

## БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПЕРШОМУ ЕПІЗОДІ ПСИХОЗУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

**Надано біопсихосоціальну характеристику аутоагресивної поведінки пацієнтів при першому епізоді психозу. Встановлено, що вечірній тип працездатності має більш сильний зв'язок із рівнем суїцидального ризику, ніж ранковий та індіферентний. Вечірній тип пов'язаний переважно із позитивними психопатологічними симптомами, ранковий — з негативними, а індіферентний — із загальними психопатологічними симптомами, що свідчить про необхідність врахування індивідуального біоритмологічного статусу при діагностиці захворювання, а також про важливість персоніфікованого підходу до пацієнтів при проведенні лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів.**

*Ключові слова:* перший епізод психозу, аутоагресивна поведінка, біоритмологічний статус.

Гострий психоз є третім із найбільш інвалідизуючих станів, які призводять до зменшення тривалості життя у середньому на 10 років, а, розвиваючись, як правило, у молодому віці, порушує громадську, професійну та сімейну активність пацієнта і, як наслідок, формує значний тягар для сім'ї та суспільства [1, 2].

Сучасні погляди на перший епізод психозу зумовлюють необхідність виділення його в окрему категорію, що потребує диференційованого підходу до діагностики та лікування, створення профільних відділень, мультидисциплінарних бригад, нових реабілітаційних систем та програм для пацієнтів і їх мікросоціального оточення. Збірне поняття «перший епізод психозу» об'єднує за синдромальним принципом схожі між собою гострі стани порушення психіки, що виявляються порушеннями мислення, маренням, галюцинаціями, психомоторним збудженням, афектами та дезорієнтацією [3].

Особливої уваги потребує вивчення особливостей аутоагресивної поведінки за умов першого психотичного епізоду, оскільки рівень вчинених самогубств у світі в цілому та Україні зокрема високий. Аутоагресивна поведінка є однією з провідних причин смерті психічно хворих, тому встановлення предикторів її формування на ранньому етапі розвитку захворювання дасть змогу своєчасно виявляти осіб із високим ризиком суїциду, проводити лікування та профілактику їх аутоагресивних проявів [4, 5].

Велике медико-соціальне значення цієї проблеми обумовлено й тим, що значну частку суїцидентів становлять молоді особи працездатного віку. До того ж деякі автори вважають, що у половини суїцидентів, які страждають на шизофренію, діагноз був установлений уперше, що свідчить про

високий ризик розвитку суїцидальної поведінки вже в ініціальному періоді ендогенного процесу [1, 6, 7].

Нині досить активно вивчається стан біологічної ритміки у хворих на різну патологію, в тому числі й психічні розлади, причому сучасні хрономедичні дослідження свідчать про те, що певні патологічні процеси в організмі людини супроводжуються явищами десинхронозу, а сама біоритмологічна дезадаптація є однією з причин розвитку виражених патологічних змін. Вплив геліогеофізичних факторів, що знижують ефективність механізмів психологічної адаптації та сприяють розвитку афективних психозів, аутоагресивної поведінки, невротичних розладів, алкогольних психозів тощо описувався в ряді наукових праць, але багато питань залишаються ще не розв'язаними [8–10].

Саме тому вивчення питання аутоагресивної поведінки у хворих із першим психотичним епізодом з урахуванням впливу біологічних ритмів дасть змогу виявити основні предиктори, запропонувати новий підхід до розуміння генезу цього явища та удосконалити вже існуючі лікувальні та профілактичні схеми.

Метою нашого дослідження було надати біопсихосоціальну характеристику аутоагресивної поведінки хворих при першому епізоді психозу.

Дослідження проводилося на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева, де було обстежено 130 пацієнтів із аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді. Серед обстежених — 96 (73,8%) жінок та 34 (26,2%) чоловіка. За віком хворі розподілилися таким чином: у категорії від 16 до 30 років було 84 (64,6%) пацієнта, від 31 до 40 років — 38 (29,2%), старші за 40 років — 8 (6,2%).

За сімейним статусом: 47 осіб (36,2%) були одруженими, 61 (46,9%) — неодруженими, 17 (13,1%) — розведеними, 5 (3,8%) — овдовілими. Згідно з трудовим статусом отримано такі дані: до тих, хто навчається, належали 63 (48,5%) особи, працюючих — 19 (14,6%), непрацюючих — 48 (36,9%).

Нозологічна діагностика проводилася відповідно до критеріїв МКХ-10: діагноз шизофренія, параноїдна форма (F20.0) було встановлено у 69 (53,0%) пацієнтів, гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії (F23.0) — у 31 (23,8%), гострий поліморфний психотичний розлад із симптомами шизофренії (F23.1) — у 30 (23,2%).

У клінічній картині обстежених переважали: параноїдний синдром — у 51 (39,2%) випадку, галюцинаторно-параноїдний — у 37 (28,5%), депресивно-параноїдний — у 28 (21,5%), синдром Кандинського — Клерамбо — у 14 (10,8%). У 41 (31,5%) хворого відзначалося марення переслідування, у 36 (27,7%) — марення впливу, у 17 (13,1%) — іпохондричне марення, у 9 (6,9%) — марення ревнощів. У 64 (49,2%) осіб спостерігалися розлади сприйняття у вигляді вербальних псевдогалюцинацій.

В обстежених визначалися прояви аутоагресивної поведінки: у 27 (20,8%) осіб у вигляді суїцидальної спроби, із них у 11 (40,7%) — через повішення, у 9 (33,3%) — самоотруєння, у 5 (18,5%) — нанесення самопорізів, у 2 (7,5%) — падіння з висоти, у 31 (23,8%) — нанесення в нетипових місцях самопорізів, у 24 (18,5%) — опіків, у 19 (14,6%) — екскоріацій, у 17 (13,1%) — відмови від їжі. У 12 (9,2%) пацієнтів відзначено нетипові форми аутоагресивної поведінки (самозадушення без мети самогубства, нанесення татувань, екстремальний пірсинг).

Обстеження проводилось із використанням психопатологічного методу дослідження, клінічного динамічного спостереження за хворим, оцінки психічного статусу. Характеристика клінічних проявів першого психотичного епізоду ґрунтувалася на даних Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, 1986), особливості преморбиду визначалися за опитувальником Preschool Anxiety Scale (PAS, 1982), ступінь ризику суїциду — за шкалою Б. Любанн-Плоцца (2000), характеристика біологічних ритмів — за анкетною Естберга (1986). Статистична обробка даних проводилася із використанням факторного аналізу.

Нами було обстежено хворих за зазначеними шкалами та проведено багатофакторний аналіз отриманих результатів, внаслідок чого встановлено три фактори, що зумовлюють понад 68% сукупної дисперсії даних (таблиця).

За результатами проведеного дослідження встановлено, що фактор 1 зумовлює 29% су-

**Матриця факторних навантажень багатофакторної моделі**

Ознаки	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Суїцидальний ризик	0,751	0,637	0,529
Добова активність	-0,773	0,694	0,536
Марення	0,563	-0,036	0,065
Розлади мислення	0,491	0,537	0,049
Підозрілість, ідеї переслідування	0,714	0,029	0,044
Ворожість	0,626	0,004	0,054
Притуплення афекту	0,026	0,417	0,134
Емоційна відгородженість	0,048	0,536	0,048
Пасивно-апатична соціальна відгородженість	0,027	0,647	0,127
Соматична стурбованість	0,037	0,201	0,893
Тривога	0,007	0,194	0,536
Напруженість	0,592	-0,003	0,004
Манірність та позування	0,049	0,173	0,419
Малоконтактність	0,039	0,533	0,083
Незвичний зміст думок	-0,189	0,081	0,896
Розлади волі	0,084	0,094	0,538
Завантаженість психічними переживаннями	0,695	-0,174	0,005
Незадоволеність сексуальними аспектами життя (після 19 років)	0,837	0,038	0,132
Комунікабельність (17–18 років)	0,056	0,093	0,583
Порушення взаємин з однолітками (12–15 років)	0,141	0,568	0,068
Порушення адаптації до школи (до 11 років)	0,739	0,072	0,085
Незадоволеність рівнем успішності (після 19 років)	0,074	0,711	0,019
Ступінь факторизації	0,293	0,176	0,229

купної дисперсії даних і пов'язаний з ознаками: «суїцидальний ризик», «добова активність», «марення», «розлади мислення», «підозрілість, ідеї переслідування», «ворожість», «напруженість», «завантаженість психічними переживаннями», «незадоволеність сексуальними аспектами життя (після 19 років)», «порушення адаптації до школи (до 11 років)».

Близько 17% сукупної дисперсії даних зумовлює фактор 2, що пов'язаний з ознаками: «суїцидальний ризик», «добова активність», «притуплення афекту», «емоційна відгородженість»,

«пасивно-апатична соціальна відгородженість», «малоконтактність», «розлади мислення», «порушення взаємин з однолітками (12–15 років)», «незадоволеність рівнем успішності (після 19 років)».

Приблизно 23% сукупної дисперсії зумовлено фактором 3, пов'язаним з ознаками: «суїцидальний ризик», «добова активність», «соматична стурбованість», «тривога», «манірність та позування», «незвичний зміст думок», «розлади волі», «комунікабельність (17–18 років)».

З отриманих даних випливає, що фактор 1 має зворотний зв'язок із добовою активністю (показник у балах за анкетною Естберга), що свідчить про вплив вечірнього типу працездатності, а також найсильніший зв'язок із рівнем суїцидального ризику. До того ж ознаки, що впливають на фактор 1, є складовими переважно шкали позитивних симптомів за PANSS.

Фактор 2 має сильний зв'язок із добовою активністю, що може свідчити про вплив ранкового типу працездатності, сильний зв'язок із рівнем суїцидального ризику та переважно з ознаками, що складають шкалу негативних симптомів за PANSS.

Фактор 3 має зв'язок із добовою активністю, але меншої сили, ніж фактор 2, що дає змогу припустити вплив індивідуального типу працездатності, достатньо сильний зв'язок із рівнем ризику суїциду та з ознаками, що складають шкалу загальних психопатологічних симптомів за PANSS.

Отже, можна зробити висновок, що за даними факторного аналізу вечірній тип працездатності має більш сильний зв'язок із рівнем суїцидального ризику, ніж ранковий та індивідуальний. Вечірній тип пов'язаний переважно із позитивними психопатологічними симптомами, ранковий — з негативними, а індивідуальний — із загальними психопатологічними симптомами, що свідчить про необхідність врахування індивідуального біоритмологічного статусу при діагностиці захворювання та важливість персоніфікованого підходу до пацієнтів при проведенні лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів.

## Список літератури

1. *Марута Н. О.* Перший епізод психозу (сучасні принципи діагностики та лікування): метод. рек. / Н. О. Марута, А. М. Бачериков.— Харків: Б. в., 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. *Осокина О. И.* Первый психотический эпизод (обзор проблемы) / О. И. Осокина // Архив клінічної та експериментальної медицини.— 2013.— Т. 22, № 2.— С. 249–253.
4. *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.
5. *Lester H.* Early intervention for first episode psychosis / H. Lester // British J. of Psychiatry.— 2004.— Vol. 328, № 6.— P. 1451–1452.
6. *Пишель В. Я.* Первый психотический эпизод: современное состояние проблемы и клинико-социальная характеристика больных / В. Я. Пишель, М. Ю. Полювяная, К. В. Гузенко // Архив психіатрії.— 2005.— Т. 11, № 4 (43).— С. 64–68.
7. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis / J. Addington, I. Epstein, L. Liu [et al.] // Schizophr. Res.— 2011.— Vol. 125.— P. 54–61.
8. The relationship between dopamine D2 occupancy, clinical response and side effects: A double blind PET study in first episode schizophrenia / S. Kapur, R. B. Zipursky [et al.] // Am. J. of Psychiatry.— 2000.— Vol. 157 (4).— P. 514–520.
9. *Бачериков А. М.* Психологічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади / А. М. Бачериков, Т. В. Ткаченко // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 1 (50).— С. 154–155.
10. *Марута Н. А.* Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) / Н. А. Марута, А. Н. Бачериков // Междунар. мед. журн.— 2002.— Т. 8, № 1–2.— С. 46–52.

## БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ПСИХОЗА

Д. И. БОЙКО

**Представлена биопсихосоциальная характеристика аутоагрессивного поведения пациентов при первом эпизоде психоза. Установлено, что вечерний тип трудоспособности имеет более сильную связь с уровнем суицидального риска, чем утренний и индивидируемый типы. Вечерний тип связан преимущественно с позитивными психопатологическими симптомами, утренний — с негативными, а индивидируемый — с общими психопатологическими симптомами, что свидетельствует о необходимости учитывать индивидуальный биоритмологический статус при диагностике заболевания, а также о важности персонифицированного подхода к пациентам при проведении лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий.**

**Ключевые слова:** первый эпизод психоза, аутоагрессивное поведение, биоритмологический статус.

## BIOPSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN THE FIRST EPISODE OF PSYCHOSIS

D. I. BOIKO

**Biopsychosocial characteristics of autoaggressive behavior in the first episode of psychosis is presented. It was revealed that the evening type of working capacity is associated with the level of suicidal risk of greater strength than the morning and indifferent types. The evening type is associated predominantly with positive psychopathological symptoms, the morning type with negative ones, and indifferent type with general psychopathological symptoms, which indicates the need to take into account the individual biorhythmologic status in the diagnosis, as well as the importance of a personified approach to the patients during treatment, rehabilitation and preventive events.**

*Key words: first episode of psychosis, autoaggressive behavior, biorhythmologic status.*

---

*Надійшла 01.11.2017*