплив галюцинаторної симптоматики та маячних ідей(в основному переслідування та впливу) («...за мною стежилине хотів , щоб зловили...» та «...за мною стежили...дістали....хотів, щоб перестали...»)		8(15%)
Маячні ідеї самозвинувачення(«...не хочу жити після того, що зробила...» та «...в роду багато суїцидів, це я винна...»)	5(12,5%)	6(10,9%)

Таблиця 3. Розподіл обстежених хворих по групах (Гр1 ПостСрПв та Гр2 ІмпСуд), згідно мотиваційних установок, що передували скоєнню Суд.

Згідно цьому аналізу в більш ніж половині випадків (43,2% випадків серед всієї вибірки) у якості провідної мотиваційної установки здійснення Суд переважали імперативні псевдогалюцинації, і всі ці випадки віднесені до Гр2 ІмпСуд. Ці пацієнти скоювали аутодеструктивні дії лише під впливом імперативних псевдогалюцинацій під час значного загострення психотичної симптоматики ($p=0,000$). Саме це в трьох чвертях випадків (74,5%) було головною причиною прийняття аутодеструктивного рішення хворими (момент переходу від виникнення ідеї до безпосереднього здійснення Суд) в Гр2 ІмпСуд. Решта пацієнтів (14 осіб, 25%) розподілилася на дві підгрупи: у першій (8 пацієнтів, 15%) також виявлялася галюцинаторно-маячна симптоматика, коли основною фабулою маячних переживань були маячні ідеї переслідування та впливу. Тоді як у другій підгрупі (6 пацієнтів, 10%) на перший план виступала маячні ідеї самозвинувачення, а галюцинаторна симптоматика була слабо виражена або була відсутня взагалі.

Серед хворих Гр1 ПостСрПв не було виявлено жодного випадку скоєння Суд під впливом імперативних псевдогалюцинацій, як певної мотивації щодо реалізації аутодеструктивних вчинків. Мотиваційні висловлювання в цій групі були доволі різноманітні, але їх можна було об'єднати в групи мотивів, як показано у [табл. 3](#). Тобто загострення проявів СрПв з подальшим здійсненням Суд серед пацієнтів в Гр1 ПостСрПв відбувалися, насамперед, за рахунок особистісних переживань пов'язаних із психологічними проблемами - саме вони, більшою мірою, викликали загострення психопатологічної симптоматики і ставали основою прийняття суїцидального рішення. Найбільш поширеним мотивом здійснення Суд були переживання, пов'язані з нестерпно високим рівнем внутрішньої тривоги (більш, ніж в половині випадків), а майже кожний четвертий пацієнт цієї групи хотів звернути на себе увагу найближчих оточуючих (родичів). Самі ці мотиваційні установки повинні бути фокусом психокорекційного втручання та/або психологічного супроводу таких хворих. Менш численними були підгрупи випадків, коли пацієнти висловлювалися, що основою прийняття рішення здійснити Суд були родинні конфлікти (7,5%) або небажання змиритися з наявністю

психічного захворювання (5,0%). Єдина група хворих (11,6% від усієї когорти обстежених), в якій основним мотиваційним чинником виникнення проявів СрПв були маячні ідеї самозвинувачення, включала представників обох досліджуваних груп: 5 пацієнтів з Гр1 ПостСрПв (12,5%), в яких прояви СрПв присутні постійно і навіть у періоди ремісії, а також 6 пацієнтів (10,9%) з Гр2 ІмпСуд, у котрих прояви СрПв відбуваються лише на висоті загострення психотичної симптоматики. Хоча симптоматика у всіх цих пацієнтів була схожою за мотиваційною основою (фабулою маячних переживань), вона мала важливу відмінність. Так, у пацієнтів Гр1 ПостСрПв прояви СрПв фіксувалися у вигляді суїцидальних думок і висловлювань, які залишалися після зняття гострого психотичного стану, хоча і зменшували свою інтенсивність. Тоді як у пацієнтів в Гр2 ІмпСуд будь які прояви СрПв практично повністю редукувалися після купування гострої психопатологічної симптоматики.

Висновки

1. В дослідженні було зафіксовано суттєву різницю щодо мотиваційних установок здійснення хворими Суд, згідно аналізу висловлювань пацієнтів.
2. В Гр2 ІмпСуд пацієнти скоювали самоушкодження під впливом імперативних псевдогалюцинацій. Здійснення Суд хворими з Гр1 ПостСрПв відбувалося, насамперед, за рахунок особистісних переживань, пов'язаних із психологічними проблемами, а не тільки на тлі загострення психотичної симптоматики.
3. 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 в меншій мірі – на подолання переживань, які виникали на тлі сімейних конфліктів та неможливості прийняти наявність психічного захворювання чи психіатричного діагнозу.
4. В той же час ми виявили когорту пацієнтів, яка була спільною для обох груп. Це пацієнти, які мали за ведучу психопатологічну симптоматику – маячні ідеї самозвинувачення.

Додаткова інформація

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Посилання

1. Wasserman D., Wasserman C. (eds.) Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford University Press, Oxford, 2009: 620 p
2. World Health Organization. Preventing Suicide. A Global Imperative. WHO, 2014. Available online: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ (accessed on 14 January 2019).
3. Hawton, K.; van Heeringen, K. Suicide. Lancet 2009, 373, 1372-1381.
4. Jokinen, J.; Talbäck, M.; Feychting, M.; Ahlbom, A.; Ljung, R. Life expectancy after the first suicide attempt. Acta Psychiatr. Scand. 2018, 137, 287-295. [CrossRef] [PubMed]
5. Hedegaard, H.; Curtin, S.C.; Warner, M. Suicide mortality in the United States, 1999-2017. NCHS Data Brief 2018, 330, 1-8.
6. Rutz, W.; Rihmer, Z. Suicidality in men—Practical issues, challenges, solutions. J. Men's Health Gender 2007, 393-401.
7. Mann, J.J. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann. Intern. Med. 2002, 136, 302-311.
8. Sher, L.; Oquendo, M.A.; Mann, J.J. Risk of suicide in mood disorders. Clin. Neurosci. Res. 2001, 1, 337-344.
9. Brådvik, L. Suicide risk and mental disorders. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15,



2028.

10. Caldwell, C.B.; Gottesman, I.I. Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophr. Bull.* 1990, 16, 571-589.
11. Sartorius, N.; Jablensky, A.; Korten, A.; Ernberg, G.; Anker, M.; Cooper, J.E.; Day, R. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol.Med.* 1986, 16, 909-928.