

Профілактична терапія при аутоагресивній поведінці у хворих на параноїдну шизофренію із симптомами депресії

Наталія Дзеружинська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Олег Сиропятов

Українська військово-медична академія

Христина Живаго

Українська військово-медична академія

Актуальність. Пацієнти, з депресивною симптоматикою при шизофренії схильні до повторюваної аутоагресивної поведінки, в тому числі суїцидальної, в перші кілька місяців після виходу з психотичного епізоду. При цьому не виявлено дії на повторювану аутоагресивну поведінку типових та атипових нейрорептиків, стабілізаторів настрою та інших, особливо за наявності симптомів депресії. Наше дослідження спрямоване на розробку психотерапевтичних втручань відповідно до обраних мішеней, що допоможе пацієнту взяти під контроль імпульсивну агресивну або аутоагресивну поведінку в цей час та провести профілактику рецидиву такої поведінки в майбутньому враховуючи, що медикаментозна терапія не гарантує такого впливу.

Матеріали і методи. До участі у дослідженні було залучено 85 хворих на параноїдну шизофренію шляхом суцільної вибірки (зі 130 хворих) та визначення можливим включення їх у дослідження відповідно до критеріїв включення/виключення. Використано наступні методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний, соціально-демографічний та математичної статистики. Всі хворі були обстежені за шкалами PANSS, Калгарі (CDSS), "Причини для життя" (RFL), опитувальником визначення звичайної поведінки в стресових ситуаціях (тест Басса-Дарки) та методикою визначення інтегральних форм комунікативної агресивності (Бойко В.В.).

Результати. За планом дослідження, ми проводили індивідуальну та групову психотерапію для пацієнтів основної та контрольної груп у відділенні під час госпіталізації. Враховуючи початок карантинних заходів (Covid-19), кількість учасників в групах було скорочено до 6 осіб, враховуючи можливості приміщень відділення. Індивідуальну терапію продовжили проводити за планом. Жоден з пацієнтів не вибув з дослідження.

Групова терапія включала сесії напряму когнітивно-поведінкової терапії тривалістю 2 години 2 рази на тиждень. Індивідуальна терапія проходила 2 рази на тиждень в залежності від стану пацієнта, тривалість сесії 50 хвилин.

Патопсихологічне обстеження за обраними шкалами проводилося до початку та після завершення курсу психотерапії та через 3 місяці. Було відмічено, що індивідуальний підхід психотерапії із визначенням мішеней психотерапевтичних втручань дозволяє підвищити мотивацію пацієнтів до терапії, дозволяє покращити емоційну регуляцію, надає можливості для пошуку конструктивних засобів саморегуляції.

Висновки. Психотерапевтична робота при аутоагресивних проявах має бути направлена на цінності пацієнта, індивідуально зорієнтована на його потреби, які з'ясовуються за

допомогою відповідних опитувальників. Застосування запропонованого комплексу профілактичної терапії (індивідуальної та групової психотерапії в напрямі КПТ у поєднанні з медикаментозною терапією) у хворих на параноїдну шизофренію із симптомами депресії та аутоагресивними проявами дозволило досягнути значного стійкого та тривалого покращення стану пацієнта як в проявах аутоагресії, так і в загальних показниках агресії та емоційних розладів.

Актуальність

Пацієнти, з депресивною симптоматикою при шизофренії схильні до повторюваної аутоагресивної поведінки, в тому числі суїцидальної, в перші кілька місяців після виходу з психотичного епізоду [1]. При цьому не виявлено дії на повторювану аутоагресивну поведінку типових та атипових нейролептиків, стабілізаторів настрою та інших, особливо за наявності симптомів депресії [1].

Дослідження показують, що предиспозицією до аутоагресії є коморбідні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, недотримання режиму лікування, зниження економічного благополуччя, досвід жорстокого поводження, поведінкові розлади в дитинстві та досвід сексуального насилля [2]. Сама по собі вираженість психотичного епізоду не є предиктором аутоагресії, окрім випадків розвитку депресивної симптоматики у пацієнтів [3]. використання в гострій фазі високих доз бензодіазепінів та клозапіну призведе до деякого зниження агресії в даний період [4], але не спричинить зниження аутоагресивної поведінки, яка повторюється, у пацієнтів які вже мали в анамнезі подібні випадки [5].

Наше дослідження спрямоване на розробку психотерапевтичних втручань відповідно до обраних мішеней, що допоможе пацієнту взяти під контроль імпульсивну агресивну або аутоагресивну поведінку в даний час та провести профілактику рецидиву такої поведінки в майбутньому враховуючи, що медикаментозна терапія не гарантує такого впливу.

Мета

За результатами власних досліджень розробити та провести апробацію комплексу заходів профілактичної терапії аутоагресивної поведінки у хворих на параноїдну шизофренію із симптомами депресії.

Матеріали та методи

До участі у дослідженні було залучено 85 хворих на параноїдну шизофренію шляхом суцільної вибірки (зі 130 хворих) та визначення можливим включення їх у дослідження відповідно до критеріїв включення/виключення. Використано наступні методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний, соціально-демографічний та математичної статистики. Всі хворі були обстежені за шкалами PANSS, Калгарі (CDSS), "Причини для життя" (RFL), опитувальником визначення звичайної поведінки в стресових ситуаціях (тест Басса-Дарки) та методикою визначення інтегральних форм комунікативної агресивності (Бойко В.В.).

Дослідження складалося з трьох етапів.

1. Клініко-психопатологічне обстеження 85 хворих на параноїдну шизофренію (з використанням шкал PANSS, Калгарі (CDSS), "Причини для життя" (RFL), опитувальника визначення звичайної поведінки в стресових ситуаціях (тест Басса-

- Дарки) та методики визначення інтегральних форм комунікативної агресивності (Бойко В.В.).
- Етап проведення комплексу профілактичних заходів аутоагресивної поведінки (ЗПТАП).
 - Етап оцінки ефективності запропонованого комплексу ЗПТАП через 3 місяці після його завершення.

Результати

На початку дослідження ми виявили, що наявність депресивної симптоматики може негативно впливати на віру пацієнтів з шизофренією в можливість вижити. Прогредієнтність основного захворювання викликає зниження соціальної відповідальності та моральних якостей основного контингенту хворих. Ми використали ці дані для розробки психотерапевтичних втручань на віддалені строки.

Мішенями психотерапевтичних втручань було обрано напрямки, відповідно до шкали RFL (48 пунктів). Найбільш значимими для хворих основної групи були субшкали “відповідальність перед родиною” ($4,2 \pm 1,1$ бали), “переживання за дітей” ($5,1 \pm 0,7$ бали) та “страх самогубства” ($3,6 \pm 0,9$ бали). При цьому, в обох групах виявлено низький рівень за субшкалою «віра в можливість вижити» ($2,9 \pm 0,9$ та $3,2 \pm 1,0$, відповідно) ($p > 0,05$).

Комплекс ЗПТАП включав стандартне медикаментозне лікування та індивідуальну психотерапію (2 рази на тиждень по 50 хв.) та сесії групової (напряму когнітивно-поведінкової) терапії тривалістю 2 год. 2 рази на тиждень.

За шкалою PANSS пацієнти основної групи на момент включення у дослідження, на початку госпіталізації, мали середній бал $121,3 \pm 8,06$, на момент завершення дослідження $101,2 \pm 5,8$, $p < 0,05$. Різницю по факторах за шкалою PANSS в основній групі при госпіталізації та на момент виписки висвітлено у [Таблиця 1](#), між випискою та через 3 місяці у [Таблиця 2](#).

Показник за шкалою PANSS	На початку госпіталізації (n=41)		При виписці (n=41)		p
	Середній бал, X	SD	Середній бал, X	SD	
Позитивний фактор	31,9	3,21	15,2	2,11	0,0001
Негативний фактор	29,4	3,15	24,1	2,4	0,081
Фактор дезорганізації	24,0	2,62	18,7	3,35	0,05
Фактор агресії та збудження	18,3	2,14	8,2	1,18	0,0001
Фактор тривоги та депресії	17,9	2,54	5,3	1,34	0,05
Загальний бал	121,3	8,06		5,8	0,05
Композитний індекс	-3,1	4,30	8,9	3,05	0,0001

Таблиця 1. Динаміка психопатологічної симптоматики в основній групі за шкалою PANSS (п'ятифакторна модель) при госпіталізації та на момент виписки. Примітка: SD – стандартне відхилення; p – показник вірогідності похибки, розрахований за критерієм Манна-Уїтні.

Ми бачимо статистично значуще покращення за позитивним фактором та фактором дезорганізації. Також за фактором агресії та збудження, тривоги та депресії. За негативним фактором статистично значущої різниці не виявлено.

Показник за шкалою PANSS	При виписці (n=41)		Через 3 місяці (n=41)		p
	Середній бал, X	SD	Середній бал, X	SD	

Позитивний фактор	15,2	2,11	13,1	1,8	0,091
Негативний фактор	24,1	2,41	24,7	2,41	0,135
Фактор дезорганізації	18,7	3,35	16,5	3,12	0,05
Фактор агресії та збудження	8,2	1,18	8,3	1,18	0,261
Фактор тривоги та депресії	5,3	1,34	4,4	1,12	0,05
Загальний бал		5,8	97,8	4,81	0,352
Композитний індекс	8,9	3,05	11,6	3,92	0,142

Таблиця 2. Динаміка психопатологічної симптоматики в основній групі за шкалою PANSS (п'ятифакторна модель) на момент виписки та через 3 місяці. Примітка: SD – стандартне відхилення; р – показник вірогідності похибки, розрахований за критерієм Манна-Уїтні.

З отриманих даних можна зробити висновок, що через 3 місяці після виписки зі стаціонару позитивна динаміка стану пацієнтів зберігалася. Рівень агресії та збудження залишився на тому ж рівні, що говорить про достатньо стійкий результат.

При порівнянні з контрольною групою, можна зробити висновок, що при виписці рівень тривоги та депресії в основній групі був статистично нижчий, ніж в контрольній, також і через 3 місяці. Рівень агресії та збудження в контрольній групі при виписці був статистично значуще вищим, ніж в основній (див. [Таблиця 3](#)).

Показник за шкалою PANSS	Основна група (n=41)		Контрольна група (n=44)		p
	Середній бал, X	SD	Середній бал, X	SD	
Позитивний фактор	13,1	2,11	13,6	1,43	0,189
Негативний фактор	24,7	2,41	27,8	3,02	0,035
Фактор дезорганізації	16,5	3,35	20,2	4,02	0,127
Фактор агресії та збудження	8,3	1,18	11,2	1,76	0,05
Фактор тривоги та депресії	4,4	1,34	8,9	1,54	0,05
Загальний бал	97,8	5,8	105,8	6,01	0,162
Композитний індекс	11,6	3,05	14,2	8,3	0,05

Таблиця 3. Порівняння психопатологічної симптоматики в основній та контрольній групах за шкалою PANSS (п'ятифакторна модель) на момент виписки. Примітка: SD – стандартне відхилення; р – показник вірогідності похибки, розрахований за критерієм Манна-Уїтні.

При порівнянні результатів з контрольною групою через 3 місяці, в обох групах зберігалися надбання стаціонарного лікування. В контрольній групі надбання в регуляції агресії не збереглися, порівняно з основною групою (див. [Таблиця 4](#))

Показник за шкалою PANSS	Основна група (n=41)		Контрольна група (n=44)		p
	Середній бал, X	SD	Середній бал, X	SD	
Позитивний фактор	13,1	1,8	12,4	1,51	0,189
Негативний фактор	24,7	2,41	25,8	3,21	0,129
Фактор дезорганізації	16,5	3,12	19,3	4,12	0,127

Фактор агресії та збудження	8,3	1,18	15,9	2,76	0,05
Фактор тривоги та депресії	4,4	1,12	6,8	1,54	0,125
Загальний бал	97,8	4,81	100,4	5,01	0,162
Композитний індекс	11,6	3,92	13,4	3,25	0,09

Таблиця 4. Порівняння психопатологічної симптоматики в основній та контрольній групах за шкалою PANSS (п'ятифакторна модель) через 3 місяці після виписки. Примітка: SD – стандартне відхилення; р – показник вірогідності похибки, розрахований за критерієм Манна-Уїтні.

За опитувальником Баса-Дарки ми маємо статистично значуще зниження показників вербальної агресії та аутоагресії. На момент виписки в основній групі – $2,9 \pm 0,9$, в контрольній групі – $3,8 \pm 1,9$, $p < 0,05$. Через 3 місяці рівень показників вербальної агресії в основній групі склав $3,1 \pm 1,2$, в контрольній – $4,9 \pm 2,2$, $p < 0,05$. Ми бачимо, що надбання лікування в контрольній групі з приводу вербальної агресії практично не збереглися, та через 3 місяці повернулися до початкового рівня.

Показник аутоагресії, який на момент госпіталізації в основній групі був статистично вищим, ніж в контрольній ($4,5 \pm 1,1$ та $2,7 \pm 0,4$ при $p < 0,001$). Після виписки в основній групі показник аутоагресії склав $2,8 \pm 1,1$, в контрольній – $1,8 \pm 0,5$, $p = 0,105$. Через 3 місяці після виписки в основній групі – $3,1 \pm 2,1$, контрольній – $2,6 \pm 0,8$, $p = 0,235$. Тобто, в контрольній групі, досягнення лікування через 3 місяці після виписки не збереглися, показник аутоагресії повернувся до показників початку лікування.

За методикою визначення інтегральних форм комунікативної агресивності (Бойко В.В.) ми виявили значиме зниження рівня аутоагресії в основній групі, порівняно з контрольною. На момент госпіталізації показники склали ($3,4 \pm 1,2$ та $1,8 \pm 0,5$, $p < 0,05$, відповідно). Після виписки – $1,9 \pm 0,4$ та $1,4 \pm 0,3$, $p = 0,115$, відповідно. Через 3 місяці після виписки в основній групі надбання лікування збереглися $2,1 \pm 0,8$, в контрольній незначно підвищилися – $1,9 \pm 0,6$ ($p = 0,245$).

Таким чином, в результаті дослідження ми бачимо, що застосування індивідуальної та групової психотерапії в напрямі КПТ в комплексі з медикаментозною терапією, дозволяє досягнути значного покращення стану пацієнта. Як в проявах аутоагресії, так і в загальних показниках агресії. При цьому психотерапевтична робота має бути направлена на цінності пацієнта, індивідуально орієнтуватися на його потреби, використовуючи відповідні опитувальники. Таким чином, ми бачимо, що застосовані напрями дозволяють утримувати набуті результати протягом тривалого часу після застосованих втручань.

Висновки

Психотерапевтична робота при аутоагресивних проявах має бути направлена на цінності пацієнта, індивідуально зорієнтована на його потреби, які з'ясовуються за допомогою відповідних опитувальників.

Застосування запропонованого комплексу профілактичної терапії (індивідуальної та групової психотерапії в напрямі КПТ у поєднанні з медикаментозною терапією) у хворих на параноїдну шизофренію із симптомами депресії та аутоагресивними проявами дозволило досягнути значного стійкого та тривалого покращення стану пацієнта як в проявах аутоагресії, так і в загальних показниках агресії та емоційних розладів.

Додаткова інформація

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Посилання

1. Farberow NL. Attitude towards suicide. Leiden: Canberrs Brill; 1989:420.
2. Swanson J, Swartz MS, Van Dorn RA, et al. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. British Journal of Psychiatry. 2008;193:37–43. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.042630
3. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Gen Psychiatry. 2009;66:152–61. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537
4. Topiwala A, Fazel S. The pharmacological management of violence in schizophrenia: a structured review. Expert Rev Neurother. 2011;11:53–63. DOI: 10.1586/ern.10.180
5. Semahegn A, Torpey K, Manu A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2020;9:17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>