

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П.Л.ШУПИПКА

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

БАШИНСЬКИЙ ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК: 616.895.8-008.447-036

ДИСЕРТАЦІЯ

СТРУКТУРНО - ДИНАМІЧНІ ПРОЯВИ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ У
ХВОРИХ НА ПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ

22 «Охорона здоров'я»

222 «Медицина»

14.01.16 «Психітарія»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ О.О. Башинський

Науковий керівник – Пилягіна Галина Яківна, доктор медичних наук, професор.

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Башинський О.О. Структурно-динамічні прояви саморуйнівної поведінки у хворих на психотичні розлади шизофренічного спектру – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина». – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, МОЗ України, Київ, 2023.

Дисертаційна робота присвячена актуальній проблемі діагностики та реабілітації пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру (ПсРШфС), що мають прояви саморуйнівної поведінки (СрПв). Враховуючи значущість проблеми смертності внаслідок самогубств як загрози для здоров'я і благополуччя та високий рівень інвалідизації серед даних пацієнтів, існує потреба в розробці нових діагностичних та реабілітаційних стратегій для надання їм більш ефективної та прицільної допомоги.

В основу роботи покладено результати обстеження 112 пацієнтів з ПсРШфС та проявами СрПв у період з 2016 по 2023 рр., які перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях Комунального некомерційного підприємства клінічна лікарня «Психіатрія» у м. Києві.

В групу досліджуваних пацієнтів увійшли 55 чоловіків (49,1%) та 57 жінок (50,9%). Вік хворих становив від 18 до 50 років, середній вік усіх обстежених пацієнтів – $32,61 \pm 10,92$ роки: середній вік чоловіків – $34,23 \pm 11,17$ років, середній вік жінок – $30,77 \pm 10,49$ років.

Метою дослідження була оптимізація підходів до комплексного лікування і реабілітації хворих на ПсРШфС, котрі мають прояви СрПв, на основі вивчення її структурно-динамічних особливостей та розробки критеріїв її диференційної діагностики в даній групі хворих.

Об'єкт дослідження – прояви СрПв у пацієнтів з ПсРШфС.

Предмет дослідження – структурно-динамічні особливості проявів СрПв (суїцидальні спроби, суїцидальні думки, суїцидальні наміри, самоушкодження

(Суд)) у хворих з різними видами на ПсРШфС (шизофренія (Шф), шизоафективний розлад (ШаР), гострий поліморфний психотичний розлад (ГППсР), шизотиповий розлад (ШтР)).

Завдання дослідження.

1. Дослідити особливості взаємозв'язку клінічних проявів у хворих ПсРШфС, які здійснили Суд, та ознак СрПв в групах обстеження.

2. Дослідити особливості проявів СрПв та визначити їх диференціально-діагностичні критерії у хворих в групах обстеження за допомогою психометричних шкал.

3. Вивчити клінічні особливості патогенетичних механізмів СрПв у пацієнтів в групах обстеження за мотиваційною основою здійснення Суд.

4. Визначити клініко-мотиваційні типи (КМТ) СрПв у пацієнтів в групах та їх взаємозв'язок з клінічними проявами ПсРШфС.

5. Розробити алгоритм комплексних терапевтичних та реабілітаційних заходів (КТРЗ) для хворих на різні види ПсРШфС з проявами СрПв та апробувати його в групах обстеження.

Для вирішення задач дисертаційного дослідження було використано наступні методи: теоретичний, клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

Задля аналізу клінічних та соціальних характеристик в групах обстеження було застосовано психометричний метод, який включав низки клінічних шкал: позитивних та негативних симптомів (PANSS), глобального функціонування (GAF), оцінки здоров'я пацієнта (PHQ-9), особистісного та соціального функціонування (PSP). Також для вивчення патогенезу СрПв у хворих на ПсРШф (визначення аутоагресивних предикторів та їх вираженості) було застосовано шкалу аутоагресивних предикторів (ШАП або SBPS, Пилягіна Г.Я., 2004)

Для вивчення пато психологічних особистісних характеристик в обох групах пацієнтів було застосовано психодіагностичний метод та використано

шкалу безнадійності А. Бека (*BHS*), шкалу імпульсивності Р. Плучика (*IS*) та п'ятифакторний опитувальник особистості «Велика п'ятірка» (*BFPT*).

Клініко-діагностичне, психометричне та психодіагностичне дослідження усіх хворих (другий та третій етап дослідження) проводилось на другому-четвертому тижні спостереження за хворим на етапі досягнення ними стану становлення ремісії після нівелювання гостроти симптоматики психотичного стану та появи критичного відношення до неї.

Всі обстежені пацієнти були розподілені на дві групи щодо проведення основного експерименту, спираючись на характер проявів та динаміки СрПв, а саме, різниці в патогенезі формування її маніфестних ознак та розвитку епізодів з реалізацією Суд.

До першої групи (Гр1 ПостСрПв) увійшли 50 пацієнтів з ПсРШфС (44,6% від загальної кількості обстежених), у яких прояви СрПв були присутніми протягом усього періоду захворювання або більше половини цього терміну. Суд цими хворими здійснювалися під впливом різкого загострення суїцидальних ідей або хворобливих переживань з аутодеструктивним змістом, що переважно залежало від психологічних причин, але не від гостроти психопатологічної симптоматики.

До другої групи (Гр2 ІмпСуд) увійшли 62 пацієнти (55,4% від загальної кількості), у яких маніфестні прояви СрПв у вигляді хворобливих переживань з аутодеструктивним змістом формувалися виключно як вторинна симптоматика по відношенню до екзацербачії психотичного процесу. Саме гострота психотичного стану викликала у цієї когорти хворих імпульсивну реалізацію Суд, і після редукування гострої психотичної симптоматики у них зникали аутодеструктивні чи суїцидальні ідеї.

Проведене вивчення демографічних показників виявило співставність хворих з ПсРШфС в групах дослідження за статтю та віком. В Гр1 ПостСрПв увійшли 26 жінок (52,0 %) та 24 чоловіка (48,0 %), а в Гр2 ІмпСуд: 31 жінка (50,0 %) та 31 чоловік (50,0 %). Тобто.

Результати проведеного дослідження довели, що клінічні прояви ПсРШфС та патогенетичні шляхи розвитку СрПв груп дослідження мали достовірно суттєві відмінності.

В обох групах серед видів ПсРШфС достовірно більше було хворих на Шф – 47,4%, значно більше з котрих було в Гр2 ІмпСуд, як і пацієнтів з ШаР. Лише кількість хворих з ШТР суттєво переважала в Гр1 ПостСрПв.

У більшості пацієнтів Гр2 ІмпСпД в клінічній картині частіше спостерігались галюцинаторно-маячний синдром з більш грубими порушеннями щодо організації процесу мислення (дезорганізація мислення та його стереотипність, незвичайний зміст думок та завантаженість психічними переживаннями) та зниження критичності до свого стану за PANSS. Тоді як в Гр1 ПостСрПв було виявлено більш широке коло провідної клінічної симптоматики (афективно-маячний, тривожно-депресивний і психопатоподібний синдроми) і достовірно зниження контролю спонукань. Хоча за даними PANSS, не було виявлено статистично достовірних відмінностей в продуктивній, негативній чи загальній симптоматиці між групами, що підтвердило співставність груп обстежених, але отримані результати довели, що існують якісні відмінності щодо клініко-патогенетичного базису розвитку СрПв та здійснення Суд при різних варіантах ПсРШфС. А саме, пацієнти з Гр1 ПостСрПв здійснювали Суд, здебільшого, на основі хворобливої патопсихологічної трансформації психотравмуючих обставин життя та під впливом порушень афективно-вольової сфери у поєднанні з маячними (надцінними) ідеями, тоді як Суд у пацієнтів з Гр2 ІмпСуд переважно були спровоковані впливом імперативних псевдогалюцинацій та галюцинаторно-параноїдної симптоматики.

Вивчення особливостей соціального функціонування (СФ) групах за шкалами GAF та PSP довело наявність значних порушень його рівня, яке вочевидь притаманне хворим з ПсРШфС. Але також було виявлено достовірно більш значні порушення СФ серед пацієнтів Гр1 ПостСрПв при коморбідному поєднанні ПсРШфС та СрПв.

Дослідження маніфестних проявів СрП в групах обстежених хворих за ШАП зафіксувало достовірно вищі бали за окремими субшкалами в Гр1 ПостСрПв: вираженість аутоагресивних проявів, рівень імпульсивності та вегетативних порушень. Ці дані підтвердили наукову гіпотезу, що коморбідне сполучення СрПв та ПсРШфС на тлі його хронічного перебігу (Гр1 ПостСрПв) має суттєво важкі прояви з точки зору маніфестації та наявності постійної присутності у клінічній картині ознак аутодеструктивної активності.

Аналіз особливостей мотиваційних установок реалізації Суд у хворих з ПсРШфС виявив, що в Гр2 ІмпСуд в 41,1% випадків провідною мотиваційною установкою здійснення Суд був вплив імперативних псевдогалюцинацій, а в 16,1% пацієнтів – параноїдних маячних ідей. Тоді як мотиви реалізації Суд у хворих в Гр1 ПостСрПв, головним чином, були пов'язані з особистісними переживаннями та психологічними проблемами: потреба знизити високий рівень тривоги (42,0 % випадків) та бажання звернути на себе увагу (18,0 % випадків). Отримані результати дослідження дозволили виділити декілька КМТ щодо здійснення Суд та збереження проявів СрПв: тривожний, демонстративний, самостигматизуючий, конфліктний, галюцинаторно-імперативний, маячний та депресивний – їх клінічні приклади наведені в розділі. Співставлення КМТ з наявною психопатологічною симптоматикою (за PANSS) та аутоагресивними предикторами (за ШАП) дозволило вивчити клінічні особливості перебігу ПсРШфС та патодигаміки СрПв при різних КМТ щодо здійснення Суд, що стало обґрунтуванням визначення мішеней психотерапевтичної та психоосвітньої роботи при розробці КТРЗ для цього контингенту пацієнтів.

Суттєва увага в дослідженні приділялася вивченню особливостей особистісних характеристик пацієнтів, згідно VFPT. Аналіз результатів показав, що особистісні характеристики пацієнтів у Гр1 ПостСрПв та у Гр2 ІмпСпД якісно відмінні за всіма п'ятьма факторами. Це дало змогу визначити особистісний профіль пацієнта з ПсРШфС, у котрого коморбідно і перманентно поєднувалися прояви СрПв (Гр1 ПостСрПв). Проведення кореляційного аналізу між окремими клінічними проявами і особливостями особистісних

характеристик пацієнтів з ПсРШФС дало можливість структурувати показання для диференційованого застосування КТРЗ в групах хворих.

На підставі проведеного дослідження особливостей структури та патодинаміки СрПв у пацієнтів в групах обстеження було розроблено та апробовано алгоритм КТРЗ для хворих на різні види ПсРШФС, котрі здійснили Суд. КТРЗ складався з трьох етапів:

1. Діагностичний етап, метою якого було визначення клінічного діагнозу, особливостей психопатологічних проявів в досліджених групах, верифікація маніфестних ознак СрПв в актуальному стані хворих та КМТ щодо здійснення ними Суд на основі проведення відповідних диференційно-діагностичних заходів: первинного дослідження та подальшого діагностичного супроводу хворих.

2. Стаціонарний етап, основною метою якого було застосування інтенсивної та стабілізуючої психофармакотерапії як терапевтичного компоненту КТРЗ і старт проведення його реабілітаційного компоненту, який розпочинався з визначення реабілітаційного діагнозу та загальної реабілітаційної мети, і рівня реабілітаційної готовності. Терапевтичний та реабілітаційний компоненти КТРЗ на цьому етапі були спрямовані на редукцію психопатологічної симптоматики на шляху становлення стану ремісії, купірування проявів СрПв, покращення СФ за рахунок набуття знань за психоосвітньою програмою, напрацювання соціальних навичок та вмінь конструктивного спілкування.

3. Амбулаторний етап включав продовження терапії (підтримуюча психофармакотерапія), проведення тренінгу соціальних навичок, продовження застосування психотерапії. В реабілітаційному компоненті КТРЗ на цьому етапі активно застосовувались різні види психотерапії, які визначались особливостями психопатологічної симптоматики у стані ремісії, визначеними КМТ та наявними ознаками СрПв. Проведення КТРЗ було спрямоване на зміцнення комплайенсу, відновлення або підтримку оптимального рівня СФ, збільшення тривалості

періодів ремісії щодо ПсРШфС та профілактику розвитку повторних епізодів СрПв.

Апробування розробленого алгоритму КТРЗ для хворих з ПсРШфС та проявами СрПв виявило позитивні зміни у психопатологічних проявах ПсРШфС та динаміки ознаках СрПв. В цілому стан ремісії з відсутністю психотичної симптоматики було зафіксовано у 76 пацієнтів (67.9%) з обох груп: 38 (76.0%) в Гр1 ПостСрПв та 38 (61.3%) Гр2 ІмпСуд.

Таким чином, доведено практичне значення створеного алгоритму КТРЗ, подальше використання якого в закладах галузі охорони здоров'я дозволить фахівцям (лікарям-психіатрам та психотерапевтам) надавати своєчасну та якісну поетапну допомогу хворим з ПсРШфС, особливо з коморбідним приєднанням проявів СрПв.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше було запропоновано нове рішення актуального науково-практичного завдання щодо розробки критеріїв диференційної діагностики проявів СрПв у хворих на ПсРШфС, які здійснили Суд. Вперше було вивчено особливості патогенетичних механізмів розвитку СрПв у хворих на різні види ПсРШфС, а саме Шф, ШаР, ГППСР та ШТР, та отримано доказові результати, які свідчать про суттєві якісні відмінності цих механізмів між групами досліджуваних пацієнтів щодо клініко-патогенетичного базису розвитку СрПв та здійснення Суд при різних варіантах ПсРШфС. Зокрема, пацієнти в Гр1 ПостСрПв здійснювали Суд, здебільшого, на основі хворобливої патопсихологічної трансформації психотравмуючих обставин життя та під впливом порушень афективно-вольової сфери, тоді як Суд у пацієнтів з Гр2 ІмпСуд були спровоковані переважно впливом галюцинаторно-маячної симптоматики (насамперед, імперативних псевдогалюцинацій). Ці принципові розбіжності патогенезу та патодинаміки СрПв в групах обстежених хворих були підтверджені вперше проведеним аналізом особливостей мотиваційних установок реалізації Суд у хворих з різними видами ПсРШфС. Вперше було виокремлено КМТ в групах обстежених пацієнтів щодо мотивації Суд та збереження проявів СрПв, таких як суїцидальні інтенції та думки. В Гр1

ПостСрПв було виділено тривожний, демонстративний, самостигматизуючий, конфліктний КМТ, тоді як в Гр2 ІмпСуд: імперативний, маячний та депресивний.

За результатами проведеного дисертаційного дослідження вперше розроблено та апробовано алгоритм КТРЗ для пацієнтів з різними видами ПсРШфС, котрі здійснили Суд. КТРЗ складався з діагностичного, стаціонарного та амбулаторного етапів, а також терапевтичного та реабілітаційного компонентів.

Практичне значення отриманих результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання спеціалізованої медичної допомоги та проведення реабілітаційних заходів пацієнтам з ПсРШфС з проявами СрПв.

На основі дослідження особливостей патогенезу та патодинаміки СрПв у пацієнтів з різними видами ПсРШфС, котрі здійснили Суд, було розроблено та апробовано КТРЗ для цих хворих. Застосування КТРЗ за створеним алгоритмом дозволить фахівцям галузі охорони здоров'я (лікарям-психіатрам та психотерапевтам) надавати своєчасну та якісну поетапну допомогу хворим з ПсРШфС, попереджувати рецидиви шизофренічного процесу, психотичних епізодів у хворих на ШаР та станів реактивної декомпенсації при ШТР за рахунок формування комплайєнсу з дотриманням лікарських рекомендацій на етапах стабілізуючої та підтримуючої терапії, набуття знань щодо клінічних проявів та особливостей перебігу різних видів ПсРШфС, завдяки участі в психоосвітній програмі, а також формування чи покращення конструктивних навичок спілкування та адаптивної соціальної поведінки, що буде сприяти покращенню їх СФ, поліпшенню якості життя в цьому контингенті хворих та запобігати виникненню в них повторних епізодів СрПв.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги та проведенням психокорекційної роботи хворим на ПсРШфС, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів з психіатрії на етапах до- та

післядипломної освіти. Результати дослідження впроваджено в практику роботи КНП КЛ «Психіатрія в м. Київ, КНП БМР «Білоцерківська міська лікарня №4», КНП «Херсонський міський психіатричний центр». Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології і кафедрі загальної, дитячої, судової психіатрії та наркології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика,

Висновки

1. У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне обґрунтування та наведено нове вирішення актуального науково-практичного завдання щодо розробки критеріїв диференційної діагностики проявів СрПв у хворих на ПсРШфС (Шф, ШаР, ГППсР, ШтР), котрі здійснили Суд задля оптимізації підходів до їх комплексного лікування і реабілітації зі спрямованістю цих заходів на профілактику рецидивування психотичних проявів основного захворювання та епізодів СрПв, а також погіршення СФ серед цих пацієнтів.

2. У дослідженні клінічних проявів ПсРШфС в обох групах хворих було виявлено, що найбільшу кількість хворих склали пацієнти з Шф (47,4%, $p < 0,05$). В Гр1 ПостСрПв значно менше було хворих на Шф та ШаР, до неї відносилися практично всі пацієнти з ШтР (90,9%), і достовірно домінував афективно-маячний синдром (60,0%), а за результатами PANSS зафіксоване достовірне зниження контролю спонукань. Тоді як серед пацієнтів Гр2 ІмпСпД достовірно переважала кількість хворих на Шф (60,1%) та ШаР (66,7%), значно частіше спостерігався галюцинаторно-маячний синдром (74,2%, $p = 0,000$). Згідно PANSS, в цій підгрупі хворих були виявлені достовірне переважання грубих порушень мислення: його дезорганізації і стереотипності, незвичайного змісту думок, завантаженість психічними переживаннями та зниження критичності до свого стану.

3. За результатами дослідження було доведено якісні відмінності у клініко-патогенетичного базису СрПв та здійснення Суд в групах хворих з ПсРШфС. А саме, хворі в Гр1 ПостСрПв здійснювали Суд, здебільшого, на основі хворобливої патопсихологічної трансформації психотравмуючих обставин

життя та під впливом порушень афективно-вольової сфери, тоді як Суд у пацієнтів з Гр2 ІмпСуд були спровоковані переважно впливом галюцинаторно-маячної симптоматики. Згідно психодіагностичного дослідження за ШАП в Гр1 ПостСрПв було виявлено достовірно вищий рівень аутоагресивних проявів, імпульсивності та вегетативних порушень.

4. Аналіз мотиваційних установок реалізації Суд виявив їх принципові розбіжності в групах хворих з ПсРШфС. Мотивація Суд у пацієнтів Гр1 ПостСрПв була пов'язана з намаганнями знизити високий рівень тривоги; звернути на себе увагу; здолати переживання на тлі конфліктів в сім'ї та несприйняття психічного захворювання. Тоді як Суд хворими з Гр2 ІмпСуд здійснювалися виключно під впливом гострих психотичних проявів: імперативних псевдогалюцинацій та маячних ідей.

5. В дослідженні груп обстежених пацієнтів було виокремлено КМТ щодо мотивації Суд та збереження проявів СрПв (суїцидальні інтенції та думки): тривожний, демонстративний, самостигматизуючий, конфліктний КМТ в Гр1 ПостСрПв, імперативний, маячний та депресивний в Гр2 ІмпСуд. За PANSS серед хворих Гр1 ПостСрПв найбільший рівень вираженості психопатологічної симптоматики був зафіксований у пацієнтів з самостигматизуючим та демонстративним КМТ, а в Гр2 ІмпСуд – з маячним та імперативним. Згідно ШАП, в Гр1 ПостСрПв найвищий рівень аутодеструктивних предикторів при самостигматизуючому, конфліктному КМТ, а в Гр2 ІмпСуд – при маячному типі.

6. На основі дослідження проявів та патодинаміки СрПв у пацієнтів з різними видами ПсРШфС, котрі здійснили Суд, було розроблено та апробовано алгоритм комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів (КТРЗ) для цих хворих, який включатиме етапи:

– діагностичний етап, визначатиме коморбідність психопатологічних проявів ПсРШфС та ознак СрПв і її тип КМТ;

– стаціонарний етап, спрямовується на реалізацію терапевтичного компоненту (інтенсивна та стабілізуюча психофармакотерапія) та початку реалізації реабілітаційного компоненту: визначення реабілітаційного діагнозу

формування загальної реабілітаційної цілі, проведення психоосвітньої програми, тренінгу навичок спілкування та соціальних вмінь, застосування психотерапевтичних втручань в індивідуальній, сімейній в груповій формах;

– амбулаторний етап включатиме застосування підтримуючої психофармакотерапії, а також психотерапії (індивідуальна, сімейна), види якої залежатимуть від діагностованих проявів СрПв та її КМТ.

Ключові слова: *розлади шизофренічного спектру, шизофренія, шизоафективний розлад, гострі поліморфний психотичний розлад, шизотиповий розлад, саморуйнівна поведінка, суїцидальні спроби, суїцидальні думки, самоушкодження, ендогенні психічні розлади, психотравмуючі ситуації, діагностика психічних розладів, комплексна терапія та реабілітація розладів психіки та поведінки*

ANNOTATION

Bashynskiy O.O. Structural and dynamic manifestations of self-destructive behavior in patients with psychotic disorders of the schizophrenic spectrum - Qualifying thesis research on the rights of the manuscript.

The thesis for obtaining a Doctor of Philosophy degree, branch of knowledge - 22 «Health care», specialty 222 «Medicine». - Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2023.

Annotation content

The dissertation is devoted to the actual problem of diagnosis and rehabilitation of patients with schizophrenic spectrum disorders (SSD) who have manifestations of self-destructive behavior (SDB). Given the significance of suicide mortality as a threat to health and well-being and the high level of disability among these patients, there is a need to develop new diagnostic and rehabilitation strategies for more effective and targeted care.

The study is based on the results of an examination of 112 patients with SSD and SDB in the period from 2016 to 2023, who were treated in the Hospital «Psychiatry» in Kyiv.

The study group included 55 men (49.1%) and 57 women (50.9%), 18 to 50 years aging. The average age of them was 32.61 ± 10.92 years: the average age of: men was 34.23 ± 11.17 years, women was 30.77 ± 10.49 years.

The study aim was to optimize approaches to the complex treatment and rehabilitation of patients with SSD and manifestations of SDB based on the study of its structural and dynamic features and the development of criteria for its differential diagnosis in this group of patients.

The object of research – manifestation features of SDB in patients with SSD.

The subject of research – structural and dynamic manifestation features of SDB (suicide attempts, suicide thoughts, suicide intentions, self-harm (SH)) in patients with different types of SSD (schizophrenia (Sch), schizoaffective disorder (SchAfd), acute and transient psychotic disorder (APTPsyD), schizotypal disorder (SchtypD)).

The tasks of research.

1. To investigate the relationship features of between the clinical manifestations in patients with SSD who committed SH and signs of SDB in the study groups.
2. To explore the manifestation features of SDB and determine its differential diagnostic criteria in patients of the study groups using psychometric scales.
3. To study the clinical features of the pathogenetic mechanisms of SDB in patients in the study groups on the motivational basis of the SH realization.
4. To determine the clinical and motivational types (CMT) of SDB in patients in the groups and their relationship with the clinical manifestations of SSD.
5. To develop an algorithm of complex therapy and rehabilitation (CTR) for patients with various types SSD and SDB features and probate it in the study groups.

To solve the problems of the dissertation research, the following methods were used: theoretical, clinical and anamnestic, socio-demographic, clinical and psychopathological, psychodiagnostic and statistical.

The psychometric method of patient assessment using a number of clinical scales was used to analyze clinical and social characteristics in the study groups. Namely, we used the following scales: Positive and Negative Syndrome Scale, (PANSS), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Global Assessment of Functioning Scale (GAF), Personal and social performance scale (PSP). In addition, to study the pathogenesis of SDB in patients with SSD, the Self-destructive Behaviour Predictors Scale (SBPS) was used, namely, to determine the self-destructive predictors and their severity (Pilyagina G., 2004)

The psychodiagnostic method was used to study pathopsychological personality characteristics in both groups of patients. For this purpose, the A. Beck Hopelessness Scale (BHS), R. Pluchik Impulsivity Scale (IS), and Big Five Personality Test (BFPT) were used.

Clinical diagnostic, psychometric and psychodiagnostic studies of all patients (second and third stages of the study) were conducted during the second to fourth week of follow-up at the stage of achieving remission after leveling the acuteness of the symptoms of the psychotic state and the emergence of a critical attitude towards it.

All the examined patients were divided into two groups for the main experiment, based on the nature of the manifestations and dynamics of SDB, namely, the difference in the pathogenesis of the formation of its manifest signs and the development of episodes with the realization of SDB.

The first group (Gr1 PermSDB) included 50 patients with SSD (44.6% of the total number of subjects) in whom manifestations of SDB were present throughout the entire period of the disease or more than half of this period - both according to patients' information and medical records. These patients' suicidal ideation (in most cases, suicide attempts) was influenced by a sharp exacerbation of suicidal ideation or painful experiences with autodestructive content, which mainly depended on psychological reasons, but not on the severity of psychopathological symptoms.

The second group (Gr2 ImpSDB) included 62 patients (55.4% of the total number of subjects) in whom manifest manifestations of SDB in the form of painful

experiences with autodestructive content were formed exclusively as secondary symptoms in relation to the exacerbation of the psychotic process. It was the acuteness of the psychotic state that caused the impulsive realization of self-harm in this cohort of patients, and after the reduction of acute psychotic symptoms, their autodestructive or suicidal ideas disappeared.

The demographic characteristics of both study groups of patients with SSD were studied.

Group1 PermSDB (n = 50) included 26 women (52.0%) and 24 men (48.0%), and Group 2 of ImpSDB (n = 62): 31 women (50.0%) and 31 men (50.0%). That is, the groups of patients studied were comparable by gender ($p > 0.05$).

Analyzing the results of the study, it can be concluded that the pathways of SDB development in patients with SSD have significantly significant differences according to the study groups.

Among the examined patients, there were significantly more patients with Sch (Sch - 47.4% in both groups among the types of SSD, significantly more of whom were in Gr2 ImpSDB, as well as patients with SchAfD. Only the number of patients with SchtypD significantly prevailed in Gr1 PermSDB.

In most patients of Gr2 ImpSDB, hallucinatory-delusionsl syndrome were more often observed in the clinical picture of suffering with more severe disorders in the organization of the thought process (disorganization of thinking and its stereotypy, unusual content of thoughts and load of mental experiences) and a decrease in criticality to their condition according to the PANSS. Whereas in Gr1 PermSDB, a wider range of leading clinical symptoms (affective-paranoid, anxiety-depressive, and psychopathic syndromes) and a significant decrease in impulse control were found. Although according to the psychometric study, according to the PANSS, there were no statistically significant differences in productive, negative or general symptoms between the groups, which confirmed the comparability of the groups of subjects, the results obtained proved that there are qualitative differences in the clinical and pathogenetic basis for the development of SDB and the implementation of SH in different variants of SSD. Namely, patients with Gr1 PermSDB committed

suicide, mainly under the influence of affective-volitional disorders in combination with delusional ideas, while suicide in patients with Gr2 ImpSDB was mainly provoked by the influence of imperative pseudohallucinations and hallucinatory-paranoid symptoms.

The study of the peculiarities of social functioning in the groups according to the GAF and PSP scales proved the presence of significant disorders of its level, which is obviously inherent in patients with SSD, but also significantly more significant disorders among patients of Gr1 PermSDB with permanent comorbid combination of SSD and SDB.

The study of manifest manifestations of SDB in the groups of examined patients with SBPS recorded significantly higher scores in Gr1 PermSDB on individual subscales: the severity of self-destructive manifestations, the level of impulsivity and soma-vegetative symptoms. These data confirmed the scientific hypothesis that the comorbid combination of SDB and SSD in the context of its chronic course in Gr1 PermSDB has significantly severe manifestations in terms of manifestation and the presence of SDB signs in the clinical picture.

The analysis of the peculiarities of the motivation of the SH implementation in patients with SSD revealed that in Gr2 ImpSDB in 41.1% of cases the leading motivation of SH was the influence of imperative pseudohallucinations, and in 16.1% of patients – the influence of paranoid delusions. Whereas, in patients with Gr1 PermSDB, the motives for the SH implementation were mainly related to personal experiences and psychological problems: the need to reduce the severe subjective anxiety (42.0% of cases) and the desire to catch attention (18.0% of cases). The results of the study allowed us to identify several CMTs in relation to the SH implementation and the persistence of SDB manifestations: anxiety, demonstrative, self-stigmatizing, conflict, hallucinatory-imperative, delusional, and depressive - their clinical examples are presented in the section. Comparison of CMTs with existing psychopathological symptoms (according to the PANSS) and self-destructive predictors (according to the SBPS) allowed us to study the clinical features of the course of SSD and the pathodynamics of SDB in different CMTs for the SH, which

justifies the identification of targets for psychotherapeutic and psychoeducational work in CTR using with this patients.

Our study paid considerable attention to the study of the peculiarities of patients' personality characteristics, according to the BFPT. The analysis of the results showed that the personality characteristics of patients in Gr1 PermSDB and Gr2 ImpSDB are qualitatively different in all five factors. This made it possible to determine the personality profile of a patient with SSD, which comorbidly and permanently combines manifestations of SDB (in Gr1 PermSDB). The correlation analysis between individual clinical manifestations and peculiarities of the personality characteristics of patients with SSD makes it possible to structure indications for differentiated using of CTR of groups of patients.

Based on the study of the peculiarities of the pathogenetic structure and pathodynamics of the SDB in the study groups with different types of SSD, an algorithm of CTR for patients with different types of SSD who had done SH was developed and tested:

1. The diagnostic stage which aims to determine the clinical diagnosis, peculiarities of psychopathological manifestations in the studied groups, verification of manifest signs of SDB in the current state of patients and CMT regarding their SH based on appropriate differential diagnostics: initial examination and further diagnostic support of patients.

2. The inpatient stage, which includes intensive and stabilizing psychopharmacotherapy as therapeutic component of CTR and the start of its rehabilitation component, which began with the determination of the rehabilitation diagnosis and general rehabilitation goal, as well as the level of rehabilitation readiness. At this stage, the therapeutic and rehabilitation components of CTR were aimed at reducing psychopathological symptoms through development of stable remission, relieving manifestation signs of SDB, improving social functions through the acquisition of knowledge in the psychoeducational program, developing social skills and constructive communication skills.

3. The outpatient stage included continuation of therapy (maintenance psychopharmacotherapy), social skills training, and using of psychotherapy. In the rehabilitation component of CTR at this stage, various types of psychotherapy were actively used, which were determined by the characteristics of psychopathological symptoms in remission, as determined by the CMT and the existing signs of SDB. The CTR had aimed to strengthen compliance, restore or maintain optimal levels of social functions, increase of remission periods for SSD, and prevent the development of recurrent episodes of SDB.

The testing of the developed algorithm of CTR for patients with SSD and manifestations of SDB revealed positive changes in the psychopathological manifestations of SSD and the dynamics of SDB signs. In general, the remission without psychotic symptoms was recorded in 76 patients (67.9%) from both groups: 38 (76.0%) in Group 1 PermSDB and 38 (61.3%) in Group 2 ImpSDB.

Thus, the practical significance of the created CTR algorithm has been proved, the further using of it in health care system will allow specialists (psychiatrists and psychotherapists) to provide timely and high-quality step-by-step assistance to patients with SSD especially with comorbid manifestations of SDB.

Scientific novelty of the results. For the first time, a new solution to the urgent scientific and practical task of developing criteria for the differential diagnosis of SDB manifestations in patients with SSD who had committed self-harm (SH) was proposed. For the first time, the pathogenetic mechanisms of SDB in patients with SSD (Sch, SchAfD, APTPsyD, SchtypD) were studied in detail. Evidence-based results were obtained that indicate essential qualitative differences in the pathogenetic mechanisms of SDB and committed self-harm SH between the groups of patients studied. In particular, patients in Gr1 PermSDB realized SH mostly on the basis of painful pathopsychological transformation of psychotraumatic life events and the disturbances of emotions and willful activity, whereas, SH were provoked mainly by the influence of hallucinatory-delusional symptoms (primarily imperative pseudohallucinations) in patients of Gr2 ImpSDB. These fundamental differences in the pathogenesis and pathodynamics of SDB between the patients groups were confirmed by the analysis of

the motivations toward the SH implementation in patients with different types of SSD, it was done the first time. For the first time, CMT were identified in the groups of examined patients in terms of motivation for SH and the persistence of SDB manifestations, such as suicidal intentions and thoughts. Anxiety, demonstrative, self-stigmatizing, and conflict CMTs were identified in Gr1 PermSDB, while in Gr2 ImpSDB: imperative, delusional, and depressive. Comparison of the types of motivation with the existing psychopathological symptoms, according to the PANSS and the SBPS, allowed us to identify the clinical features of patients with SSD with different CMT of SDB.

Based on the results of the dissertation research, the algorithm of the CTR for patients with different types of SDD who committed SH was developed and tested for the first time. The CTR consisted of diagnostic, inpatient and outpatient stages, and therapeutic and rehabilitation components as well.

Practical significance of the results. The practical significance of the results of the dissertation research is to improve the quality of specialize medical care and rehabilitation improvement for patients with SSD with manifestations of SDB.

Based on the study of the pathogenesis and pathodynamics of SDB in patients with various types of SSD who had done SH, the algorithm of the CTR was developed and tested for this contingent of patients. The implementation of the CTR as created algorithm will allow health care professionals (psychiatrists and psychotherapists) to provide timely and high-quality step-by-step treatment to patients with SSD. Using of the CTR can effectively prevent relapses of the schizophrenic process, re-new psychotic episodes in patients with SchAfD and reactive decompensation in patients with SchtypD by forming compliance toward medical recommendations at the stabilizing and supportive therapy stages, gaining knowledge about clinical features of the course of various types of SSD by the psychoeducational program, as well as by improvement of constructive communication skills and adaptive social behavior, which will to upgrade a social functioning, recover the quality of life in this patients and prevent the repeating of SDB.

The results of the dissertation research are intended for use by psychiatrists, medical psychologists, psychotherapists, and other specialists who are providing of rehabilitation care toward patients with SSD, as well as in the basic and postgraduate education as training in psychiatry, psychotherapy and medical psychology. This results had been implemented in the practice of the Kyiv City Clinical Hospital «Psychiatry in Kyiv», Bila Tserkva City Hospital No. 4, and Kherson City Psychiatric Center, and in the educational process at the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology and Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine.

Conclusions.

1. The thesis research provides a new solution to the scientific and practical task of improvement of the differential diagnosis of SDB in patients with SSD (Sch, SchAfD, APTPsyD, SchtypD) who have committed SH with the theoretical basis of it, and optimizing of the treatment and rehabilitation complex with toward the effective prevention of psychotic symptoms and SDB episodes relapse, and social maladjustment among these patients as well.

2. In the study of clinical features of SSD of patients it was found dominate prevalence patients with Sch (47.4%, $p < 0.05$) in both groups. There were considerably fewer patients with Sch and SchAfD in Gr1 PermSDB, as well as almost all patients with SchtypD belonged to it, significantly dominated by the affective delusional syndrome, and according to the PANSS a weighty decrease in impulse control was recorded. Whereas, it was diagnosed Sch (60,1%) and SchAD (66,7%) as the majority of patients in the Gr2 ImpSDB, and significantly prevailed hallucinatory-delusional syndrome (74,2%, $p = 0,000$). According to the PANSS, a significant prevalence of major thought disturbances was found in this subgroup: disorganization and stereotypy, unusual content of thoughts, overload of morbid feelings, and distorted critical view on themselves.

3. According to the study results, it was proved the essential qualitative differences in the clinical and pathogenetic basis for the development of SDB and the SH realization in groups with SSD. Patients in Gr1 PermSDB realized SH mostly on

the basis of painful pathopsychological transformation of psychotraumatic life events and the disturbances of emotions and willful activity, whereas, SH were provoked mainly by the influence of hallucinatory-delusional symptoms in patients of Gr2 ImpSDB. According to the SBPS, there were revealed a significantly higher level of self-destructive intentions, impulsivity, and somatic-vegetative symptoms in Gr1 PermSDB.

4. The analysis of the motivation for the SH commitment were discovered fundamental differences in groups of patients with SSD. The SH motivation among patients with Gr1 PermSDB mainly was associated with intentions to reduce severe anxiety; to draw attention to themselves; to overcome morbid feelings were based on the family conflicts problems and rejection of mental illness. Whereas, the SH realization by patients in Gr2 ImpSDB exclusively was influenced by acute psychotic symptoms: imperative pseudohallucinations and severe delusional ideas.

5. In the study of patient's groups, the following types of the SH motivation and the persistence features of SDB (suicidal intentions and thoughts) were identified: anxious, demonstrative, self-stigmatizing, conflict CMT in Group 1 Post-SUD, imperative, delusional and depressive in Group 2 ImpSUD. According to the PANSS, in Gr 1 PermSDB the most severity of psychopathological symptoms was recorded in patients with self-stigmatizing and demonstrative CMT, and in Gr2 ImpSDB – with delusional and imperative. And according to the SBPS, in Gr1 PermSDB the highest level of self-destructive predictors was founded into patients with self-stigmatizing, conflict CMT, and in Gr2 ImpSDB – with delusional type.

6. Based on the research of the features and pathodynamics of the SDB in patients with different types of SSD who committed SH, the algorithm of the CTR was developed and tested for these patients, which will include the following stages:

- the diagnostic stage, determining the comorbidity the of psychopathological features of SSD and signs of SDB, including its CMT;

- the inpatient stage, is aimed at implementing the therapeutic component (intensive and stabilizing psychopharmacotherapy) and starting the rehabilitation component with determination a rehabilitation diagnosis, formulattion a general

rehabilitation goal, conducting the psychoeducational program, training communication and social skills, and applying psychotherapeutic interventions in individual, family, and group forms;

– the outpatient stage will include the use of supportive psychopharmacotherapy, as well as psychotherapy (individual, family), the types of which will depend on the diagnosed features of SDB and its CMT.

Key words: schizophrenic spectrum disorders, schizophrenia, schizoaffective disorder, acute polymorphic psychotic disorder, schizotypal disorder, self-destructive behavior, suicide attempts, suicidal thoughts, self-harm, endogenous mental disorders, psychotraumatic situations, diagnostics of mental disorders, complex therapy and rehabilitation of mental and behavioral disorders

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Oleksandr O Bashynskiy, Galyna Ya Pyliagina , Evangelos C Fradelos.(2022) Self-destructive behavior in patients with schizophrenia spectrum disorders. features of pathogenesis and pathodynamics. *Wiad Lek.*, 75, 1832-1838. doi: 10.36740/WLek202208103.
2. Boltivets S, Gonchar T, Cheliadyn Y, Bashynskiy O, Uralova L.(2021) Age dynamics of deviant behavior and mental pathology among patients with residual-organic neurosis-like disorders. *Bahrain Med Bull.*43(3),621-626.
3. Пилягина Г, Башинський О. Мотивація саморуйнівної поведінки у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру. *PMGP* 13, Вересень 2020 [цит. за 11, Липень 2022];5(3):e0503263. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/263> doi: 10.26766/PMGP.V5I3.263
4. Пилягина Г, Башинський О.(2020) Саморуйнівна поведінка у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектра. *Український вісник психоневрології* ,28, (103) 36-41, doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-7>
5. Bashynskiy, O. (2022). Clinical differences in manifestations of self-destructive behavior in patients with schizophrenia spectrum psychotic disorders . *Problems of Psychology in the 21st Century*, 16(1), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/22.16.11>
6. Boltivets, S., Bashynskiy, O., & Zahariichuk, O. (2020). Socio-demographic characteristics of patients with schizophrenia, delusions of control, manifestations of self-destructive behavior and social malfunctioning who hospitalized forcibly and voluntarily. *Problems of Psychology in the 21st Century*, 14(1), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/20.14.27>
7. Boltivets, S., Chelyadyn, Y., Gonchar, T., Uralova, L., & Bashinskii, O. (2019). Socio-psychological characteristics of patients with schizophrenia receiving compulsory inpatient and outpatient treatment and voluntary psychiatric patients. *Problems of Psychology in the 21st Century*, 13(2), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/19.13.75>

8. Boltivets SI, Bashynskyi OO and Zahariichuk OV(2022). The Future of Psychiatry: Psychohygiene and Overcoming Self-Destruction in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Ment Health Hum Resilience Int J*, 6(1).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	28
ВСТУП.....	29
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ.....	35
1.1. Психотичні розлади шизофренічного спектру.....	35
1.2. Якість життя пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру з проявами саморуйнівної поведінки та основні поняття.....	40
1.3. Сучасні проблеми медико – соціальної реабілітації осіб з психотичними розладами шизофренічного спектру з проявами саморуйнівної поведінки.....	51
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	56
2.1. Етапи та дизайн дослідження.....	56
2.2. Методи дослідження.....	60
2.3. Загальна характеристика обстежених пацієнтів.....	69
2.4. Висновки до розділу.....	71
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ В ОБСТЕЖЕНИХ ГРУПАХ.....	73
3.1. Структура психопатологічної симптоматики у пацієнтів з саморуйнівною поведінкою у хворих з психотичними розладами спектру шизофренії.....	73
3.2. Особливості розвитку і маніфестних проявів саморуйнівної поведінки, її мотиваційної структури в реалізації самоушкоджуючих дій у хворих з психотичними розладами спектру шизофренії.....	83
3.3. Результати вивчення особистісних характеристик пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру.....	115
3.4. Висновки до розділу.....	23

РОЗДІЛ 4. АЛГОРИТМ КОМПЛКСУ ТЕРАПЕВТИЧНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ, КОТРІ МАЮТЬ ПРОЯВИ САМОУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	127
4.1 Етапність комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки.....	127
4.1.1 Діагностичний етап комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки.....	128
4.1.2 Стаціонарний етап комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки.....	131
4.1.3 Амбулаторний етап комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки.....	133
4.2 Реабілітаційний компонент комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки.....	135
4.2.1 Визначення реабілітаційного діагнозу, реабілітаційної готовності та загальної реабілітаційної мети при застосуванні комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів.....	135
4.2.2 Зміст реабілітаційного компоненту комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки.....	140
4.3 Результативність апробування комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки.....	153
4.4. Висновки до розділу.....	156

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	159
ВИСНОВКИ.....	169
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	172
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	173
ДОДАТКИ.....	188

Перелік умовних скорочень

СрПв – саморуйнівна поведінка

ПсРШфС – психотичні розлади шизофренічного спектру

ПсР – спихотичні розлади

СуД - самоушкодження

Шф - шизофренія

ШаР – шизоафективний розлад

ШтР – шизотиповий розлад

ГППсР – гострий поліморфний психотичний розлад

Гр1 ПостСрПв – група №1

Гр2 ІмпСуД – група №2

BHS - шкала безнадійності А. Бека (Beck Hopelessness Scale)

IS - шкала імпульсивності Р. Плучика (Plutchik's Impulsivity Scale)

BFPT - п'ятифакторний опитувальник особистості «Велика п'ятірка»
(The Big Five personality test)

PANSS – шкала позитивних та негативних симптомів (Positive and Negative Syndrome Scale)

GAF - шкала глобального функціонування (Global Assessment of Functioning Scale)

PHQ-9 - шкала оцінки здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire,)

PSP - шкала особистісного та соціального функціонування (Personal and social performance scale)

ШАП - шкали аутоагресивних предикторів (або Self-destructive Behaviour Predictors Scale, SBPS)

КМТ - клініко-мотиваційні типи

СФ - соціальне функціонування

КПТ – когнітивно – поведінкова терапія

ВСТУП

Актуальність. Проблема суїцидальної та саморуйнівної поведінки (СрПв), як більш широкого поняття, є однією з найбільш актуальних проблем світової психіатрії та психотерапії. Щорічно близько 800 000 чоловік позбавляють себе життя, а значно більше число людей роблять спроби самогубства. Кожне самогубство - це трагедія, яка впливає на сім'ї, громади та цілі країни. Самогубства відбуваються протягом усього життєвого циклу, і в 2015 році вони стали другою провідною причиною смерті серед молодих людей 15-29 років в глобальних масштабах. Самогубства відбуваються не тільки в країнах з високим рівнем доходу, цей глобальний феномен характерний для всіх регіонів світу. Фактично більше 78% самогубств в світі відбулися в 2015 році в країнах з низьким і середнім рівнем доходу [1].

Суїцидальність та суїцидальна поведінка означає комплекс дій, що призводять до добровільного позбавлення індивідом себе життя [2]. В той час як СрПв більш широкий термін і означає дії, спрямовані на нанесення будь-якої шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю [3].

Здійснення аутодеструктивних дій під впливом психопатологічних переживань (марення, галюцинації) психічно хворими, які перебувають у стані психозу, слід кваліфікувати як аутодеструктивну (аутоагресивну) поведінку [4].

Як показують дослідження, СрПв у хворих на психотичні розлади є досить поширеною проблемою: в 2012 році група вчених Університету Осло (Норвегія) [5] провели дослідження самоушкодження у хворих з розладами шизофренічного спектру. Вони виявили, що з 388 обстежених пацієнтів 49% мали самоушкоджуючими діями (Суд). Також дослідження показують, що Суд не є однорідними, а відрізняються в залежності від нозології, фабули, генезу [6].

Ще можна відмітити, що СрПв у відрізняється у пацієнтів психотичного регістру в гострому стані і в стані ремісії. Під час загострення стану СрПв цих пацієнтів обумовлена характером власне психотичних переживань і характеризується особливою брутальністю і витонченістю. Саме тоді, найчастіше трапляються самоампутації, самокастрації, енуклеація очей. А в

періоди ремісії, СрПв відображає зміни в особистості, які спричинила хвороба [7].

Не дивлячись на достатній опис клінічних випадків СрПв у хворих на психотичні розлади шизофренічного спектру (ПсРШфС) та визначення особливостей СрПв під час гострого стану та в період ремісії, недостатньо вивченим є питання ознак СрПв у пацієнтів, які мають її прояви лише на висоті загострення психопатологічної симптоматики, а в інші періоди життя вони практично відсутні і в пацієнтів, що мають прояви СрПв весь час, і навіть могли бути присутні до хвороби. Таким чином, актуальним є дослідження патогенетичного взаємозв'язку СрПв у пацієнтів з ПсРШфС

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика «Оптимізація діагностики соціальної дезадаптації у хворих з хронічними психічними розладами» (№ державної реєстрації 0119U100093).

Мета дослідження: оптимізація підходів до комплексного лікування і реабілітації хворих на ПсРШфС, котрі мають прояви СрПв, на основі вивчення її структурно-динамічних особливостей та розробки критеріїв її диференційної діагностики в даній групі хворих.

Об'єкт дослідження – прояви СрПв у пацієнтів з ПсРШфС

Предмет дослідження – структурно-динамічні особливості проявів СрПв (суїцидальні спроби, думки, наміри, Суд) у хворих з різними видами на ПсРШфС (шизофренія (Шф), шизоафективний розлад (ШаР), гострий поліморфний психотичний розлад (ГППсР), шизотиповий розлад (ШтР)).

ЗАВДАННЯ

1. Дослідити особливості взаємозв'язку клінічних проявів у хворих ПсРШфС, які здійснили Суд, та ознак СрПв в групах обстеження.

2. Дослідити особливості проявів СрПв та визначити їх диференціально-діагностичні критерії у хворих в групах обстеження за допомогою психометричних шкал.

3. Вивчити клінічні особливості патогенетичних механізмів СрПв у пацієнтів в групах обстеження за мотиваційною основою здійснення Суд.

4. Визначити клініко-мотиваційні типи (КМТ) СрПв у пацієнтів в групах та їх взаємозв'язок з клінічними проявами ПсРШфС.

5. Розробити алгоритм комплексних терапевтичних та реабілітаційних заходів (КТРЗ) для хворих на різні види ПсРШфС з проявами СрПв та апробувати його в групах обстеження.

Методи дослідження. Теоретичний, клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психометричний та статистичний методи. Психометричний метод включав використання таких методик: шкала позитивних та негативних симптомів (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS), шкала глобального функціонування (Global Assessment of Functioning Scale, GAF), шкала оцінки здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire, PHQ-9), шкала особистісного та соціального функціонування (Personal and social performance scale, PSP), шкала аутоагресивних предикторів (ШАП або Self-destructive Behaviour Predictors Scale, SBPS), шкала імпульсивності Р. Плутчика (Plutchik's Impulsivity Scale, IS), шкала безнадійності А. Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS), п'ятифакторний опитувальник особистості «Велика п'ятірка» (The Big Five personality test, BFPT).

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше було запропоновано нове рішення актуального науково-практичного завдання щодо розробки критеріїв диференційної діагностики проявів СрПв у хворих на ПсРШфС, які здійснили Суд. Вперше було вивчено особливості патогенетичних механізмів розвитку СрПв у хворих на різні види ПсРШфС, а саме Шф, шизоафективного ШАР, ГППсР та ШтР, та отримано доказові результати, які свідчать про суттєві якісні відмінності цих механізмів між групами досліджуваних пацієнтів щодо клініко-патогенетичного базису розвитку СрПв та здійснення Суд при різних

варіантах ПсРШфС. Зокрема, пацієнти в Гр1 ПостСрПв здійснювали Суд, здебільшого, на основі хворобливої патопсихологічної трансформації психотравмуючих обставин життя та під впливом порушень афективно-вольової сфери, тоді як Суд у пацієнтів з Гр2 ІмпСуд були спровоковані переважно впливом галюцинаторно-маячної симптоматики (насамперед, імперативних псевдогалюцинацій). Ці принципові розбіжності патогенезу та патодинаміки СрПв в групах обстежених хворих були підтверджені вперше проведенням аналізом особливостей мотиваційних установок реалізації Суд у хворих з різними видами ПсРШфС. Вперше було виокремлено КМТ в групах обстежених пацієнтів щодо мотивації Суд та збереження проявів СрПв, таких як суїцидальні інтенції та думки. В Гр1 ПостСрПв було виділено тривожний, демонстративний, самостигматизуючий, конфліктний КМТ, тоді як в Гр2 ІмпСуд: імперативний, маячний та депресивний.

За результатами проведеного дисертаційного дослідження вперше розроблено та апробовано алгоритм КТРЗ для пацієнтів з різними видами ПсРШфС, котрі здійснили Суд. КТРЗ складався з діагностичного, стаціонарного та амбулаторного етапів, а також терапевтичного та реабілітаційного компонентів.

Практичне значення отриманих результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання спеціалізованої медичної допомоги та проведення реабілітаційних заходів пацієнтам з ПсРШфС з проявами СрПв.

На основі дослідження особливостей патогенезу та патодинаміки СрПв у пацієнтів з різними видами ПсРШфС, котрі здійснили Суд, було розроблено та апробовано КТРЗ для цих хворих. Застосування КТРЗ за створеним алгоритмом дозволить фахівцям галузі охорони здоров'я (лікарям-психіатрам та психотерапевтам) надавати своєчасну та якісну поетапну допомогу хворим з ПсРШфС, попереджувати рецидиви шизофренічного процесу, психотичних епізодів у хворих на ШаР та станів реактивної декомпенсації при ШтР за рахунок формування комплайєнсу з дотриманням лікарських рекомендацій на етапах стабілізуючої та підтримуючої терапії, набуття знань щодо клінічних проявів та

особливостей перебігу різних видів ПсРШфС, завдяки участі в психоосвітній програмі, а також формування чи покращення конструктивних навичок спілкування та адаптивної соціальної поведінки, що буде сприяти покращенню їх соціального функціонування (СФ), поліпшенню якості життя в цьому контингенті хворих та запобігати виникненню в них повторних епізодів СрПв.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги та проведенням психокорекційної роботи хворим на ПсРШфС, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів з психіатрії на етапах до- та післядипломної освіти. Результати дослідження впроваджено в практику роботи КНП КЛ «Психіатрія в м. Київ, КНП БМР «Білоцерківська міська лікарня №4», КНП «Херсонський міський психіатричний центр». Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології і кафедрі загальної, дитячої, судової психіатрії та наркології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика,

Особистий внесок здобувача. Наукова робота є самостійним дослідженням, виконаним на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології НУОЗ України імені П. Л. Шупика під керівництвом доктора медичних наук, професора Г.Я. Пилягіної. Автор самостійно провів патентно-інформаційний пошук із аналізом вітчизняної та зарубіжної літератури із заданої тематики, разом з науковим керівником сформулював мету та завдання дослідження, провів всі необхідні методи дослідження, самостійно провів статистичну обробку результатів дослідження. Одноосібно проведено аналіз та узагальнення основних результатів дослідження, оформлені наукові висновки та розроблено практичні рекомендації.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 8 наукових праць: 1 стаття опублікована у закордонному науковому фаховому виданні, включеного до міжнародних наукометричних баз даних Scopus; 1 стаття опублікована в науковому фаховому виданні України, включеного до міжнародних

наукометричних баз даних Web of Science; 2 статті опубліковані у фахових виданнях України.

Апробація результатів дослідження. Основні наукові положення дисертації були представлені та обговорені на таких конференціях: доповідь на VIII міжнародна науково-практична он-лайн конференція «Психіатрія XXI століття: глобальний вплив на сучасне суспільство та наукові практики на місцях» 25-27.11.2020. Стендова доповідь в матеріалах 31st World Congress organized by the International Association for Suicide Prevention. Англomовна доповідь на The Third Research and Leadership Skills Course for Early Career Mental Health Specialists and Students організованою Ukrainian Association of Psychiatrists in collaboration with UNA Partnership. Диплом I ступеня за доповідь на всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених присвяченій Дню науки «Інтеграція здобутків молодих учених-медиків та фармацевтів в міжнародний науковий простір: сьогодення та перспективи» (16-17.05.2019р., Київ). Доповідь на всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «YOUNG SCIENCE 2.0» для молодих учених-медиків та фармацевтів.(19 лютого 2020 року). Диплом III ступеня за доповідь на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Young science 3.0» (в онлайн режимі) (м. київ, 26 березня 2021 року) та диплом III ступеня за доповідь на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Young science 4.0» (для молодих вчених) 30 травня 2022 року м. Київ, Україна.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена на 189 сторінках друкованого тексту, складається з анотації, переліку умовних позначень, вступу, аналітичного огляду літератури, опису дизайну, матеріалів та методів дослідження, 2 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних літературних джерел, 1 додатків. Роботу ілюстровано 24 таблицями та 1 рисунком. Список літератури містить 135 джерел.

РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ

1.1 Психотичні розлади шизофренічного спектру

Шизофренія (Шф) зустрічається в різних популяціях зі схожою частотою [8,9], поширеністю близько 1% [10] і, наскільки доступні архівні дані, без значних вікових змін у захворюваності [11]. Це свідчить про давнє походження розладу. На сьогоднішній день на Шф припадає щонайменше 2,3% глобального тягара хвороб та інвалідності, проте в усьому світі велика частка людей, які страждають на цей розлад, все ще залишаються без лікування [12]. Існує консенсус щодо того, що Шф є складним психічним розладом зі змінними фенотипічними ознаками і погано вивченою багатофакторною етіологією, що включає значний, але, ймовірно, гетерогенний генетичний фактор.

Концепція Шф як хвороби з'явилася відносно недавно, порівняно з психічними розладами, відомими з античності, такими як меланхолія, манія або "божевілля". Лише до середини ХІХ століття європейські психіатри почали виокремлювати з масиву "божевілля" особливий розлад з невідомою причиною, що зазвичай вражає молодих людей і часто прогресує до хронічного погіршення стану. У Франції Морель [13] називав такі випадки "demensergerose", а в Шотландії Клаустон [14] ввів термін "підліткове божевілля". У Німеччині Kahlbaum [15] виділив кататонічний синдром, а його учень Hecker [16] описав гебефренію. Однак, це було до Еміля Крепеліна (1856-1926), який об'єднав ці досить різноманітні клінічні картини в єдину нозологічну одиницю під назвою dementia praecox [17] на основі своїх систематичних спостережень за великою кількістю клінічних випадків, що мали різні перехресні ознаки, але зазвичай мали тенденцію до прогресування, яка в кінцевому підсумку призводила до когнітивного та поведінкового зниження.

Крепелін визнавав різноманітність клінічних картин, які об'єднує деменція прекокс, і сформулював дев'ять різних "клінічних форм". Він підкреслив, що "ми

всюди зустрічаємося з однаковими фундаментальними порушеннями”’. Еуген Блейлер (1857-1939) модифікував оригінальну концепцію Крепеліна, додавши до обсягу dementia praecox клінічні захворювання, які не еволюціонували до "термінального стану", який Крепелін вважав відмінною рисою хвороби. Запропонувавши термін шизофренія замість dementia praecox, Bleuler [18] стверджував, що шизофренія "не є хворобою в строгому сенсі, але представляє собою групу хвороб ... Тому ми повинні говорити про шизофренії у множині".

У клінічній традиції, що бере свій початок від Верніке та Клейста, які запропонували групувати психотичні захворювання на основі передбачуваної локалізованої церебральної дисфункції, Карл Леонгард (1904-88) [19] розробив детальну класифікацію "ендогенних" психозів, яка суттєво відрізнялася від крепелінської та блейлерівської нозології. Леонгард визначив чітко окреслені категорії захворювань на основі детальної психопатології, яка підкреслювала об'єктивні ознаки, а також сімейний анамнез. Неафективні психози були розділені на "систематичні" та "несистематичні" форми Шф, а також третю групу "циклоїдних” психозів, кожна з яких містила додаткові підтипи. У той час як "несистематичні" Шф вважалися переважно генетичними, спадкові фактори відігравали другорядну роль у циклоїдних психозах і “систематичних” Шф, які вважалися екзогенно детермінованими. Класифікація Леонгарда не розширювала і не звужувала межі Шф, але по-іншому окреслила спектр Шф.

Протягом наступних кількох десятиліть зростало усвідомлення того, що шШф дійсно є широкою групою клінічно гетерогенних розладів. Рядом дослідників були запропоновані субнозологічні відмінності, засновані на поєднанні критеріїв, які включали симптоматику, перебіг або передбачувану етіологію (табл. 1.1) [20,21,22,23,24,25].

Спостереження, що серед біологічних родичів осіб з клінічною Шф часто зустрічаються різні розлади, підтверджується епідеміологічними та сімейними дослідженнями, які вказують на те, що генетична схильність до Шф є схожою зі схильністю на інші споріднені синдроми [26,27]. Найпомітнішим серед цих синдромів є шизотиповий розлад(ШТР).

Посткрепелінівські та постблелерівські підтипи та дихотомії

Підтипи шизофренії	Описові характеристики
Шизоафективний розлад	Гострий початок галюцинацій і марення, що супроводжується виразними і помітними маніакальними або депресивними симптомами
Шизофреноформні психози	Випадки, спочатку діагностовані як шизофренія, але без таких ознак, як афективне згладжування, аутистична абстиненція, порушення волі та хронічний перебіг
Процес / непроцесуальна шизофренія	Процес: інтровертна преморбідна особистість, підступний початок, афективне притуплення, первинне марення (часто химерне), соматичне марення.
	Без процесу: екстравертна преморбідна особистість, відсутність поступових змін особистості, гострий початок з вираженим збудженням, піднесенням, тривогою або депресією, добрий прогноз
Параноїк. Непараноїдальний	Параноїдальний: пізній вік початку, добре організований марення або галюцинації, відсутність афективні зміни.
	Непараноїдний: більш ранній вік початку, плоский або неадекватний афект, формальний розлад мислення, гірший прогноз
Позитивно-негативна шизофренія ("Тип I" і "Тип II")	Тип I: позитивні симптоми (галюцинації, марення, формальний розлад мислення).
	Тип II: негативні симптоми (соціальна замкнутість, втрата волі, афективна сплюсненість, бідність мови)
Дефіцит-недефіцит шизофренія	Підтип дефіциту: тривалий первинний від'ємний симптоми, які не можна пояснити як наслідки депресії або іншої психопатології

Термін "шизотипія", введений Радо [28] і Мелом [29], відноситься до особистості, яка характеризується ангедонією, амбівалентністю, проблемами з міжособистісними зв'язками, спотворенням образу тіла, когнітивним проблемами, а також сенсорними, кінестетичними або вестибулярними відхиленнями. Чепмен та ін. [30] розробили шкали для вимірювання аберацій сприйняття та "магічного мислення" як ознак, що прогнозують "схильність до психозу". Пізніше ці конструкти були включені в категорію шизотипового розладу особистості в DSM-III. Часте виникнення ШТР серед родичів першого

ступеня спорідненості хворих на Шф було відтворено в епідеміологічному дослідженні Roscommon [31], яке додало до спектру шизофренії інші розлади, що косягуються в сім'ях. Отриманий континуум включає (I) "типову" шизофренію; (II) шизотипові та параноїдні розлади особистості; (III) шизоафективний розлад(ШАР) депресивного типу; (IV) інші неафективні психотичні розлади (шизофреніформний, атиповий психоз); і (V) психотичні афективні розлади. Дані сімейного та близнюкового аналізу свідчать про те, що прояви ШтР поділяються на два генетично окремі кластери: "негативний" кластер (дивна мова та поведінка, неадекватний афект і соціальна замкнутість), більш поширений серед родичів хворих на Шф, і "позитивний" кластер (магічні ідеї, короткі квазіпсихотичні епізоди), пов'язаний з підвищеною частотою афективних розладів у родичів.

Шф в DSM-IV [32], і МКХ-10 [33]. Хоча і DSM-IV, і МКХ-10 широко розглядаються як авторитетні документи, що надають науково обґрунтовані визначення та діагнози психічних розладів, вони розвивалися в різних контекстах і спрямовані на частково співпадаючі, але різні групи населення. Основною концепцією, що лежить в основі класифікації психозів Крепеліна, була сутність хвороби, яка постулює тісний зв'язок між клінічними симптомами, довготривалим перебігом і результатом. Незважаючи на десятиліття клінічних, неврологічних і генетичних досліджень, критерії валідазації нозологічної сутності Шф до сьогоднішнього дня залишаються, по суті, обмеженими внутрішньою узгодженістю клінічної картини, закономірностями перебігу та наслідків. Існують як подібності, так і відмінності в тому, як обидві класифікації визначають Шф. У той час як МКХ-10 чітко визнає Шф як групу розладів, критерії DSM-IV імпліцитно пропонують унітарний погляд на розлад. Однак обидва набори критеріїв включають (I) характерні симптоми, присутні в перетині клінічної картини, диференційовано зважені за діагностичною значущістю ("принаймні один..." або "два або більше..."); (II) тривалість симптомів, необхідну для достовірного встановлення діагнозу; і (III) прогресивний характер перебігу. Хоча обидві системи вимагають персистенції діагностичних симптомів

"активної фази" принаймні протягом одного місяця, МКХ-10 робить більший акцент на наявності симптомів першого рангу за Шнайдером. Важливою відмінністю є вимога DSM-IV щодо наявності - тривалість будь-яких розладів (включаючи продромальну та резидуальну симптоматику) не менше шести місяців для впевненого діагнозу, а випадки меншої тривалості - для діагнозу шизофренічного розладу, який може бути переглянутий на більш пізньому етапі. Період у чотири тижні вважається в МКХ-10 достатнім для усунення більшості гострих, нешизофренічних психотичних епізодів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Ще одна відмінність між двома класифікаціями пов'язана з Критерієм В DSM-IV, який вимагає наявності значної соціальної або професійної дисфункції як частини визначення Шф. На відміну від цього, чіткий принцип, що застосовується до всіх діагнозів МКХ-10, полягає в тому, що соціальне та професійне функціонування залежить від контексту, а не є інваріантним атрибутом клінічного синдрому. Загалом передбачається, хоча і не доведено емпірично, що критерії DSM-IV щодо шестимісячної тривалості та соціальної/професійної дисфункції, як правило, відбирають випадки більш тяжкого або хронічного захворювання, ніж критерії МКХ-10.

У МКХ-11 [34] група Шф та інших первинно психотичних розладів замінила групу шизофренії, шизотипових і маячних розладів з МКХ-10. Термін "первинний" вказує на те, що психотичні процеси є основною ознакою, на відміну від психотичних симптомів, які можуть виникати як аспект інших форм психопатології (наприклад, розладів настрою).

У МКХ-11 симптоми Шф практично не змінилися порівняно з МКХ-10, хоча важливість симптомів першого рангу Шнайдера була зменшена. Найбільш значущою зміною є усунення всіх підтипів Шф (параноїдного, гебефренічного, кататонічного тощо) через відсутність у них прогностичної достовірності або користі у виборі лікування. Натомість підтипів було введено дименсії. До них належать: позитивні симптоми (марення, галюцинації, дезорганізоване мислення і поведінка, явища психічного автоматизму); негативні симптоми (притуплений або сплосчений афект, алалія або збідніння мови, абулія, ангедонія); симптоми

депресивного настрою; симптоми маніакального настрою; психомоторні симптоми (психомоторне збудження, психомоторна загальмованість, кататонічні симптоми); когнітивні симптоми (зокрема, дефіцит швидкості опрацювання інформації, уваги/концентрації, орієнтації, судження, абстракції, словесного або візуального навчання та робочої пам'яті). Ці ж шкали симптомів можуть застосовуватися до інших розладів у групі (ШАР, ГППсР, маячний розлад).

Для діагностики ШАР в МКХ-11, як і раніше, необхідно, щоб критерії Шф та епізод розладу настрою були присутні одночасно. Цей діагноз призначений для кваліфікації поточного епізоду хворобливого стану і не розглядається як стійкий тривалий час.

У МКХ-11 ГППсР характеризується раптовим початком позитивних психотичних симптомів, що швидко змінюються за своїм виглядом та інтенсивністю протягом короткого періоду часу і зберігаються не більше трьох місяців. Це відповідає тільки "поліморфній" формі гострого психотичного розладу в МКХ-10, яка є найпоширенішою формою, і не вказує на Шф. Неполіморфні підтипи гострого психотичного розладу (МКХ-10) були виключені і замість цього будуть класифіковані в МКХ-11 як "інші первинні психотичні розлади". Як і в МКХ-10, ШТР класифікується в цій групі і не вважається розладом особистості.

1.2 Характеристика якості життя хворих на психотичні розлади шифофренічного спектру з проявами саморуйнівної поведінки.

В теперішній час в медичній практиці використовується поняття «якості життя», яке пов'язано зі здоров'ям та відображає групи критеріїв, що характеризують його стан, а саме: фізичних, психічних та соціальних. Саме якість життя розглядається, як інтегральна характеристика, на яку потрібно орієнтуватися оцінюючи ефективність терапії та реабілітації пацієнтів.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає якість життя, як «сприйняття людьми свого місця в житті в контексті культуральних і ціннісних орієнтацій та у відповідності до їх особистісних цілей, сподівань, стандартів та турбот [35].

Шф, яка є хронічним психічним захворюванням, призводить до різного ступеня проявів психічних та фізичних порушень; соціальної та професійної дезадаптації людей, що страждають на дану патологію [36].

Основний комплекс факторів, що впливають на якість життя даного контингенту, лежить у царині сімейних відносин та матеріально – побутових ситуацій [37]. Таким чином, значним чинником є структура внутрішньородинних стосунків [38]

Велика кількість вчених у своїх дослідженнях відзначають істотне значення у СФ афективної симптоматики [34]; тривоги [39]; параноїдної симптоматики [40] та дефіцитарних станів [41].

За даними результатів досліджень психопатологічна симптоматика впливає на якість життя, безпосередньо змінюючи відчуття емоційного комфорту пацієнта, змінюючи сприйняття хворим свого фізичного здоров'я та функціонування, чим спричиняє порушення соціальної адаптації [42].

У наукових працях останнього десятиріччя все частіше відзначається, що низька якість життя пацієнтів з ПсРШФС, обумовлюється не тільки психопатологічною структурою синдрому, а й соціально – демографічними та лікувально – реабілітаційними факторами. Це особливо чітко відзначається під час аналізу скоєння суїцидальних спроб та СрПв.

Суїцидологія як наука сформувалася на рубежі 50-х років 20 століття і об'єднала в вивченні суїцидальної поведінки ряд суміжних наукових дисциплін (психіатрію, психологію, соціологію, педагогіку, юриспруденцію) і має власний об'єкт, предмет дослідження, а також теоретичний, термінологічний і методичний апарат. Одним із засновників суїцидології, як науки, вважається Еміль Дюркгайм. В своїй роботі «Самоубийство. Соціологический этюд» він дає таке визначення терміну самогубство – самогубством називається кожен

смертний випадок, який безпосередньо або опосередковано є результатом позитивного або негативного вчинку, скоєного самим потерпілим, якщо цей останній знав про очікуваний результат [43]. Надалі, суїцидологія активно розвивалася і, разом з цим, змінювалася і термінологія. Блейхер В.М. дав визначення, яке близьке до сучасного - суїцидальність та суїцидальна поведінка означає комплекс дій, що призводять до добровільного позбавлення індивідом себе життя [44].

Більш сучасне визначення самогубства звучить як – «усвідомлені навмисні дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя і які призвели до смерті. Є реалізацією бажаних змін з урахуванням знання про можливість досягнення смерті таким чином і очікуванням смертельного результату в результаті подібних дій. У ставленні до психічно хворим, що страждають ендогенно-процесуальними захворюваннями (Шф, маніакально-депресивний психоз), цей термін може бути застосований тільки в тому випадку, якщо хворий, здійснюючи самогубство, міг віддавати собі звіт про здійснювані дії і керувати ними (наприклад, в стані ремісії)» [4]. Важливим уточненням з даного визначення є те, що відносно психічно хворих людей, які страждають на ПсРШФС, цей термін може бути справедливим далеко не завжди.

СрПв у осіб з розладами психіки є розповсюдженою медичною проблемою з якою у повсякденній практиці стикаються, як безпосередньо лікарі – психіатри, так і широке коло спеціалістів інших клінічних спеціальностей. На жаль, поряд з великою кількістю праць, присвячених проблемі суїциду, у спеціальній вітчизняній літературі, практично не приділяється уваги СрПв, а короткі відомості, які існують, розчиняються в інформації з приводу феномену суїциду [45].

Саморуїнуюча поведінка є більш широким терміном і означає різні форми поведінки людини, метою яких не є добровільна смерть, але які ведуть до соціальної, психологічної та фізичної дезадаптації, деградації особистості. Результатом саморуїнуючої поведінки може бути як навмисне, так і ненавмисне нанесення шкоди своєму психічному і фізичному здоров'ю, аж до

його смерті. Різновидами саморуйнуючої поведінки є такі захворювання як алкоголізм, наркоманії, токсикоманії; а також невиправданий ризик; асоціальна, деліквентна поведінка; анозогнозична поведінка при наявності небезпечної для життя соматичної патології, органічні психічні розлади. Щодо останніх, СрПв зазвичай виникає у осіб з органічним маячним, тривожним розладами, а також у пацієнтів з органічним розладом особистості; будь-які інші навмисні (або неусвідомлені) дії, що ведуть до руйнування фізичного або психічного здоров'я. Самогубство є крайньою формою саморуйнуючої поведінки [3]. Одним з творців концепції саморуйнуючої поведінки вважається Н. Фарбероу. Н. Фарбероу представив світу чимало наукових відкриттів та спостережень. Одним з результатів його роботи, був опис непрямой самруйнівнуючої поведінки [46, 47]. Спостерігаючи за пацієнтами центру він описав широкий діапазон варіантів непрямой самруйнуючої поведінки, починаючи від «легкої до крайньої, від легкого куріння до нехтуванням медичними рекомендаціями і т.д.» [48] Файбероу вважав цю частину роботи невід'ємною для розуміння континууму станів саморуйнівной поведінки, який він ретельно досліджував і задокументував у книзі під назвою «Багато обличь самогубства». [49,50]

К. Менінгер, в своїх наукових працях, дослідив та вивів поняття «самрууючого стилю життя» (self-destructive lifestyle) та суїцидальна тріада. Суїцидальна тріада - це прагнення (бажання) вбити, бути вбитим, накласти на себе руки. Формується на основі конфлікту інстинктів самозбереження і саморуйнування. На основі поняття тріади було виведене поняття «саморуйнуючого стилю життя», яке описувало прояви саморуйнуючої поведінки, коли бажання вбити було розвернуте на самого себе, проявлялося з більш складною мотивацією, яка посилює тенденцію до саморуйнування, але забороняє безпосередню реалізацію самруйнуючих дій [51]. До проявів «самруйнуючого стилю життя» К.Мейнерт, насамперед відносив куріння, алкоголізм та залежність від психоактивних речовин. В російськомовній

літературі еквівалентами даному терміну були «хроническое самоубийство» або «перманентный суицид» [52].

Варто також розглянути такий термін як суїцидальна спроба. Тракткування даного терміну відрізняється в російськомовній психіатрії та англкомовній. Згідно з глосарієм суїцидологічних термінів суїцидальна спроба - це усвідомлені навмисні дії, спрямовані на позбавлення себе життя і націлені на реалізацію бажаних суб'єктом змін за рахунок фізичних наслідків, але не завершених смертю. Тоді як в англкомовній літературі еквівалентом цього терміну є поняття умисного самоушкодження, умисного самоотруєння, що вживаються в контексті здійснення спроби самогубства, яка не закінчилася смертю суїцидента [4]. Згідно публікації ВООЗ «Глобальний імператив. Запобігання самогубств» термін суїцидальна спроба використовується для позначення будь-якого виду спочатку нелетальної суїцидальної поведінки і відноситься до навмисного самоотруєння, нанесеної самому собі травми або іншому самоушкодження, які можуть мати або не мати летального наміру або результату [53]. Отже, потрібно враховувати різницю в трактуванні цього поняття при аналізі англкомовної літератури в даній сфері.

На теренах радянського простору вивченням аспектів саморуйнуючої поведінки займалося багато видатних вчених, серед яких можна виділити праці Амбрумової А.Г., Тихоненко В.А., Трайніна Е.Г., Ратинова Н.А. та ін. Вивчаючи дану проблему, було введено термін суїцидальна поведінка, що означає будь-які зовнішні та внутрішні форми психічних актів, які направлені уявленнями про позбавлення себе життя [54].

Згідно даної концепції форми суїцидальної поведінки поділяють на зовнішні та внутрішні. Де зовнішні форми включають в себе суїцидальні спроби та завершені суїциди, а внутрішні - суїцидальні думки, фантазії і суїцидальні тенденції (зовнішні і внутрішні).

Систематика саморуйнуючих (аутоагресивних) дій заснована на принципі їх зв'язку з наявністю чи відсутністю свідомих намірів завершення власного життя. Саморуйнуючу поведінку розділяють на дві групи [55, 56]:

1. Саморуйнуюча поведінка з усвідомленими діями, спрямованими на добровільне позбавлення себе життя. До цієї групи включають суїциди та парасуїциди.

2. Саморуйнуючі форми поведінки, метою яких не є позбавлення себе життя. До цієї групи відносять наступні варіанти аутоагресивних дій:

- суїцидальні еквіваленти і аутодеструктивну поведінку: неусвідомлені дії (іноді навмисні вчинки), метою яких не є добровільне позбавлення себе життя, але які ведуть до фізичному (психічному) саморуйнуванню або до самознищення;
- несуйцидальну аутоагресивну поведінку: різні форми навмисних самоушкоджень (самоотруєнь), метою яких не є добровільна смерть або реалізація яких свідомо безпечна для життя [57].

В даній концепції також виділені медичні фактори ризику суїциду. До них відносяться соматична та психічна патологія. Для нашого дослідження більшу цікавість має такий фактор, як психічна патологія, тобто психічні розлади. Згідно концепції різні психічні розлади по різному впливають на суїцидальний ризик. Стосовно пацієнтів, які входять до нашого дослідження, тобто пацієнтів з Шф вказано що, суїцидальна поведінка при Шф може бути обумовлено переважно психогенними реакціями у відповідь на несприятливі середовищні впливи;

- своєрідністю особистісних позицій і світоглядних установок хворих;
- психотичними розладами.

Варіанти перебігу суїцидальної поведінки при вищезгаданій патології розподіляються на 3:

- перший спостерігається при малопрогредієнтная перебігу процесу і в станах ремісій. Характерна відносна збереженість хворих, критичність, «откликаемость» на ситуацію. Суїцидальний ризик вище при астеничних і психопатоподібних типах ремісій. Причини і мотиви суїцидальних дій наближаються до таких у практично здорових осіб; переважають мотиви «втрати значущого іншого» і усвідомлення власної неспроможності в різних сферах діяльності.

- другий варіант суїцидальної поведінки спостерігається зазвичай при простій формі Шф зі змінами особистості, синдромом «метафізичної інтоксикації», аутистичного-песимістичним світоглядом, інакомисленням, дистимічні розладами; суїцидогенні конфлікти складаються в абстрактній, псевдореальності сфері; переважають депресивно забарвлені уявлення про безглуздість життя і безперспективності буття. При цьому варіанті в ряді випадків суїцидальний ризик оцінюється як хронічно високий (суїцидоманія).
- Третій, психотичний варіант суїцидальної поведінки зустрічається при гострому розвитку афективно-параноїдних і галюцинаторно-параноїдних нападів, в тому числі з імперативними вербальними галюцинаціями суїцидальної змісту [58].

З цих варіантів найбільшу значимість для нашого дослідження має третій. Так як він виокремлює в окрему групу хворих, які під час скоєння СрПв перебували під впливом гострих психотичних переживань і могли до кінця не усвідомлювати наслідки своїх дій.

Більш докладно та ґрунтовно виділення даної групи хворих описано в системній структурно – динамічній моделі діагностики саморуйнівної поведінки (СрПв) Пилягіної Г.Я [59]. Автор дає визначення терміну саморуйнівна поведінка, як континууму різноманітних аутоагресивних та аутодеструктивних проявів від мінімальних, з точки зору небезпеки для здоров'я людини, до вкрай небезпечних для життя і таких, які різко укорочують життя людини. Дана модель має структурну та динамічну частини. Структурна частина включає в себе види, форми та клініко - патогенетичні типи СрПв.

Вид СрПв - це його певний варіант, цілісний і специфічний в причинності (мотиваційній основі), спрямованості мотивів, феноменології (клінічної маніфестації), патогенетичній динаміці, прогнозі подальшого розвитку і результаті. Види СрПв підрозділяються на аутоагресивну поведінку та аутодеструктивну (самопошкоджуючу) поведінку. В свою чергу аутоагресивна

поведінка розділяється на непатологічну і патологічну, а аутодеструктивна на несуйцидальний, суйцидальний та психотичний варіант.

Континуум динамічної прогресивності видів СрПв можна описати такою послідовністю його видів: непатологічний варіант аутоагресивної поведінки → патологічний варіант аутоагресивної поведінки → несуйцидальний варіант аутодеструктивної поведінки → суйцидальний варіант аутодеструктивної поведінки → психотичний варіант аутодеструктивної поведінки. В даній моделі психотичний варіант аутодеструктивної поведінки є особливим варіантом притаманним лише пацієнтам з психотичними розладами.

Психотичний варіант аутодеструктивної поведінки - специфічний підвид СрПв, формування якого обумовлено психотичними розладами, включаючи важкі органічні розлади ЦНС. Його основним диференційно-діагностичним критерієм є стан психозу, який виявляється у пацієнта, і детерменіровані їм різноманітні аутодеструктивні феномени. Психотичний варіант відноситься до аутодеструктивної поведінки, а не до аутоагресивної також в тих випадках, коли у пацієнтів відсутня безпосередня реалізація самопошкоджуючої дії або вони висказують аутодеструктивні або суйцидальні ідеї, так як глибина патологізація психічно у таких осіб сама по собі має вкрай ушкоджуючий характер для психіки людини. Аутодеструктивні прояви у пацієнтів, що мають суйцидальні переживання, що висловлюють суйцидальні ідеї та знаходяться в стані психозу, що не тотожні суйцидальній поведінці, тому що така поведінкова активність не має істинно суйцидальної мотивації, незважаючи на явну небезпеку для здоров'я і високий або максимальний рівень аутодеструктивного потенціалу. А самопошкоджуючі дії, здійснювані суйцидентом під впливом психотичних переживань, не можуть бути розцінені як суйцидальні дії, так як не є усвідомленими і добровільними. Тому такий підвид СрПв кваліфікується як психотичний варіант аутодеструктивної поведінки, і основним критерієм його диференціювання з суйцидальною поведінкою є не суйцидальний характер переживань або висловлюваних ідей, а наявність психотичного стану у суйцидента.

Описуються форми СрПв, що включають зовнішні, внутрішні та еквівалентні.

Також, структурна частина включає клініко – патогенетичні типи СрПв. Цей термін означає діагностуючу сукупність феноменів саморуйнівної активності в актуальному стані пацієнта, які клінічно спостерігаються. До клініко – патогенетичних типів входять суїцидальний, парасуїцидальний, псевдосуїцидальний та асуїцидальний. Найважливішим для нашого дослідження є асуїцидальний тип, який виявляється лише у пацієнтів з психотичними (ендогенними чи екзогенними розладами) і при наявності продуктивної симптоматики (галюцинаторно – параноїдної чи афективно – параноїдної) чи синдромами порушення свідомості. Отже, ми бачимо, що згідно даної концепції прояви СрПв у пацієнтів з психотичними розладами не можна розглядати як істинну суїцидальну поведінку. Це слідує з того, що під час загострення психопатологічного стану пацієнти з вказаною патологією можуть не усвідомлювати своїх дій (а отже бажання позбавити себе життя не являється усвідомленим) через вплив психотичних переживань, а також добровільність цього рішення може бути під питанням через наявність в картині проявів психотичних розладів, таких галюцинаторних розладів як вербальні(наказові) псевдогалюцинації. Отже ми можемо говорити про групу пацієнтів, які виявляють прояви СрПв лише під час загострення психопатологічної симптоматики.

Виходячи з даних літератури [59, 55] можна припустити, що прояви СрПв відрізняються у пацієнтів з психотичними розладами. Крім вищезгаданої групи можна також говорити про пацієнтів, які мають прояви СрПв не лише під час загострення психопатологічної симптоматики, а й у періоди ремісії. Можна відмітити, що СрПв відрізняється у пацієнтів психотичного регістру в гострому стані і в стані ремісії. Під час загострення стану СрПв цих пацієнтів обумовлена характером власне психотичних переживань і характеризується особливою брутальністю і витонченістю. Саме тоді, найчастіше трапляються самоампутації,

самокастрації, енуклеація очей. У той час коли у періоди ремісії, СрПв відображає зміни в особистості, які спричинила хвороба [7].

Аналізуючи світові дані щодо прояві СрПв ми виявили що смертність внаслідок суїцидів перевершує щорічні світові показники смертності від вбивств і військових конфліктів [60]. Ще більше високою є частота суїцидальних спроб, що в 10-20 разів перевищує частоту завершених суїцидів. У літературі цей феномен отримав назву «феномена айсберга», де завершені суїциди – це лише його верхівка, а суїцидальні спроби - підводна частина. При цьому тільки один з чотирьох випадків суїцидальних спроб призводить до контакту з професійною системою охорони здоров'я і може бути врахований в статистичних даних [61].

В свою чергу дослідниками виділяються фактори ризику виникнення самогубств. Найчастіше до них відносяться – психічні розлади, агресію, імпульсивність, попередні спроби самогубства, суїцидальна історія в сім'ї, сімейні проблеми, соціальна ізоляція, проблеми на роботі та серйозні соматичні захворювання [62, 63, 64, 65, 66, 67]. За даними інших дослідників до 90% від людей, що скоїли самогубство мали той чи інший психічний розлад [68, 69, 70, 71, 72, 73] та ризик скоєння самогубства у людей з психічними захворюваннями в 35 разів вищий, ніж в загальній популяції [74]. Вважається, що наявність психічного розладу є одним з факторів, які найчастіше асоціюються з ризиком самогубства [75, 76].

В той же час, за даними досліджень, пацієнти які скоїли самогубства в умовах загальносоматичних стаціонарів, частіше мали психічні розлади невротичного регістру, що були пов'язані зі стресом та розлади особистості, тоді як переважна більшість пацієнтів, що скоювали самогубства в психіатричних стаціонарах мали ПсРШФС та афективні розлади [77, 78, 79, 80, 81, 82].

Останнім часом в дослідженнях описується вплив такого фактора як деморалізація на прояви СрПв[83]. Деморалізація визначається такими факторами як безнадія і безпорадність і пояснюється втратою мети і сенсу в житті. Деморалізацію вивчали і описували в свій час такі вчені як Д. Френк [84], І. Ялом [85], Робінсон та ін [86]. Недавнє визначення деморалізації було

запропоновано Д. Кіссаном і Д. Кларком [87, 88] на початку 2000-них років. Деморалізація була визначена як клінічна одиниця, що характеризується такими симптомами, як екзистенціальна криза, безнадійність, втрата сенсу і мети в житті, відчуття того, що ти в пастці, постійних особистісних невдач, і неможливістю справитися з цими симптомами. Д. Кіссан зосередився на визначенні деморалізації як предиктивної змінної для суїцидальних думок у невиліковно хворих пацієнтів [89]. Д. Кіссан описав деморалізацію як «ненормальну відповідь», яка характеризується за двома ключовими аспектами: втрата сенсу в житті і втрата надії. З огляду на те, що безнадійність являється одним з найбільш важливих предикторів ризику самогубства, пацієнти з синдромом деморалізації можуть мати більш високий ризик самогубства, ніж у пацієнтів без синдрому деморалізації [90]. Існують спірні питання щодо деморалізації, як синдрому. Категоризація деморалізація як «ненормальної відповіді» зазнала критики з боку різних авторів, [91, 92, 93]. Крім того, основне протиріччя полягає в тому, чи є деморалізація являє собою синдром окремий від депресії [94, 95, 96], але нас цей синдром більше цікавить з іншої точки зору. Хоча деморалізація може проявлятися у відповідь на сильний стрес, велика частина література говорить про деморалізацію, як розлад який характерний для людей в термінальних стадіях захворювань або у осіб з важкою інвалідизуючою хворобою [97, 98], але існують дослідження які зосереджені на впливі деморалізації на психіатричних пацієнтів, таких наприклад як пацієнти з Шф [99]. Безнадія та соціальна ізоляція є важливими факторами ризику самогубства у осіб з Шф. Серед цих факторів безнадійність має великий вплив на ризик суїциду у цих пацієнтів. Більш високі рівні безнадійності, незалежно від наявності депресивних симптомів, являлися предикторами погіршення короткострокових результатів терапії і нижчого рівня СФ, які вважаються важливим фактором ризику суїцидальної поведінки [100]. Більш того, в період після виписки з лікарні пацієнти з Шф зазвичай відчувають безнадійність і деморалізацію, що збільшує ризик самогубства. У періоди ремісії, коли прояви психопатологічної симптоматики куповані, може з'явитися високий рівень

критики до свого стану та різке усвідомлення наявності психічної хвороби. В цей момент їх очікування різко контрастують зі зниженням рівня функціонування, що приводить до почуття неадекватності, депресії та безнадії. Це дозволяє припустити, що безнадійність і більш глибоке розуміння тяжкості свого стану пов'язані з поточним і довічним ризиком самогубство [101].

Р. Дрейк описав синдром деморалізації у осіб з Шф, в якій повторні загострення психотичних симптомів, погіршення рівня функціонування і не маячне усвідомлення наслідків хвороби може привести до відчуття безнадійності, депресії і, в кінцевому підсумку до самогубства [102].

Одним з важливих предикторів прояві СрПв є звичайно депресивні розлади у хворих на ПсРШфС. Під час досліджень було виявлено, що наявність депресивних розладів в анамнезі та наявний депресивний епізод асоціюється з проявами СрПв у пацієнтів з Шф, які перебувають як на амбулаторному, так і на стаціонарному лікуванні [103,]. Більше 50% пацієнтів, що здійснили завершені спроби самогубства мали діагностовані депресивні розлади [104] і наявність депресивної симптоматики у хворих на Шф може бути тригером до розвитку проявів СрПв [105].

Більшість досліджень виділяє одним з найважливіших факторів розвитку СрПв є наявність попередніх суїцидальних спроб [106]. Попередні спроби впливали на загальний ризик завершеного самогубство, під час перших 2 років після спроби самогубства [107]. В той же час, пацієнти з Шф схильні до самогубства більш смертельними та вичурними методами, ніж в загальній популяція [108].

1.3 Сучасні проблеми медико – соціальної реабілітації пацієнтів з психотичними розладами, які мають прояви саморуйнівної поведінки.

Однією з вагомих причин активного вивчення СрПв у світі є прогресуюче зростання частоти самоушкоджень, на жаль в межах України не проводилися відкриті епідеміологічні дослідження саме різних варіантів СрПв. Результатом

недостатньої обізнаності у проблемі диференціації форм самоушкоджень стає проблема прогнозування ризику повторних дій СрПв, оцінки їх походження та ролі в індивідуальній динаміці захворювання пацієнта, та неадекватного вибору медичного і психотерапевтичного втручання.

Проблеми медико – соціальної реабілітації осіб, які страждають на тяжкі психічні розлади з СрПв присвячена не велика кількість сучасних досліджень. Система медичних та немедичних заходів, спрямованих на часткове або повне відновлення біологічного та соціального статусів даного контингенту хворих, отримала своє підґрунтя лише протягом останніх десятиріч, а тому ще немає досить чітко сформульованих загальновизнаних засад.

В нашій країні реабілітаційні програми базувались згідно визначення медичної реабілітації експертів ВООЗ, в якій виокремлюють наступні рівні медико – біологічних та психосоціальних наслідків травми, які повинні бути враховані під час реабілітації: пошкодження є будь якою аномалією чи втратою анатомічних, фізіологічних, психологічних структур чи функцій, порушення життєдіяльності, яке виникає внаслідок пошкодження, втрата чи обмеження життєдіяльності таким чином в таких межах, які вважаються за нормальні для суспільства; соціальні обмеження, що з'являються внаслідок ушкодження та порушення життєдіяльності, обмеження та порушення для виконання людиною тієї соціальної ролі, яка вважається для неї нормальною.

Виділяють 3 етапи реабілітації психічно хворих, в тому числі і з СрПв.

Перший етап – відновлювальна терапія. Етап є спрямованим на попередження формування психічного дефекту та явищ «госпіталізму», ліквідацію або зменшення цих явищ, та подовження ремісій завдяки яким нівелюється і СрПв.

Другий етап - пристосування хворого до життя та праці за межами лікарні.

Третій етап – відновлення особистої та суспільної вартості хворого.

Фармакотерапія є основою надання допомоги тим, хто страждає на тяжкі психічні розлади. Дослідження багатьох вчених свідчать, що атипічні антипсихотики швидше, ніж традиційні нейролептики купують гостру

психотичну симптоматику та переважають щодо дії на негативну симптоматику [109]. і отже зменшує Суд у такого контингенту хворих [110,111].

Якщо терапія антипсихотичними препаратами може давати редукцію позитивних симптомів та СрПв і попередити рецидив психозу, психотерапевтична підтримка та тренінги методів копіngu допомагають пацієнтам адаптуватися до оточення, а сімейна та соціоперсональні заходи змінюють фактори середовища у відповідності до потреб пацієнта [118, 119].

Невід'ємною частиною сучасної комплексної психіатричної допомоги є психоосвіта. Дослідження багатьох вчених надають програмам психоосвіти великої ваги в системі психосоціальної реабілітації хворих та їх рідних [112, 113, 114]. За аналізом літератури пацієнтів шизофренічного спектру з СрПв підключення психоосвітніх програм до комплексу лікувально – реабілітаційних заходів недостатньо.

Ідеологія реабілітації задає напрям процесу психіатричної реабілітації, який виходить з того, що люди зі зниженими можливостями мають потребу в навичках та підтримці для того, щоб краще функціонувати у обрану ними середовищі. Процес психіатричної реабілітації складається з трьох фаз, які передбачають вироблення бажаних та необхідних навичок і типів підтримки, особливо це важливо для контингенту хворих шизофренічного спектру з СрПв. Ці фази містять: діагностичну фазу, фази планування та втручання [115].

Ретельне обстеження пацієнта та визначення його реабілітаційного діагнозу є тим підґрунтям, на якому базується подальша програма реабілітації. Реабілітаційний діагноз є діагностичним визначенням, що відображає індивідуальні особливості функціональної недостатності пацієнта, систему його особистих ресурсів, життєдіяльності, родинної та соціальної підтримки, яке використовується для адекватного та раціонального відбору психотерапевтичних заходів та психосоціальних методів реабілітації [116].

Аналіз та реальна політика в сфері лікування хворих з тяжкими психічними розладами свідчить про ускладнення надання такому контингенту реабілітаційної допомоги в зв'язку з ускладненням симптоматики психічних

захворювань, яка стає більш гострою та тяжкою і збільшенням кількості хворих, схильних до суїцидальних тенденцій та СрПв [117].

Тому, не викликає сумнівів, що розробка програм медико – соціальної реабілітації з урахуванням клініко – психопатологічних та соціально – психологічних особливостей хворих шизофренічного спектру і СрПв, дозволить підвищити ефективність лікування, нівелювати саморуйнуючі дії і тим самим покращити СФ та якість життя даного контингенту хворих.

Узагальнення розділу. Таким чином, на основі аналізу сучасних літературних даних можна виділити ряд актуальних питань подальшого вивчення особливостей СрПв у пацієнтів з ПсРШфС. Із огляду літератури ми бачимо, що суїцидальність у хворих на ПсРШфС має доволі високі значення і важливим може бути питання впливу СрПв, як більш широкого поняття, на перебіг основного психіатричного захворювання і як саме цей вплив може відображатися на загостренні і перебігу психотичної симптоматики. Було показано, що певні психологічні особливості пацієнтів з даною патологією, також мали вплив на загострення та перебіг психічного захворювання і важливо було б звернути увагу на те, які саме психологічні особливості впливають саме на групу досліджуваних нами пацієнтів. Все це може допомогти визначити мішені для покращення психофармакотерапевтичного та психотерапевтичного втручання та удосконалити процес реабілітації досліджуваної когорти пацієнтів

Результати, викладені в цьому розділі, опубліковані в таких наукових працях:

1. Boltivets S, Gonchar T, Cheliadyn Y, Bashynskiy O, Uralova L. (2021) Age dynamics of deviant behavior and mental pathology among patients with residual-organic neurosis-like disorders. *Bahrain Med Bull.*43(3),621-626.
2. Boltivets, S., Bashynskiy, O., & Zahariichuk, O. (2020). Socio-demographic characteristics of patients with schizophrenia, delusions of control, manifestations of self-destructive behavior and social malfunctioning who hospitalized forcibly and voluntarily. *Problems of Psychology in the 21st Century*, 14(1), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/20.14.27>

3. Boltivets SI, Bashynskyi OO and Zahariichuk OV (2022). The Future of Psychiatry: Psychohygiene and Overcoming Self-Destruction in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Ment Health Hum Resilience Int J*, 6(1).

РОЗДІЛ 2 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Другий розділ дисертаційного дослідження висвітлює питання розробки його дизайну, опису методів проведення експериментального вивчення пацієнтів, згідно мети й завдань дисертаційної роботи, а також загальної характеристики обстежених хворих.

2.1. Етапи та дизайн дослідження

В основу роботи покладено результати обстеження 112 пацієнтів з ПсРШФС у період з 2016 по 2022 рр., які перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях Комунального некомерційного підприємства клінічна лікарня «Психіатрія» у м. Києві.

В групу досліджуваних пацієнтів увійшли 55 чоловіків (49,1%) та 57 жінок (50,9%). Вік хворих становив від 18 до 50 років, середній вік усіх обстежених пацієнтів – $32,61 \pm 10,92$ роки: середній вік чоловіків – $34,23 \pm 11,17$ років, середній вік жінок – $30,77 \pm 10,49$ років.

Критеріями включення пацієнтів у дослідження були:

1. Наявність у пацієнта клінічних проявів ПсРШФС за критеріями міжнародної класифікації хвороб X-го перегляду (МКХ-10);
2. Наявність реалізації Суд, як маніфестних проявів СрПв, протягом хвороби (від 1 місяця до 5 років до моменту дослідження).
3. Письмова добровільна інформована згода на участь у дослідженні.

Критеріями виключення були:

1. Наявність вираженого дефекту внаслідок шизофренчного процесу (псевдорганічного або апато-абулічного, або шизофренічного слабоумства).
2. Наявність вираженого інтелектуально-мнестичного дефіциту внаслідок органічного ураження ЦНС, підтвердженого даними лабораторно-інструментальних методів дослідження.

4. Наявність тяжких соматичних захворювань.

5. Наявність в анамнезі відомостей про зловживання психоактивними речовинами (синдром залежності).

6. Недотримання пацієнтом режиму дослідження та відмова його від участі в дослідженні на будь-якому з його етапів.

Для досягнення мети й вирішення поставлених завдань дисертаційне дослідження проводилося з чіткою послідовністю його виконання у декілька етапів, котрі представлені у рис.1.

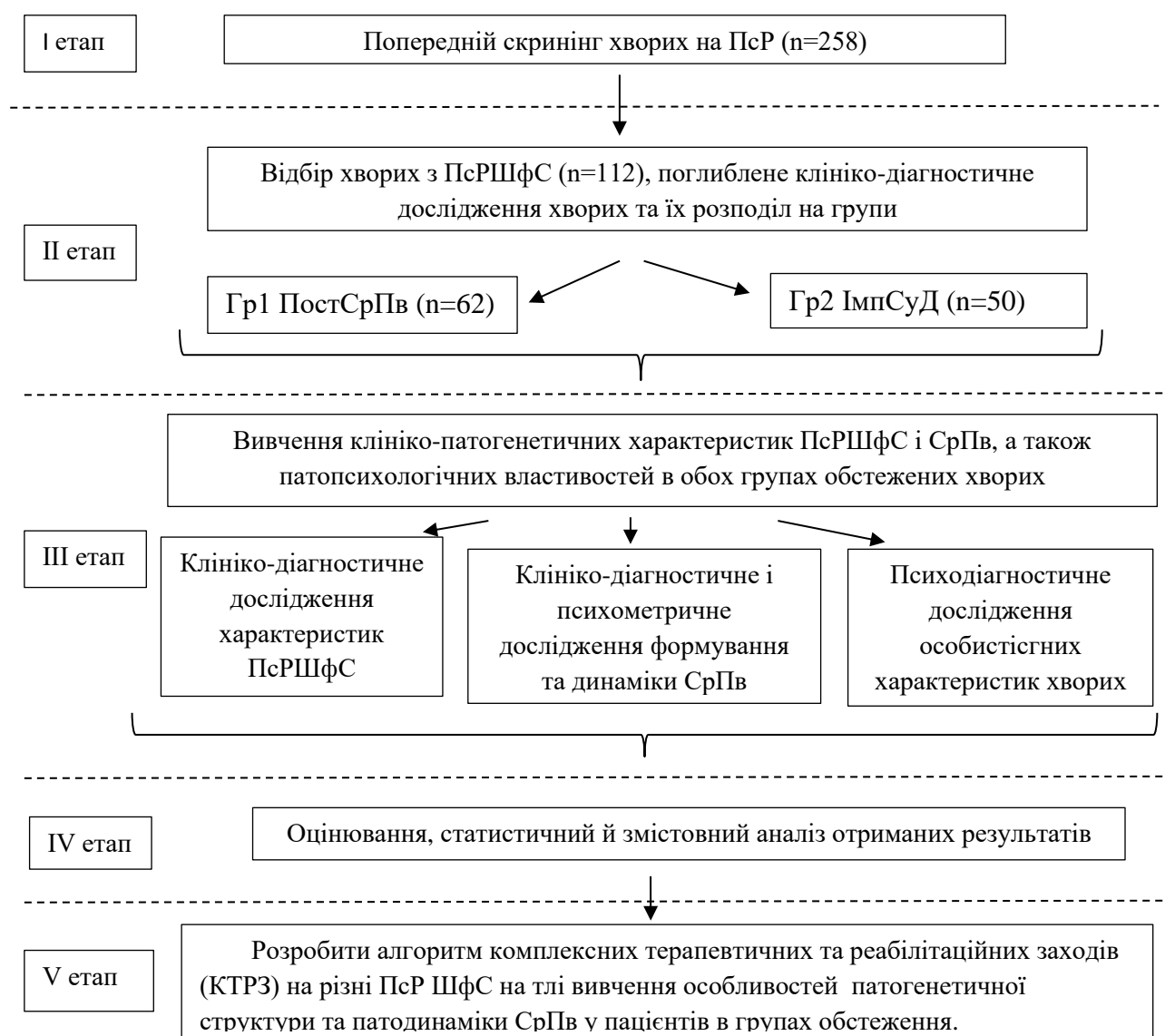


Рис 1. Дизайн дослідження

1. На першому етапі попереднього скринінгу було здійснено огляд 258 хворих з різними видами ПсР (згідно діагностичним критеріям МКХ-10). Їх

скринінгове діагностичне дослідження проводилося методом суцільної вибірки по мірі їх поступлення до стаціонару та виходу з гострого психотичного стану і дало можливість сформувати загальну групу пацієнтів (n = 112 осіб), які ввійшли в дослідження за означеними вище основними критеріями включення (наявність ПсРШФС та Суд на протязі перебігу хвороби) та виключення.

2. На другому етапі, згідно поставленої мети даної дисертаційної роботи, здійснювався поглиблене клініко-діагностичне дослідження пацієнтів в загальній групі (n = 112 осіб) шляхом напівструктурованого клініко-діагностичного інтерв'ю із застосуванням спеціально розробленої карти обстеження пацієнта з ПсРШФС. Метою етапу було наступне:

- верифікація діагнозу розладу;
- визначення проявів СрПв на момент огляду та його динаміки в анамнезі захворювання, насамперед, факт реалізації Суд.

Завдяки проведеному клініко-діагностичному дослідженню, всі обстежені пацієнти були розподілені на дві групи щодо проведення основного експерименту, спираючись на характер проявів та динаміки СрПв, а саме, різниці в патогенезі формування його маніфестних ознак та розвитку епізодів з реалізацією Суд.

До першої групи (Гр1 ПостСрПв) ввійшли 50 пацієнтів з ПсРШФС (44,6% від загальної кількості обстежених), у яких прояви СрПв були присутніми протягом усього періоду захворювання або більше половини цього терміну – як за інформацією хворих, так і згідно медичної документації. Суд цими хворими (в більшості випадків – суїцидальні спроби) здійснювалися під впливом різкого загострення суїцидальних ідей або хворобливих переживань з аутодеструктивним змістом, що переважно залежало від психологічних причин, але не від гостроти психопатологічної симптоматики.

До другої групи (Гр2 ІмпСуд) увійшли 62 пацієнти (55,4% від загальної кількості обстежених), у яких маніфестні прояви СрПв у вигляді хворобливих переживань з аутодеструктивним змістом формувалися виключно як вторинна симптоматика по відношенню до екзацербачії психотичного процесу. Саме

гострота психотичного стану викликала у цієї когорти хворих імпульсивну реалізацію Суд, і після редукування гострої психотичної симптоматики у них зникали аутодеструктивні чи суїцидальні ідеї.

3. Основним завданням *третього етапу* було ретельне вивчення клініко-патогенетичних характеристик ПсРШфС та його перебігу, формування та динаміки СрПв, а також патопсихологічних особистісних властивостей в обох групах обстежених хворих (Гр1 ПостСрПв, n = 50 та Гр2 ІмпСуд, n = 62).

За допомогою клініко-психопатологічного та психометричного методів було визначено нозологічну приналежність, провідну синдромологічну структуру у клінічній картині захворювання та особливості його перебігу. Задля доказового аналізу клінічних та клініко-соціальних характеристик у обстежених хворих були використані такі психометричні методики:

- шкала позитивних та негативних симптомів (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) [118];
- шкала глобального функціонування (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) [120];
- шкала оцінки здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) [124];
- шкала особистісного та соціального функціонування (Personal and social performance scale, PSP) [119].

Дослідження формування та динаміки СрПв в обох групах проводилося завдяки психодіагностичному дослідженню. В ньому визначалися мотиваційні особливості реалізації Суд в обох групах з використанням контент-аналізу відповідей пацієнтів на запитання про причини здійснення аутодеструктивних самоушкоджень. А також досліджувався вплив на динаміку СрПв предикторів його формування за допомогою шкали аутоагресивних предикторів (ШАП або Self-destructive Behaviour Predictors Scale, SBPS) [121],

Окрім того, при проведенні психодіагностичного дослідження пацієнтів обох груп було вивчено їх особистісні характеристики. Для цього в дослідженні були використані:

- шкала імпульсивності Р. Плутчика (*Plutchik's Impulsivity Scale, IS*) [123];
- шкала безнадійності А. Бека (*Beck Hopelessness Scale, BHS*) [122];
- п'ятифакторний опитувальник особистості «Велика п'ятірка» (*The Big Five personality test, BFPT*) [125,126].

4. На *четвертому етапі* проведеного дослідження було здійснено етап оцінювання та статистичний й змістовний аналіз отриманих результатів клініко-діагностичного, психометричного та психодіагностичного дослідження в обох групах хворих. Основною метою цього етапу було доказове підтвердження висунутої наукової гіпотези про наявність істотно різних патогенетичних механізмів формування та динаміки СрПв у хворих з різними видами ПсРШфС. Проведений аналіз патогенетичних зв'язків між клініко-діагностичними характеристиками та даними психометричного й психодіагностичного дослідження було здійснено за допомогою визначення кореляції та факторного аналізу. Це стало основою подальшого змістовного клініко-теоретичного узагальнення отриманих результатів та розробки комплексу реабілітаційних заходів медико-соціальної допомоги пацієнтів з ПсРШфС, які мають маніфестні прояви СрПв.

5. При реалізації *п'ятого етапу* дисертаційного дослідження на підставі виявлених та проаналізованих результатів клініко-діагностичного, психометричного та психодіагностичного дослідження в обох групах пацієнтів було розроблено комплекс реабілітаційних заходів медико-соціальної допомоги пацієнтів з ПсРШфС, котрі мають прояви СрПв, та апробовано алгоритм його проведення в клінічній практиці. Основною метою розробки стала оптимізація лікувально-реабілітаційного процесу цього контингенту хворих.

2.2. Методи дослідження

Для вирішення задач дисертаційного дослідження було використано наступні методи: теоретичний, клініко-анамнестичний, соціально-

демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

Теоретичний метод полягав у теоретико-методологічному аналізі проблеми, вивченні та аналізі наукових джерел, їх порівнянні та узагальненні. Це дало можливість сформулювати наукову гіпотезу даного дослідження про наявність якісно різних патогенетичних механізмів формування та динаміки СрПв у хворих з різними видами ПсРШФС, яка стала основою проведеного клінічного експерименту.

Клініко-анамнестичний і соціально-демографічний методи були застосовані для аналізу основних демографічних характеристик та інформації про життя хворого і динаміки розвитку захворювання. Він базувався на даних, що були надані пацієнтом та його родичами, а також відомостях з медичної документації. Збір інформації проводився в ході проведення напівструктурованого клініко-анамнестичного інтерв'ю із її внесенням до уніфікованої карти дослідження та подальшим аналізом соціально-демографічних (вік, стать, рівень освіти, сімейний статус, наявність інвалідності внаслідок захворювання) і клінічних характеристик пацієнтів, що обстежувались.

Клініко-психопатологічний метод було використано при проведенні напівструктурованого клініко-діагностичного та клініко-анамнестичного інтерв'ю із застосовуванням діагностичних критеріїв МКХ-10 та психометричного дослідження. Це дозволило проаналізувати основні клінічні характеристики захворювання, його синдромологічної структури та вираженість психопатологічної симптоматики у досліджуваних пацієнтів.

Психометричний метод дослідження пацієнтів за допомогою низки клінічних шкал було застосовано для аналізу клінічних та соціальних характеристик в групах обстеження. А саме, нами були використані наступні шкали: PANSS, PHQ-9, GAF, PSP [118, 119, 120, 124].

PANSS [118] було використана як надійний та валідний засіб багатомірної оцінки психопатологічної симптоматики при ПсРСШф з виокремленням даних

про позитивну, негативну и так звану загальну психопатологічну симптоматику. Шкала складається з 33 питань, які оцінюються по 7-бальній системі. За результатами опрацювання шкали оцінювалася тяжкість продуктивної (7 симптомів від P1 до P7: маячення, порушення мислення, галюцинації, збудження, ідеї величі, ідеї переслідування, ворожість), негативної (7 симптомів від N1 до N7: притуплений афект, емоційна відгородженість, труднощі спілкування, пасивно-апатична соціальна відгородженість, порушення абстрактного мислення та спонтанності мови, стереотипність мислення) симптоматики та всього розладу в цілому за даними загальної психопатологічної шкали (16 симптомів від G1 до G16), ризику агресивної поведінки (3 додаткових симптоми). Також завдяки шкалі PANSS була можливість оцінити характер психопатологічних розладів у хворих за 5 кластерами – анергія, порушення мислення, збудження, параноїдна поведінка та депресія.

Ще одним важливим психометричним інструментом нашого дослідження був *PHQ-9* [124], який був розроблений для діагностики п'яти різних психічних розладів. Але найбільш активно в клінічній практиці він зараз використовується його окремий модуль задля виявлення, діагностики, оцінки тяжкості та моніторингу депресивних розладів. В даному дослідженні опитувальник *PHQ-9*, застосувався для самооцінки пацієнтом свого стану за останні 2 тижня, що потім порівнювалось з іншими результатами клініко-діагностичного дослідження щодо наявності та важкості депресивних проявів.

PHQ-9 складається з дев'яти питань з 4 варіантами відповідей, які відображають основні симптоми депресії за критеріями DSM-V. Ступінь тяжкості визначається від мінімального (1 – 4 бали) до важкого чи вкрай важкого депресивного розладу (20 - 27 балів).

Для психометричної клініко-функціональної оцінки стану обстежених пацієнтів в обох групах було використано *шкалу GAF* [120]. Вона є загально-клінічною оцінювальною числовою шкалою, котра призначена для найбільш загальної оцінки здатності до соціального, професійного та психологічного

повсякденного функціонування психічно хворих. Оцінки варіюються від 100 балів (дуже висока працездатність) до 1 балу (важкі порушення):

100 – 91: немає будь-яких симптомів психічного розладу, відмінне соціально-особистісне функціонування у різних сферах, життєві проблеми під контролем;

90 – 81: наявні мінімальні симптоми психічного розладу, але хороше функціонування у різних сферах життя, в соціально-міжособистісних відносинах, можуть бути повсякденні турботи;

80 – 71: наявні транзиторні (короткочасні) симптоми психічного розладу (невротичний реєстр) як реакція на психосоціальний стрес; є незначне й нетривале погіршення функціонування у соціальній і професійній сферах при хороших можливостях до адаптації;

70 – 61: наявні сталі легкі симптоми психічного розладу (невротичний реєстр) зі складнощами адаптування у соціальній і професійній сферах, при збереженому достатньо хорошему рівні функціонування у різних сферах життя та в соціально-міжособистісних відносинах;

60 – 51: Помірні симптоми психічного розладу невротичного або субпсихотичного реєстру з помірним рівнем дезадаптації у соціальній і професійній сферах, з ознаками соціальної ізоляції, конфліктністю у міжособистісних відносинах;

50 – 41: виражені симптоми психічного розладу (субпсихотичного чи психотичного реєстру) із серйозним погіршенням функціонування в усіх сферах життя з непрацездатністю та соціальною ізоляцією;

40 – 31: важкі симптоми психічного розладу психотичного реєстру із наявними порушення в самоусвідомленні, оцінці реальності та спілкуванні, важкими порушеннями повсякденного функціонування з непрацездатністю та нездатністю до якісного самообслуговування;

30 – 21: наявні важкі прояви гострого психотичного стану, поведінка обумовлена маяченням, галюцинаціями із значним утрудненням в спілкуванні,

потребує постійного спостереження, нездатність адекватно самостійно функціонувати в повсякденному житті.

20 – 11: наявні важкі прояви гострого психотичного стану або важких порушень свідомості, потребує нагляду та догляду для запобігання шкоди собі або іншим і підтримки особистісного життєвого функціонування;

10 – 1: наявні вкрай важкі прояви гострого психотичного стану або відсутності свідомості, або серйозна спроба самогубства, потребує постійного нагляду та догляду для неспроможний до самостійної підтримки життєдіяльності.

За допомогою 100-балльної рейтингової шкали *PSP* [119] в нашому дослідженні визначалися клініко-соціальні характеристики обстежених пацієнтів, а саме, ступінь труднощів, які спостерігались у хворого в основних областях СФ за останній місяць. Оцінка проводилась у чотирьох базових сферах:

- (a) соціально корисна діяльність, в тому числі навчання та робота;
- (b) стосунки з близькими та інші соціальні стосунки;
- (c) самообслуговування;
- (d) збуджена та агресивна поведінка.

Застосування шкали *PSP* давала можливість оцінити два різних набори операційних критеріїв для визначення ступеню вираженості труднощів: перший – області a-c, другий – область d. Оцінка здійснювалася за вибором одного з 10 рівних інтервалів (у балах), кожний з котрих відповідав певному ступеню труднощів у СФ:

100 – 91: повноцінне функціонування в усіх 4 основних областях;

90 – 31: різний ступінь порушень функціонування (легкі: 90 – 81, малі: 80 – 61, значні: 60 – 41, помітні: 40 – 31);

нижче 30: ступінь порушення функціонування, при якому пацієнту необхідний постійний сторонній нагляд та догляд.

Для визначення балу всередині десяткового інтервалу враховувався рівень функціонування в інших областях, крім основних: наприклад, турбота про фізичний та психологічний стан; здатність підтримувати місце проживання у

хорошому стані; участь у господарюванні, сімейному житті або в житті стаціонару тощо.

Проведення психометричної оцінки стану пацієнтів також включав аналіз характеристик СрПв в обох групах щодо особливостей його формування та динаміки.

Для виявлення мотиваційних установок Суд використовувався контент-аналіз відповідей пацієнтів на запитання «Чому ви здійснили самоушкодження, скоїли ці дії? (Суд)». Усі пацієнти описували свої мотиваційні установки ретроспективно – на момент, коли відбувалося прийняття аутодеструктивного (суїцидального) рішення. Такий контент-аналіз висловлювань хворих спрямовувався на змістовний аналіз відповідей пацієнтів про причини їх здійснення Суд.

Також для вивчення патогенезу СрПв у хворих на ПсРСШф було застосовано *ШАП (SBPS)*, а саме, для визначення аутоагресивних предикторів формування аутодеструктивної активності та їх вираженості (Пілягіна Г.Я., 2004) [121]. Шкала складається з 77 питань з 4 варіантами відповідей. Це давало можливість оцінити наявність пресуїцидального синдрому за 8 субшкалами (бали):

– за субшкалою брехні (складається з 8 питань) оцінювалася можлива нещирість відповідей (≤ 6);

– вираженість аутоагресивних проявів визначалася за відповідною субшкалою (17 питань) у рівнях: легкий (0 – 14), помірно виражений (15 – 27), виражений (28 – 40) і тяжкий (≥ 41);

– за субшкалою порушень когнітивних функцій (14 питань) вимірювалася їх вираженість у рівнях: легкий (0 – 14), помірно виражений (15 – 24), виражений (25 – 34) і тяжкий (≥ 35);

– за субшкалою агресії (10 питань) визначалася її вираженість у рівнях: легкий (0 – 7), помірно виражений (8 – 13), виражений (14 – 19) і тяжкий (≥ 20);

– згідно субшкали афективних порушень (20 питань) оцінювався відповідний рівень провини, безнадійності, безпорадності: легкий (0 – 16), помірно виражений (17 – 29), виражений (30 – 44) і тяжкий (≥ 45);

– субшкала імпульсивності (7 питань) допомагала оцінити її вираженість за відповідними рівнями: легкий (0 – 6), помірно виражений (7 – 14) і тяжкий (≥ 15);

– за субшкалою розладів міжособистісних контактів (11 питань) вимірювалась їх вираженість у рівнях: легкий (0 – 8), помірно виражений (9 – 15), виражений (16 – 21) і тяжкий (≥ 22);

– згідно субшкали вегетативних розладів (16 питань) оцінювався їх відповідний рівень: легкий (0 – 16), помірно виражений (17 – 30), виражений (30 – 44) і тяжкий (≥ 31).

Психодіагностичний метод було застосовано для вивчення патопсихологічних особистісних характеристик в обох груп пацієнтів. Для цього були використані *BHS* (шкала безнадійності А. Бека), *IS* (шкала імпульсивності Р. Плучика) та *BFPT* (п'ятифакторний опитувальник особистості «Велика п'ятірка») [122, 123, 125, 126].

BHS [122] застосовувалося в дослідженні для визначення ступеню вираженості негативного або позитивного ставлення пацієнта до свого минулого та майбутнього: переживань щодо майбутнього, покладених на нього надій, мотивації. Це є опосередкованим індикатором суїцидального ризику, насамперед у пацієнтів з вираженими депресивними симптомами, особливо з наявними проявами СРПв і Суд та /або з алкогольною або наркотичною залежністю. Тест включає 20 тверджень з двома варіантами відповідей (вірно чи невірно), відображаючи актуальний стан хворого щодо почуття безнадії у житті. Рівні безнадійності оцінювався за 3 рівнями в балах: легкий (0 – 8), помірний (9 – 14) і тяжкий (≥ 15).

IS [123] використовувалася для діагностики рівня імпульсивності у поведінці пацієнтів, як риса особистості, що обумовлена недостатнім самоконтролем у поведінці та діяльності, а також нестійкістю інтересів та

цінностей, невизначеністю життєвих цілей. IS складається з 15 питань з 4 варіантами відповідей (1 – ніколи, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – практично завжди). За загальним балом шкали визначалися 5 градацій рівню імпульсивності пацієнта в балах від низького (≤ 12) до підвищеного (36 – 48) та високого (≥ 49). Чим вище рівень імпульсивності може бути зафіксовано, тим більше поведінка пацієнта може характеризуватися вираженою схильністю діяти за першим спонуканням, під впливом зовнішніх обставин або емоцій з тенденцією до швидких і безпосередніх реакцій (іноді з таким же швидким розкаянням у своїх діях), без попереднього обмірковування своїх вчинків, враховування інтересів інших людей і прийняття найбільш доцільних та обґрунтованих рішень.

BFPT, був використаний в двох адаптаціях [125, 126], побудований на п'ятифакторній моделі структури особистості людини. При використанні опитувальника на основі самооцінки можуть бути проаналізовані, так звані, «великі» фактори темпераменту та характеру людини (екстраверсія, доброзичливість, свідомість, нейротизм, експресивність), які представлені опозиційними категоріями (фактори) та їх складовими:

1. Екстраверсія – Інтроверсія: активність – пасивність; домінування – підпорядкованість; товариськість – замкнутість; пошук вражень – уникнення вражень привернення уваги – уникнення уваги.

2. Прив'язаність (доброчливість, конформність, дружелюбність, поступливість,) – Відокремленість: теплота – байдужість; співпраця – суперництво; довірливість – підозрілість; розуміння – нерозуміння; повага інших – самоповага.

3. Контролювання (самоконтроль, свідомість, сумлінність) – Природність (імпульсивність): акуратність – неакуратність; наполегливість – відсутність наполегливості; відповідальність – безвідповідальність; самоконтроль – імпульсивність; передбачливість – безтурботність.

4. Емоційність (нейротизм, емоційна нестабільність) – Емоційна стриманість (емоційна стабільність): тривожність – безтурботність;

напруженість – розслабленість; депресивність – емоційна комфортність; самокритика – самодостатність; емоційна лабільність – емоційна стабільність

5. Грайливість (експресивність, відкритість досвіду, інтелект, творчість, уява) – Практичність (консерватизм): цікавість – консерватизм; мрійливість – реалістичність; артистичність – неартистичність; сенситивність – нечутливість; пластичність – ригідність.

Аналіз результатів за опитувальником проводився шляхом оцінювання узагальнених категорій і окремих чинників всередині кожної категорії – більш високі бали свідчили про переважання перших рис із порівнянної діади, низькі – про превалювання протилежних якостей.

Статистичний метод Первинні матеріали для дисертаційної роботи зібрані особисто автором. Електронний масив даних сформовано в Excel. Для статистичного аналізу використано ліцензійну версію спеціалізованої програми аналізу STATA 12.1.

Описова статистика базувалась на визначенні частотних характеристик параметрів, що вивчались (розподіл у %) і розрахунок середніх величин для кількісних даних (середня арифметична, медіана). Варіабельність результатів оцінювали визначаючи стандартне відхилення та міжквартильний інтервал (25-75%). При первинному аналізі даних визначали характер їх розподілу (оцінка нормальності розподілу) за критерієм Шапіро-Уїлка, що, відповідно, визначало формат представлення результатів та вибір методів порівняння підгруп (параметричні та непараметричні критерії)

Для порівняння якісних ознак використовували критерій Хі-квадрат (χ^2), в тому числі Хі-квадрат з поправкою Йетса при малій частоті окремих характеристик. Для порівняння кількісних показників у визначених підгрупах застосовували t-тест та ранговий критерій Манна-Уїтні (U) відповідно до попередньої оцінки типу розподілу даних.

Аналіз взаємозв'язків між досліджуваними параметрами проводили шляхом розрахунку парних та рангових коефіцієнтів кореляції з оцінкою їх статистичної значимості з граничним ризиком похибки не більше 5% ($p < 0,05$).

2.3 Загальна характеристика обстежених пацієнтів.

Клініко-діагностичне, психометричне та психодіагностичне дослідження усіх хворих (другий та третій етап дослідження) проводилось на другому-четвертому тижні спостереження за хворим на етапі досягнення ними стану становлення ремісії після нівелювання гостроти симптоматики психотичного стану та появи критичного відношення до неї. Вихід з гострого психотичного стану у хворих відбувався внаслідок застосування психофармакотерапії з початку їх перебування у стаціонарі. Медикаментозна терапія щодо всіх досліджуваних пацієнтів проводилася за локальними протоколами, що відповідні міжнародним протоколам лікування хворих з психотичними розладами із залученням медикаментозних засобів, зареєстрованих в Україні та дозволених до використання в клінічній практиці. Всі пацієнти отримували антипсихотичні засоби (типові та атипові нейролептики) у дозуванні, відповідно гостроті психотичної симптоматики. В більшості випадків пацієнти отримували комбіновану медикаментозну терапію із залученням, окрім антипсихотиків, антидепресантів (переважно, це селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та серотоніну/норадреналіну і трициклічні антидепресанти), стабілізаторів настрою (ламотриджин, карбамазепін), транквілізаторів (бензодіазепіни), а також за необхідністю судинних препаратів та / або вітамінотерапії.

Проведене вивчення демографічних показників в обох досліджуваних групах хворих з ПсРШФС.

В Гр1 ПостСрПв (n = 50) увійшли 26 жінок (52,0 %) та 24 чоловіка (48,0 %), а в Гр2 ІмпСуд (n = 62): 31 жінка (50,0 %) та 31 чоловік (50,0 %). Тобто за статтю групи досліджених хворих були співставними ($p > 0,05$).

Розподіл пацієнтів в групах за віком представлено в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл хворих в групах досліджених за віком

Стать	Середній вік (роки)		
	Гр1 ПостСрПв, n =50	Гр2 ІмпСуд, n = 62	Всі хворі, n = 112
Жінки	26,68±8,58**/**	34,43±10,82	30,77±10,49*
Чоловіки	32,30±12,75*	35,7±9,77	34,23±11,17
В групі в цілому	29,38±11,03*	35,24±10,20	

Примітка тут і далі: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Він засвідчив, що середній вік чоловіків в обох групах був статистично достовірно більшим, ніж у жінок. В цілому в Гр1 ПостСрПв пацієнти були значно молодші за хворих другої групи ($p = 0,002$). В Гр2 ІмпСуд вік майже не відрізнявся між статтями, проте в групі Гр1 ПостСрПв різниця була статистично значимою ($p = 0,02$). Ці дані свідчали про те, що у жінок психологічно вмотивовані прояви СрПв формувалися раніше, ніж у чоловіків. І саме вік може розцінювати як один з предикторів розвитку СрПв у жінок на тлі перебігу ПсРШФС.

Аналіз інших соціо-демографічних показників представлено в табл. 2,2 – 2.4.

Таблиця 2.2

Розподіл досліджених хворих в групах за рівнем освіти

	Рівень освіти, абс.(%)			
	середня	середня спеціальна	незакінчена вища	вища
Гр1 ПостСрПв	4 (8)	26 (52)	13 (26)	7 (14)
Гр2 ІмпСуд	6 (9)	30 (48)	20 (32)	6 (11)

Проведений аналіз соціо-демографічних показників за рівнем освіти, сімейним станом та наявністю інвалідності не виявив статистично значущої різниці в жодному з критеріїв ($p > 0,05$).

Таким чином, за основними соціально-демографічними критеріями обидві груп співставні щодо проведення подальшого клініко-діагностичного, психометричного та психодіагностичного дослідження.

Таблиця 2.3

Розподіл досліджених хворих в групах за сімейним станом

Групи хворих	Сімейним стан, абс.(%)		
	одружений /заміжня	у цивільному шлюбі	не одружений / не заміжня
Гр1 ПостСрПв	16 (32)	9 (18)	25 (50)
Гр2 ІмпСуд	16 (25)	4 (7)	42 (68)

Таблиця 2.4

Розподіл досліджених хворих в групах за наявністю інвалідності

Групи хворих	Наявність інвалідності, абс.(%)	
	має місце	відсутня
Гр1 ПостСрПв	20 (40)	30 (60)
Гр2 ІмпСуд	34 (54)	28 (46)

2.4 Висновки до розділу

Аналізуючи результати дослідження, викладені у цьому розділі у відповідності до першого та другого етапів дизайну дослідження. Згідно мети дослідження та поставленим задачам було розроблено відповідний дизайн роботи. Після етапу скринінгу хворих з різними видами ПсР ($n = 258$) до експериментального дослідження було включено 112 пацієнтів з ПсРШФС та Суд в анамнезі, яких було розділено на дві групи: Гр1 ПостСрПв ($n = 50$) та Гр2 ІмпСуд ($n = 62$). Згідно

Для проведення дослідження було обрано відповідні методи: теоретичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психометричний,

психодіагностичний та статистичний метод. Аналіз соціально-демографічних характеристик в обох групах досліджених хворих виявив їх співставність щодо подальшого клініко-діагностичного і психометричного дослідження клініко-патогенетичних характеристик ПсРШФС та його перебігу і формування й динаміки СрПв, та психодіагностичного дослідження.

Результати, викладені в даному розділі, використовувались в різному обсязі в усіх опублікованих працях автора.

РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ В ОБСТЕЖЕНИХ ГРУПАХ

3.1. Структура психопатологічної симптоматики у пацієнтів з саморуйнівною поведінкою у хворих з психотичними розладами спектру шизофренії.

Дослідження патогенетичних механізмів та клінічних особливостей проявів СрПв у хворих з психотичними процесами нерозривно пов'язано з розглядом та аналізом характеру психопатологічної симптоматики власно ПсРШфС, які виявлялися в групах.

В результаті проведеного дослідження (див. табл. 3.1 – 2), серед всієї когорти обстежених пацієнтів за нозологічною приналежністю було виявлено достовірну перевагу кількості хворих на Шф – майже половина пацієнтів (47,4% всіх обстежених).

Таблиця 3.1

Розподіл обстежених хворих, згідно нозологічної приналежності в кожній з
груп та в цілому, абс. (%)

Нозологічні одиниці	Гр1 ПостСрПв	Гр2 ІмпСуд	Всього
Шф (F20.0)	21 (42,0)	32 (51,6)	53 (47,4)
ШАР (F25)	8 (16,0)**	16 (25,8)*	24 (21,4)**
ГППсР (F23.1)	10 (20,0)**	13 (21,0)**	23 (20,5)**
ШтР (F21)	11 (22,0)**	1 (1,6)***	12 (10,7)***
Всього	50 (100,0)	62 (100,0)	112 (100,0)

Примітка: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,00$.

У співвідношенні хворих на ШАР було в 2,2 рази менше кількості хворих на Шф ($p = 0,03$), ГППсР – в 2,3 рази менше ($p = 0,003$) та ШтР – в 4,4 рази менше ($p = 0,000$).

Беззаперечно й достовірно домінування кількості випадків Шф серед усіх обстежених пацієнтів свідчить, що серед ПсР саме наявність шизофренічного

процесу здебільшого впливала на формування СрПв, хоча і за різними патогенетичним механізмами й проявами за суттю.

Таблиця 3.2

Розподіл хворих в групах за нозологічною приналежністю, абс. (%)

Нозологічні одиниці	Гр1 ПостСрПв, n = 50	Гр2 ІмпСуд, n = 62	Всього, n = 112
Шф (F20.0)	21 (39,6)	32 (60,1)**	53 (100)
ШаР (F25)	8 (33,3)	16 (66,7)*	24 (100)
ГППсР (F23.1)	10 (43,5)	13 (56,5)	23 (100)
ШтР (F21)	11 (90,9)***	1 (9,1)	12 (100)

Примітка: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,00$.

Так, у частини всіх хворих (Гр1 ПостСрПв) патогенез СрПв мав механізми психологічної обумовленості, а його прояви виявлялися на протязі всього захворювання, коливаючись за гостротою та формами (суїцидальні думки, Суд різного ступеня спланованості й летальності). Тоді як у іншій когорти обстежених хворих (Гр2 ІмпСуд) прояви СрПв проявлялися імпульсивною реалізацією Суд, котрі були здійснені пацієнтами майже під впливом імперативних псевдогалюцинацій. І 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 – в 1,52 рази більше ($p = 0,002$). Реалізація саме імпульсивних Суд, які хворі здійснювали під впливом імперативних псевдогалюцинацій (Гр2 ІмпСуд), також вдвічі переважала у пацієнтів з ШаР по зрівнянню з Гр1 ПостСрПв ($p = 0,049$). Співвідношення кількості випадків імпульсивно реалізованих Суд хворими Гр2 ІмпСуд до випадків Суд, які були віднесені до Гр1 ПостСрПв, у хворих на ГППсР було статистично незначним на 13,0 % ($p = 0,8$). Тоді як серед всіх пацієнтів з ШтР Гр1 переважну більшість за механізмом формування та динаміки СрПв було віднесено до Гр1 ПостСрПв ($p = 0,000$).

Щодо розподілу нозологічної приналежності в кожній з груп дослідження засвідчило, що у Гр1 ПостСрПв кількість хворих, у котрих було

діагностовано Шф (як і в Гр2 ІмпСуд) була значно більшою ніж кількість випадків з ШаР (в 2,7 рази, $p = 0,005$), ГППсР (в 2,1 рази, $p = 0,08$), та ШтР (в 1,9 рази, $p = 0,1$). Тоді як кількість пацієнтів з ГППсР та ШтР в Гр1 ПостСрПв була майже рівнозначною за абсолютними та відносними значеннями

В Гр 2 ІмпСуд кількість випадків Шф достовірно перевищувала кількість пацієнтів з іншими ПсРШфС: у співвідношенні з хворими на ШаР в 2 рази ($p = 0,049$), з ГППсР – в 2,46 рази ($p = 0,005$), а з пацієнтами на ШтР в 32 рази ($p = 0,000$). Останні дані засвідчили, що хворим при наявності ШтР імпульсивна реалізація Суд невластива. Тому що за своєю клінічною суттю цьому розладу не притаманна симптоматика у вигляді імперативних галюцинацій.

Отримані результати довели заявлену наукову гіпотезу, що при вивчених ПсРШфС шляхи розвитку СрПв мали достовірно суттєві відмінності. Так, важливо розуміти, що більшість аутодеструктивних дій здійснюється хворими з ПсРШфС імпульсивно під впливом гострої галюцинаторно-параноїдної симптоматики. Але існує зовсім інший механізм патогенезу СрПв, коли його прояви психологічно «вбудовуються» в хворобливі переживання пацієнта в ході розвитку (перебігу) ПсР і стають коморбідним до нього процесом, який суттєво патопластично впливає на актуальний психічний стан хворих, їх поведінку. Ці відмінності у перебігу ПсРШфС, котрі супроводжуються СрПв, повинні враховуватися при розробці та реалізації тактики лікування і психологічної реабілітації цих пацієнтів.

Окрім нозологічної приналежності в даній вибірці пацієнтів було вивчено провідні клінічні синдроми (див. табл. 3.3). У переважній більшості пацієнтів (106 осіб в цілому – 94,6 % випадків) було виявлено саме ПсР: галюцинаторно-маячний та афективно-маячний синдроми. І тільки у 6 хворих (5,4 % випадків в цілому) були присутні синдроми невротичного регістру: тривожно-депресивний, психопатоподібний з появою маячення на гостроті екзацербачії процесу чи декомпенсації стану. Ці випадки було зафіксовано лише у пацієнтів в Гр1 ПостСрПв, в котрих було встановлено діагноз ШтР. Що також

підтвердило принципові клінічні відмінності серед пацієнтів з різними видами ПсРШфС при наявності СрПв.

Таблиця 3.3

Розподіл обстежених хворих в групах та загалом за провідним клінічним синдромом, абс. (%)

Синдроми	Гр1 ПостСрПв	Гр2 ІмпСуд	Всього
Галюцинаторно-маячний	14 (28,0)*	46 (74,2)	60 (53,6)
Афективно-маячний	30 (60,0)	16 (25,8) **	46 (41,1)
Тривожно-депресивний	3 (6,0)	0	3 (2,7)***
Психопатоподібний	3 (6,0)	0	3 (2,7)***
Всього	50 (100,0)	62 (100,0)	112 (100,0)

Примітка: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,000$ за падінням значень в кожній з груп та загалом.

Аналізуючи наявність психотичних синдромів в загальній когорті хворих, було виявлено, що галюцинаторно-маячний симптомокомплекс фіксувався на 12,5 % частіше, ніж афективно-маячний синдром, хоча без статистичної різниці ($p = 0,068$). При розгляді провідної клінічної симптоматики психотичного реєстру в кожній групі було виявлено, що в Гр2 ІмпСуд галюцинаторно-маячний зустрічався в 3,3 рази частіше по відношенню до Гр1 ПостСрПв ($p = 0,000$), в той час як афективно-маячний синдром достовірно частіше (в 1,9 рази) зустрічався серед пацієнтів в Гр1 ПостСрПв ($p = 0,049$). В кожній з груп ці тенденції також мали місце. Так в Гр1 ПостСрПв достовірно переважав афективно-маячний синдром достовірно частіше (в 2,1 рази, $p = 0,049$), тоді як серед хворих Гр2 ІмпСуд суттєво частіше фіксувався галюцинаторно-маячний симптомокомплекс (в 2,9 рази, $p = 0,009$). Стосовно хворих з невротичними синдромами (тривожно-депресивний, психопатоподібний), треба наголосити, що ці 6 випадків діагностувалися лише у хворих на ШТР в Гр1 ПостСрПв, і були очевидною меншістю у порівнянні з психотичними синдромами, які було виявлено у переважної більшості хворих в

обох групах ($p = 0,000$), враховуючі інші 5 пацієнтів, в котрих було встановлено діагноз ШтР.

Отримані дані були ще одним підтвердженням нашої основної гіпотези про якісні відмінності у клініко-патогенетичному базисі розвитку СрПв та здійснення Суд при різних варіантах ПсРШфС. 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 галюцинаторно-маячної симптоматики.

Проведене психометричне дослідження дозволило верифікувати особливості клінічного стану пацієнтів за допомогою шкали оцінка позитивних і негативних симптомів (PANSS) [118]. В табл. 3.4 показані результати щодо узагальнених значень за компонентами PANSS в обох групах, згідно яких було підтверджено співставлення хворих в розподілених групах за клінічними проявами ПсРШфС.

Таблиця 3.4

Розподіл показників за компонентами PANSS в групах обстежених хворих

Компоненти PANSS	Значення загальних показників (бали $\pm \sigma$)		
	Гр1 ПостСрПв	Гр2 ІмпСуд	Рівень достовірності (p)
Тяжкість продуктивної симптоматики (P1 – P7)	20,68 \pm 5,37	20,37 \pm 4,73	0,750
Тяжкість негативної симптоматики (N1 – N7)	16,70 \pm 4,21	17,42 \pm 5,47	0,457
Тяжкість загальних психопатологічних симптомів (G1 - G16)	38,47 \pm 7,96	39,31 \pm 9,79	0,633

Результати психометричного дослідження за PANSS не виявили статистично достовірних відмінностей між групами обстежених хворих щодо критеріїв як продуктивних психотичних проявів, так і негативної чи загальної симптоматики що підтвердило початкову схожість і порівнянність груп хворих з точки зору основних діагностичних критеріїв ПсРШфС.

Однак отримані дані при відсутності статистичної значущості показали, що у хворих в Гр2 ІмпСуд мала місце тенденція до більш вираженої тяжкості негативної симптоматики і загальних психопатологічних симптомів. Це відображав те, що саме в цій групі суттєво більшим була кількість хворих на Шф та ШаР та ГППсР з більш важким перебігом захворювання. Тим не менш тенденція до більшої вираженості продуктивної симптоматики була зафіксована саме в Гр1 ПостСрПв. Основою цього, з нашої точки зору, було саме формування коморбідної сполуки ПсРШфС та СрПв, що обтяжувало перебіг захворювання і психічного стану незалежно від гостроти психозу чи загострення аутодеструктивних проявів.

Тим не менш, проведене психометричне дослідження виявило статистично значущі відмінності в групах за окремими пунктами субшкал PANSS. Їх аналіз наведено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Розподіл показників за компонентами PANSS (за субшкалами та симптомами), згідно значущих відмінностей у психопатологічній симптоматиці

Компоненти PANSS		Значення показників (бали \pm σ)	
Субшкали	показники (симптоми) субшкал	Гр1 ПостСрПв	Гр2 ІмпСпД
Позитивні симптоми	дезорганізація мислення (P2)	3,16 \pm 1,02	3,55 \pm 1,00*
Негативні симптоми	стереотипне мислення (N7)	2,52 \pm 1,31	3,10 \pm 1,17*
Загальні психопатологічні симптоми	манерність і позування (G5)	1,56 \pm 0,70	1,92 \pm 0,89*
	незвичайний зміст думок (G9)	2,46 \pm 1,37	3,34 \pm 1,67**
	зниження критичності до свого стану (G12)	3,66 \pm 1,32	4,34 \pm 0,96**
	зниження контролю спонукань (G14)	2,22 \pm 1,18**	1,61 \pm 0,80
	завантаженість психічними переживаннями (G15)	2,44 \pm 1,33	3,50 \pm 0,94**

Примітка: * – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$.

Отримані дані виявили, що статистично значущою різниця зафіксована тільки за показником Р2 «дезорганізація мислення», який був достовірно вище в Гр2 ІмпСуд ($p = 0,045$). Це відобразило більш грубі порушення щодо організації процесу мислення серед пацієнтів цієї групи, не зважаючи на те, що діагностичне дослідження проводилося з пацієнтами, які перебували в стані виходу з психотичного епізоду і початку становлення ремісії, коли у хворих відновлювалася здатність до відносно продуктивного аналізу своїх переживань і поведінки, а також до заповнення тестів.

Згідно субшкали негативної симптоматики за PANSS, тільки за показником «стереотипне мислення» (N7) були зафіксовані достовірно більш високі показники також в Гр2 ІмпСуд ($p = 0,016$). Ця ознака свідчила про ригідність особистісних позицій і переконань хворих, що характерно при поведінці, коли людина, обравши один варіант дії пацієнт, суттєво втрачає здатність до усвідомлення та прийняття альтернативних рішень. Важливість цих даних пов'язана з тим, що психокорекційне фокусування на важливості психологічної гнучкості та тренування вироблення декількох стратегій поведінки в різних ситуаціях може допомогти хворому з ПсРШФС в контролі за проявами СрПв. І саме це повинно стати однією з важливих мішеней психотерапевтичного втручання в таких хворих в рамках розробки та втілення відповідних лікувальних та реабілітаційних заходів.

При загальній відсутності значущих відмінностей за PANSS в групах хворих важливе значення мали отримані результати по субшкалі загальної психопатологічної симптоматики. Так, за чотирьома пунктами (симптомами) цієї субшкали було зафіксовані статистично значущі відмінності в групах обстежених пацієнтів. У Гр2 ІмпСуд були отримані достовірно вищі бали за симптомами «манірність і позування» (G5, $p = 0,049$), «незвичайний зміст думок» (G9, $p = 0,008$), а також «завантаженість психічними переживаннями» (G15, $p = 0,000$) і «зниження критичності до свого стану» (G12, $p = 0,002$) з найбільшим значенням у балах і найбільш вираженою статистичною відмінністю. Те, що ці показники статистично переважали в Гр2 ІмпСуд засвідчило про заглибленість

у внутрішні й аутистичні переживання та порушення адаптивного поведіння і цікавості до реального життя у цих хворих, а також характеризували глибину ендогенних порушень в цій групі хворих.

Не дивлячись на те, що здійснення імпульсивних Суд було притаманним пацієнтам Гр2 ІмпСпД, саме серед хворих Гр1 ПостСрПв було зафіксовано достовірно вищий рівень показника «зниження контролю спонукань» (G14, $p = 0,048$). Цей показник демонстрував вираженість розладів регуляції та контролю внутрішніх імпульсів і спонукань, легкого фрустрування в умовах конфлікту чи стресу з реалізацією раптових, часто безцільних дій як афективних розрядів без урахування наслідків власної поведінки. Ці результати в Гр1 ПостСрПв були пов'язані з більшою значимістю психологічного компонента в психічному стані цих хворих, що обумовлювало збереження маніфестних проявів СрПв в них як в період психотичного загострення, так на етапі виходу з нього. Також саме цей психологічний механізм впливав на можливість різкого загострення проявів СрПв серед пацієнтів цієї групи. Даний варіант патодинаміки СрПв погіршував загальний психічний стан у цієї когорти пацієнтів, ускладнював перебіг основного захворювання і процес становлення ремісії. Тоді як у пацієнтів Гр2 ІмпСуд внаслідок наданої терапії прояви СрПв практично повністю редукувалися до моменту проведення дослідження і практично не впливали на їх психічний стан.

Значне зниження контролю спонукань у хворих Гр1 ПостСрПв, підтвердило тезу, що такі пацієнти потребують не тільки медикаментозного втручання з метою купірування психотичного стану і запобігання реалізації хворими Суд, але і обов'язкового застосування психотерапевтичного (психокорекційного) супроводу для впливу на психологічну проблематику, включаючи сімейні конфлікти, і особистісні характеристики пацієнтів, зокрема афективно-вольову сферу їх психічної діяльності, прогностичні властивості та навички відповідальної поведінки, що також має бути мішенями психотерапії в даній групі хворих.

Вивчення клінічних особливостей в обох групах включало психометричне дослідження рівня депресії, що є одним з визначальних предикторів формування СрПв. Для цього нами було застосовано шкалу оцінки здоров'я пацієнта (PHQ-9) [124], за результатами якої не було виявлено достовірних розбіжностей у рівні депресивної симптоматики. Так в обох групах він дорівнював помірному рівню: у хворих Гр1 ПостСрПв – $10,98 \pm 6,17$, а в Гр2 ІмпСуД – $9,62 \pm 7,51$ ($p = 0,163$). Це також підтвердило базове клінічне співставлення груп за цим критерієм. Але треба зазначити, що рівень депресії визначався на момент дослідження, а не момент прийняття аутодеструктивного (суїцидального) рішення та здійснення СуД, що неможливо довести ретроспективно.

Важливим критерієм оцінки клінічних ознак обстежених груп хворих на ПсРШфС було вивчення особливостей їх СФ. Для цього ми використовували шкалу глобального функціонування (GAF) [120] і шкалу особистісного та соціального функціонування (PSP) [119]. Отримані дані наведено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Розподіл показників рівня соціального функціонування за шкалами GAF та PSP в групах обстежених хворих

Шкали соціального функціонування	Значення загальних показників рівня соціального функціонування (бали $\pm \sigma$)		
	Гр1 ПостСрПв	Гр2 ІмпСуД	Рівень достовірності (p)
GAF	$45,9 \pm 10,55$	$50,41 \pm 9,35^*$	0,017
PSP	$45,98 \pm 10,65$	$50,35 \pm 9,02^*$	0,021

Примітка: * – $p < 0,05$

Результати, отримані за шкалою GAF, підтвердили наявність значних порушень рівня СФ, яке притаманне хворим з ПсРШфС із серйозним його погіршенням у обстежених пацієнтів у всіх сферах їх життя на тлі наявності психотичної чи субпсихотичної симптоматики. Так, за даними клінічного інтерв'ю з пацієнтами, всі вони мали труднощі в роботі, навчанні, організації побуту, в міжособистісних відносинах з близьким оточенням. Зафіксовані результати засвідчили, що рівень порушень СФ при сполучі ПсРШфС та СрПв –

серед пацієнтів Гр1 ПостСрПв – був достовірно вищим, тобто більш значним ($p = 0,017$).

Ці висновки були підтвердженими даними щодо рівня особистісного та СФ, згідно шкали PSP. Отримані результати також продемонстрували наявність значного погіршення функціонування у професійній, соціально-побутовій та міжособистісній сферах в обох групах. Але і за цим опитувальником більш виражений, достовірно гірший рівень порушень СФ було виявлено серед хворих в Гр1 ПостСрПв по відношенню до Гр2 ІмпСуд ($p = 0,021$). Це обґрунтовує висновок, що основою цього саме була перманентна наявність проявів СрПв у хворих першої групи – як обтяжуючий фактор перебігу будь-якого з видів ПсРСШф та наявної соціальної дезадаптації, особливо у міжособистісних стосунках.

Для поглибленого аналізу психопатологічної та особистісної основи формування і патодинаміки СрПв в групах обстежених хворих ми використали інші методики психодіагностичного дослідження, а саме, опитувальника імпульсивності Р. Плучика (IS) [123] та шкалою безнадійності А. Бека (BHS) [122].

Отримані за допомогою IS дані були досить цікавими для розуміння особливостей СрПв у хворих з ПсРШФС та підтвердження запропонованої наукової гіпотези. Згідно результатів тестування, на момент дослідження в групах обстежених хворих був виявлений помірний рівень імпульсивності, ближчий до підвищеного (за нормативами це рівень від 36 до 48 балів), котрий не мав значущої різниці ($p = 0,053$): $33,8 \pm 5,89$ бали в Гр1 ПостСрПв та незначно менший рівень в Гр2 ІмпСуд – $31,48 \pm 7,19$ балів. Те, що рівень імпульсивності був декілька вище серед пацієнтів Гр1 ПостСрПв співвідносилися с критерієм «Зниження контролю спонукань» (G14) за PANSS. Це підтвердило ідею про те, що, незважаючи на переважно більш імпульсивну реалізацію Суд під впливом гострих психотичних переживань пацієнтами Гр2 ІмпСуд, в стані становлення ремісії їм невластива імпульсивність і неконтрольовані емоційні потяги. Отримані результати стали ще одним обґрунтуванням висновку, що купірування

психотичного стану при застосуванні ефективного психофармакологічного лікування достатньо результативної в цій когорті хворих з ПсРШфС. А психокорекційний супровід таких хворих в першу чергу має бути направленим на психоосвітницьку роботу для підтримки ефективного комплайенса.

Згідно даних за VNS, також була відсутньою достовірною різниця за цим критерієм дослідження між групами обстежених пацієнтів з різними видами ПсРШфС ($p = 0,262$). В усіх пацієнтів виявлявся легкий рівень безнадійності: $5,96 \pm 5,06$ балів в Гр1 ПостСрПв та незначно більший рівень в Гр2 ІмпСуд – $6,48 \pm 4,12$ балів. Виявлений більш високий рівень безнадійності серед пацієнтів Гр2 ІмпСуд ми пов'язуємо з тим, що саме в цій групі принципово більшим була кількість хворих на Шф та інші гострі психотичні розлади (ШаР та ГППсР) з більш важким перебігом захворювання.

Таким чином, аналіз результатів щодо клінічних особливостей ПсРШфС в групах обстежених хворих зафіксував їх співставлення в аспекті основної мети дослідження і довів, що відмінність патогенетичних механізмів формування та динаміки СрПв в кожній з груп мала суттєвий вплив і на перебіг основного захворювання.

3.2. Особливості розвитку і маніфестних проявів саморуйнівної поведінки, її мотиваційної структури в реалізації самоушкоджуючих дій у хворих з психотичними розладами спектру шизофренії.

Задля підтвердження висунутої наукової гіпотези про патогенетичну неоднорідність динаміки СрПв у пацієнтів з ПсРШфС було проведено аналіз мотиваційних установок реалізації Суд серед обстежених пацієнтів в обох групах.

Важливим критерієм вивчення маніфестних проявів СрП, його розвитку та патодинаміки у хворих на ПсРШфС в обстежених групах було психодіагностичне дослідження за шкалою вираженості аутоагресивних предикторів (ШАП) [121] – дані представлені у табл. 3.7.

Розглядаючи отримані результати, було виявлено, що достовірно вищі бали за окремими субшкалами зафіксовані тільки в Гр1 ПостСрПв, а саме, це власне вираженість аутоагресивних проявів, рівень імпульсивності та вегетативних порушень. Важливим результатом було те, що найбільш суттєва різниця було виявлено саме за двома останніми показниками, що засвідчили підвищений рівень стрес-реактивності в цих пацієнтів. В цій же групі хворих, тобто при перманентній присутності проявів СрПв в перебігу ПсРШфС, хоча і без статистично значущої різниці, але також більш вищий рівень значень встановлено за показниками агресії, афективних порушень і проблем у міжособистісному контактуванні. Тоді як серед хворих в Гр2 ІмпСуд було зафіксовано незначно вище значення лише за одним критерієм – порушення когнітивних функцій.

Таблиця 3.7

Розподіл показників за субшкалами ШАП в групах обстежених хворих

Субшкали ШАП	Значення показників за субшкалами (бали \pm σ)		
	Гр1 ПостСрПв	Гр2 ІмпСуд	Рівень достовірності (p)
Аутоагресивних проявів	14,14 \pm 11,85*	9,87 \pm 10,50	0,0429
Порушення когнітивних функцій	15,84 \pm 8,22	16,01 \pm 8,93	0,9489
Агресії	9,9 \pm 6,28	8,48 \pm 5,34	0,227
Афективних порушень	18,72 \pm 11,81	16,24 \pm 11,95	0,192
Імпульсивності	7,64 \pm 5,05*	4,87 \pm 4,10	0,007
Порушень міжособистісного контактування	11,34 \pm 7,69	10,17 \pm 7,21	0,339
Вегетативних порушень	19,08 \pm 11,54**	13,79 \pm 9,37	0,008

Примітка: * – $p < 0.05$, ** – $p < 0.01$

Ці результати стали важливим доказовим обґрунтуванням патодинаміки СрПв у хворих, котрі страждають на різні види ПсРШфС. А саме, вони довели що коморбідне сполучення СрПв та ПсРШфС на тлі його хронічного перебігу в Гр1 ПостСрПв має суттєво важкі прояви з точки зору маніфестації та наявності постійної присутності у клінічній картині ознак аутодеструктивної активності. І

саме це є основою для розробки та втілення адекватної системи комплексу лікувально-реабілітаційних заходів щодо цього контингенту пацієнтів.

Окрім вивчення предикторів розвитку СрПв у хворих на ПсРШФС в групах хворих було досліджено мотиваційні установки, що безпосередньо передували та приводили до реалізації Суд, як прояв їх впливу на патогенетичному динаміку аутодеструктивної активності. Таке вивчення здійснювалось шляхом контент-аналізу висловлювань хворих щодо здійснення ними Суд, а саме аналізувалися відповіді пацієнтів на запитання «Чому ви здійснили самоушкодження, скоїли ці дії? (Суд)». Усі пацієнти описували свої мотиваційні установки ретроспективно – на момент, коли відбувалося прийняття аутодеструктивного (суїцидального) рішення.

Проведене клініко-діагностичного інтерв'ю підтвердило суттєві якісні відмінності у мотивації здійснення Суд в Гр1 ПостСрПв Гр2 ІмпСуд. Ці дані наведені в табл. 3.8.

Згідно з отриманими даними, серед усієї вибірки обстежених пацієнтів у 41,1 % випадків (46 хворих) провідною мотиваційною установкою здійснення Суд був вплив імперативних псевдогалюцинацій – усі ці випадки були зафіксовані у Гр2 ІмпСуд (74,2 % пацієнтів цієї групи, $p = 0,000$). Саме вплив імперативних псевдогалюцинацій («наказ» померти, вбити себе, «випустити диявола») як прояв гострого психотичного стану був головною причиною прийняття цими хворими аутодеструктивного рішення як моменту переходу від «усвідомлення» рішення щодо Суд та його здійснення. У Гр1 ПостСрПв не було зафіксовано жодного випадку скоєння Суд під впливом імперативних псевдогалюцинацій серед пацієнтів, що стало підтвердженням дослідницької гіпотези про патогенетично різний характер формування та динаміки СрПв у пацієнтів з ПсРШФС.

Таблиця 3.8

Розподіл в групах обстежених хворих за змістом мотиваційних установок, що передували скоєнню Суд, абс (%).

Мотиваційні установки пацієнтів (висловлювання)	Гр1 ПостСрПв, n = 50	Гр2 ІмпСуд, n = 62
Намагання знизити високий рівень суб'єктивної тривоги: «...хотілось знизити тривогу\напруження...», «...після цього стало легше...»	21 (42,0)**	-
Спосіб (намагання) звернути на себе увагу: «...так вона ж мене не помічала, аж тільки потім зрозуміла, що мені погано...», «...я так робив, щоб вони хоч помітили мене, звернули на мене увагу...»	9 (18,0)**	-
Намагання здолати переживання внаслідок конфлікту в сім'ї: «...дістали конфлікти...», «...не можу більше терпіти ці сварки...»	8 (16,0)**	-
Неможливість прийняти наявність психічного захворювання чи психіатричного діагнозу: «...я таким жити не хочу...», «...кому я такий потрібний...», «...який сенс так жити...»	6 (12,0)**	-
Вплив імперативних псевдогалюцинацій: «...мені наказали (сказали) голоси...»	-	46 (74,2)**
Вплив галюцинаторної симптоматики та маячних ідей (в основному переслідування та впливу): «...вони (голоси) весь час звинувачували мене... говорили, що мені не жити...», «...за мною стежили...», «...не хотів, щоб мене зловили...», «...вони («темні сили», «переслідувачі», «вороги») все одно мене знищать...», «...вони діставали мене і хотіли, щоб я помер...»	-	10 (16,1)**
Маячні ідеї самозвинувачення: «...не хочу жити після того, що зробила...» та «...в роду багато суїцидів, це я винна...»	6 (12,0)	6 (9,7)

Примітка: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Другою за частотою причиною реалізації Суд в Гр2 ІмпСпД була галюцинаторно-маячна симптоматика з переважанням параноїдних маячних ідей – переслідування та впливу. Але вона зустрічалася у 4,6 рази рідше – лише у 16,1% пацієнтів. І лише у 6 пацієнтів цієї групи (9,7% випадків) здійснення Суд

мотивувалося маячними ідеями самозвинувачення, тоді як впливу галюцинаторної симптоматики у них практично не було.

Мотивація загострення аутодеструктивних і переважно суїцидальних тенденцій у хворих на Гр1 ПостСрПв, як підґрунтя реалізації ними Суд, була різноманітнішою і, головним чином, пов'язаною з особистісними переживаннями та психологічними проблемами. Найчастіше безпосереднім мотиваційним приводом здійснення Суд у пацієнтів цієї групи була потреба знизити високий рівень суб'єктивної тривоги (42,0 % випадків) та бажання звернути на себе увагу, хоча ця мотивація фіксувалася серед хворих цієї групи у 2,3 рази рідше (18,0 % випадків).

Випадки, коли реалізація Суд хворими в Гр1 ПостСрПв була обумовлена гостротою маячних ідей самозвинувачення (12,0 % пацієнтів), певною мірою також можна було віднести до психологічного механізму поступового наростання аутодеструктивних тенденцій у ході перебігу процесу хвороби. У цілому ця мотиваційна підгрупа становила десяту частину від усієї когорти обстежених хворих із ПсРШфС – 10,7 % випадків, в тому числі з них 9,7 % хворих в Гр2 ІмпСуд. Однак, у пацієнтів з Гр1 ПостСрПв маячні ідеї самозвинувачення у поєднанні з суїцидальними ідеями були присутні в редукованому вигляді в період стабілізації психічного стану на відміну від хворих на Гр2 ІмпСпД, у яких після усунення гострої психотичної симптоматики практично повністю зникали аутодеструктивні інтенції і значно редукувалися маячні симптоми.

В цілому, враховуючи інші варіанти мотивації реалізації Суд (бажання подолати переживання, викликані конфліктами в сім'ї; неприйняття факту наявності психічного захворювання та психіатричного діагнозу), психогенез формування СрПв серед пацієнтів Гр1 ПостСрПв відображав його динаміку як стрес-реакцію на психотравму. Так, особистісні психотравмуючі переживання різного змісту, що тяжко суб'єктивно переносилися хворими, викликали в них наростання рівня психологічної фрустрації, що, викликало екзацербацию психотичного процесу. Поєднання впливу двох компонентів цього процесу –

психологічного (посилення психотравмуючих переживань) і психопатологічного (екзацербация психотичного стану) – за принципом «замкнутого патологічного кола» істотно загострювало суїцидальні (аутодеструктивні) інтенції у хворих з подальшим прийняттям суїцидального (аутодеструктивного) рішення та безпосередньої реалізації Суд.

Головною особливістю патодинаміки СрПв у хворих в Гр1 ПостСрПв було те, що мотиваційна проблематика, як основа суїцидальних (аутодеструктивних) інтенцій на момент прийняття суїцидального (аутодеструктивного) рішення перед реалізацією Суд, зберігалася у 92,0 % пацієнтів (46 осіб) на момент огляду у вигляді стійких або періодичних суїцидальних мислень. Тобто вже на стадії купірування гострих психотичних проявів та формування стану ремісії і, таким чином, на достатній часовій відстані (до декількох місяців) після скоєння Суд.

За сукупними результатами проведеного дослідження формування та патодинаміки СрПв у хворих на ПсРШФС нами було виділено наступні клініко-мотиваційні типи (КМТ) здійснення Суд у пацієнтів.

Наведені нижче клінічні приклади ілюструють виявлені патогенетичні відмінності таких КМТ щодо кожної з груп обстежених хворих з ПсРШФС. Розподіл пацієнтів в групах за КМТ показано у табл. 3.8 і кількісно відповідає наведеному поділу хворих за змістом мотиваційних установок, що передували скоєнню Суд.

1. Тривожний КМТ.

Пацієнтка В., 18 років. Гр1 ПостСрПв, д-з: ШТР, тривожно-депресивний синдром з галюцинаторно-маячними включеннями.

Хворіє близько 3 років. Аналіз анамнестичних даних (інформація клінічного інтерв'ю та медичної документації) виявив, що хвора з підліткового віку регулярно наносила собі порізи в області передплічч та стегон. Перший раз такі дії вона здійснила ще в школі після отримання поганої оцінки, коли в неї виникло бажання «порізати собі вени» і коли вона почала різати собі шкіру передпліччя неочікувано відчула емоційне полегшення. Надалі В. здійснювала

Суд періодично – в періоди переживань при складних життєвих ситуаціях (внаслідок перевтоми та хвилювань під час екзаменів, конфліктів та /або невдач в міжособистісних стосунках), особливо тоді, коли відчувала несправедливість по відношенню до себе, побоювання сварок батьків чи осудження інших. В таких психологічно важких умовах В. відчувала різке підвищення рівня тривоги, внаслідок чого виникало нестерпне компульсивне бажання наносити собі самопорізи – за словами пацієнтки: «Лише після цього ставало легше... трохи мене відпускало». Хоча Суд несуйцидального характеру (самопорізи) приносили пацієнтці певне психологічне полегшення, але В. відмічала, що суїцидальні думки чи фантазії мали в неї постійний характер на протязі всіх цих років і лише коливалися за ступенем вираженості – глибини занурення в відповідні переживання.

Коли батьки помітили дивакуватості в поведінці дочки (іноді говорила сама до себе, стала значно менше спілкуватися з друзями, днями сиділа в себе в кімнаті за зачиненими дверима) і дізналися про самопорізи, вони звернулися по психіатричну допомогу. На момент першого звернення В. було 16 років, вона двічі проходила стаціонарне лікування. При першій госпіталізації, окрім наявності суїцидальних думок, В. розповідала про наявність голосів: «Це, скоріше, мої думки, що лунали в голові, що все буде погано, мені не треба жити, що в мене нічого не вийде тому, що зі мною може трапитися будь що погане все буде... я не справлюся, я не знаю як впоратися з цим всім...я ні на що неспроможна». Після проведеного стаціонарного лікування почувала себе краще – в стані ремісії в клінічній картині гостра психотична симптоматика була відсутньою, але хвора чітко зазначала, що на протязі всього терміну хвороби практично постійно мала суїцидальні думки як перманентні прояви СрПв, котрі загострювалися при посиленні тривожно-депресивної симптоматики. Суїцидальні ідеї у В., на тлі покращення психічного стану, втрачали свою інтенсивність, ставали періодичними, однак, все одно, зберігалися.

Теперішня госпіталізація була викликана різкими загостреннями психопатологічних проявів внаслідок посилення конфліктів з батьками: а саме,

вираженої тривожно-депресивної симптоматики (постійне занепокоєння при відмові від спілкування, посиленні замкненості, туги) з актуалізацією аутодеструктивних тенденцій і суїцидальних думок в сукупності з рецидивуванням маячних ідей власної неспроможності і псевдогалюцинаторних включень у вигляді звучання власних думок «в тебе не буде життя». Внаслідок екзацерації психопатологічних симптомів В. знову почала наносити себе імпульсивні самопорізи несуйцидального характеру, після чого батьки настояли на її госпіталізації.

В ході стаціонарного лікування із застосуванням психофармакотерапії – призначалися середньодобові терапевтичні дози атипичних нейрولептиків (рисперидон 2 – 4 мг, кветіапін 100 – 200 мг) та антидепресантів (дулоксетин 60 мг) – галюцинаторно-маячна симптоматика редукувалась, рівень тривожно-депресивної симптоматики значно знизився при збереженні суїцидальних думок, але відсутності Суд (несуйцидальні самопорізи). При повторному огляді, який було проведено через місяць, в клінічній картині галюцинаторно-маячна симптоматика була відсутня, але залишалися тривожні симптоми і суїцидальні думки, котрі дещо втратили свою інтенсивність, однак все одно зберігалися.

Даний випадок є клінічним прикладом, коли саме інтенсивне підвищення тривожно-депресивної симптоматики в ситуаціях, які хвора вважала психологічно важкими для себе, було ведучим чинником появи напочатку психотичної симптоматики у коморбідній сукупності з ознаками СрПв (практично постійна наявність суїцидальних думок) з подальшим їх психогенним рецидивуванням в перебігу захворювання, що ставало безпосереднім мотиваційним предиктором переходу від суїцидальних думок до здійснення несуйцидальних Суд.

2. Демонстративний КМТ.

Пацієнтка Г., 20 років. Гр1 ПостСрПв, д-з: ШаР, депресивний тип, депресивно-маячний синдром.

Хворіє 4 роки, 6 разів лікувалась стаціонарно. Аналізуючи анамнестичні дані (інформація клінічного інтерв'ю та медичної документації) було виявлено,

що в клінічній картині загострень психотичного стану мали місце маячні ідеї переслідування в сукупності з депресивною симптоматикою, а в періоди між психотичними епізодами зі стаціонарним лікуванням в клінічній картині маячна (параноїдна) симптоматика була відсутньою. Але хвора на протязі всього терміну хвороби мала прояви СрПв у вигляді практично постійних суїцидальних думок та висловлювань. На тлі покращення психічного стану у Г. маячні ідеї та прояви СрПв втрачали свою інтенсивність, однак все одно зберігалися. Зі слів батьків вона постійно висловлювала їм свої суїцидальні наміри з «опорою» на маячні ідеї переслідування, коли їй було щось потрібно, навіть в періоди ремісії. Двічі на вістрі маячних ідеї здійснювала самоотруєння невеликими дозами нейролептиків та антидепресантів («Мені було так погано, а ніхто навіть не намагається мене захистити. Тому я вирішила, що вмерти краще, і випила те що було в мене поряд...») – останній раз перед теперішньою госпіталізацією.

Психічний стан хворої погіршився за два тижні до огляду, коли вона знову стала висказувати батькам ідеї переслідування: що на роботі за нею нібито стежать якісь чоловіки та намагаються її викрасти для того щоб звалтувати, ніби вона чула як вони це обговорювали. В зв'язку з цим перестала ходити на роботу. Залишалася вдома, не хотіла нічого робити, цілими днями не вставала з ліжка мотивуючи це тим, що все одно її колись знайдуть («Якщо вони (викрадачі) так захотіли, то знайдуть... і навіщо щось робити – мені не жити»). Почала висказувати суїцидальні наміри: «Краще себе вбити, а ніж дати над собою надругатися...». Виказувала «претензії» батькам, поліції, що її ніхто не захищає і все одно, не вбереже. В стані загострення і після здійснення Суд (повторного самоотруєння) була госпіталізована до психіатричної лікарні.

Після проведеного лікування маячна симптоматика дезактуалізувалась, могла критично пояснити причину своєї поведінки: «Батьки не звертали на мене уваги, коли мені погано ставало, а так вони бігали коло мене цілодобово, наче коло маленької... я відчувала хоч якийсь захист».

При повторному огляді, який було проведено через місяць, в клінічній картині у Г. залишались резидуальні маячні ідеї переслідування («Ці гвалтивніки,

все одно, на свободі, і загроза для мене залишається, а мене нікому захищати...»), але виявлялися суїцидальні думки та висловлювання, котрі дещо втратили свою інтенсивність, однак все одно зберігалися. До здійснених Суд відноситься байдуже: «Не хочу говорити про це. Ви не розумієте, як важко, коли тебе загрожують, а допомоги не від кого не має...».

Врахування саме демонстративності як основи для визначення КМТ базувалося на тому, що, не дивлячись на наявність параноїдних маячень і практично постійних суїцидальних думок, Г. маніпулятивно використовувала погіршення стану, щоб привернути до себе увагу, що є досить характерним, зважаючи на молодий вік пацієнтки та її особистісні риси (інфантильність, демонстративність, емоційну лабільність, котрі підтвердилися у психодіагностичному дослідженні). Пацієнтка була включена до Гр1 ПостСрПв у зв'язку з тим, що, не зважаючи на демонстративну маніпулятивність проявів СрПв, вони мали хоча і ундулюючий, але сталий характер.

3. Самостигматизуючий КМТ.

Пацієнт Л., 35р. Гр1 ПостСрПв, д-з: Шф, параноїдна форма, безпервний тип перебігу, галюцинаторно-маячний синдром.

Спадковість психопатологічним розладами не обтяжена. Перший гострий психотичний епізод виник 2 роки за теперішньої госпіталізації. Психічне захворювання дебютувало у вигляді гострої галюцинаторно-маячної симптоматики, тоді ж С. вперше лікувалася в психіатричному стаціонарі. В подальшому, за анамнестичними даними, стаціонарно лікувався три рази. Під час погіршення психічного стану в клінічній картині пацієнта на перший план виходила галюцинаторно-маячна з маячними ідеями впливу та слуховими галюцинаціями коментуючого характеру («Голоси говорили про мене, що я роблю, як роблю») та загострення депресивних маячних ідей неспроможності, меншовартісності («Я гірше за всіх чоловіків навкруги. З мене ніколи не буди ніякого толку. Це вже однозначно. Хвороба вже з'їла мене...»). Перед другою госпіталізацією (за 9 місяців до огляду) на тлі загострення суїцидальних думок внаслідок важкого депресивного настрою, пов'язаного з відчуттям власної

неспроможності здійснив суїцидальну спробу (самоотруєння нейролептиками). Під час огляду чітко зазначив, що Суд здійснював не під впливом галюцинацій – їх мотиваційною основою була саме депресивно-маячна симптоматика у вигляді гострого і стійкого відчуття власної неспроможності щодо неможливості в майбутньому подолання свого хворобливого стану, безперспективності життя: «Навіщо мені жити? Я вже нікому не потрібен такий... Я – хворий, і це все назавжди, я точно знаю...».

Хворий був включений до Гр1 ПостСрПв на підставі стійкості проявів СрПв на протязі всього періоду захворювання. Підтвердженням цьому було те, що, не дивлячись на ефективне психофармакологічне лікування з суттєвим покращенням психічного стану Л. – при повторному огляді через місяць галюцинаторно-маячна симптоматика дезактуалізувалась, залишилися лише прояви постшизофренічної депресії (апато-адинамічна симптоматика, туга, замкненість, редуковані ідеї власної меншовартості), але збереглися прояви СрПв у вигляді суїцидальних висловлювань, хоча вони і втратили свою афективну насиченість («В мене, все рівно, не буде нічого хорошого, я вже такий як є, і навіщо мені жити, краще б я вмер...»).

4. Конфліктний КМТ.

Пацієнтка С., 30 р. Гр1 ПостСрПв, д-з: ШаР, змішаний тип, афективно-маячний синдром.

Вперше психічні порушення у С. виникли 5 років тому. Психічне захворювання дебютувало у вигляді маніаформного стану та афективно-маячної симптоматики, тоді ж С. вперше лікувалася в психіатричному стаціонарі, і в подальшому вона 4 рази лікувалася стаціонарно. Має інвалідність, не працює. Проживає разом з батьками, які постійно конфліктують між собою та намагаються втягувати дочку в свої сварки. С. відмічала в ході клінічного інтерв'ю, що, коли конфлікти між батьками та нею посилювалися, її стан суттєво погіршувався та переходив до депресивної «немічі» з відчуттям та виникненням суїцидальних думок. Основною причиною сварок були претензії батьків, що вона не працює, а вони повинні її утримувати на тлі поганого матеріального

становища родини та витратити гроші на її лікування. Близько року тому здійснила імпульсивні самопорізи судин передпліччя з суїцидальними намірами (Суд). Під час інтерв'ю свій вчинок пояснила: «Дістали сварки з батьками... не можу більше все це терпіти. Я не впораюся зі своїм життям, а вони завжди від мене чогось вимагають».

Під час останнього погіршення психічного стану в клінічній картині С. на першому плані була афективно-маячна симптоматика зі змішаним станом переходу від маніаформних маячних ідей збагачення із психомоторним збудженням до депресивно-маячної симптоматики з відчуттям нікчемності та непотрібності нікому. Але суїцидальні думки зберігалися практично весь час, змінювалося лише їх підґрунтя та націленість: на тлі депресивно-маячної симптоматики посилювалися суїцидальні тенденції на кшталт «негативного життєвого балансу», тоді як при маніаформному стані проявлялися аутодеструктивні настанови з бажанням власної смерті як помсти батькам («Я вб'ю себе, а вони хай страждають. І ніяких грошей, які я зароблю їм не віддам. Хай їх у тюрму посадять, що вони мене до смерті замордували...»).

На фоні психофармакологічного лікування стан покращився. При повторному огляді через місяць було зафіксовано дезактуалізацію афективно-маячної симптоматики. В той же час, прояви СрПв у вигляді суїцидальних висловлювань, хоч втратили свою афективну насиченість, все рівно присутні.

Підтвердженням конфліктного типу мотивації Суд у патодинаміці СрПв є те, що у С. аутодеструктивні прояви значно посилювалися при зростанні конфліктів в сім'ї. Саме під час значної сварки вона здійснила імпульсивну суїцидальну спробу. Включення цієї хворої до Гр1 ПостСрПв обґрунтовано тим, що прояви СрПв мали місце на протязі більшої частини часу захворювання, не тільки в депресивно-маячному стані, а й зберігалися навіть при маніаформному варіанті психотичних епізодів, хоча і з іншим психологічним підґрунтям.

5. Галюцинаторно-імперативний КМТ.

Пацієнт О., 42р. Гр2 ІмпСуд, д-з: шизофренія, параноїдна форма, безпервний тип перебігу, галюцинаторно-маячний синдром.

Вперше психічні порушення у О. виникли 10 років тому у вигляді гострої галюцинаторно-маячної симптоматики – тоді він вперше лікувався в психіатричному стаціонарі. За час перебігу Шф 8 разів лікувався стаціонарно. Під час погіршення психічного стану в клінічній картині пацієнта на перший план виходила галюцинаторно-маячна симптоматика з вербальними псевдогалюцинаціями імперативного характеру та параноїдними ідеями переслідування: «Голоси в голові говорять, що робити – мовчати або не рухатися, або ще щось робити...». За 6 місяців до огляду під час гострої екзацерації психотичного стану та під впливом імперативних псевдогалюцинацій О. здійснив Суд – вдарив себе ножом в область серця, пояснивши цей вчинок: «Мені голос наказав зробити це, я і зробив».

При покращенні психічного стану на тлі лікування гострота психотичного стану дезактуалізувалася, хоча й фіксувалася наявність редукованих вербальних псевдогалюцинацій («Голос в голові є, іноді він наказує мені щось...») та маячних ідей переслідування («Вони все рівно слідкують за мною...»), але будь-яких аутодеструктивних проявів (думок, імпульсивних потягів) виявлено не було. На момент повторного огляду через місяць О. також категорично заперечував наявність суїцидальних (аутодеструктивних) думок чи будь-яких інших проявів СрПв. Саме тому у дослідженні, цього пацієнта було включено до Гр2 ІмпСуд.

6. Маячний КМТ.

Пацієнтка К., 32р. Гр2 ІмпСуд д-з: шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу, галюцинаторно-маячний синдром.

Спадковість психопатологічна обтяжена по батьківській лінії – на шизофренію хворіла рідна сестра матері. Вперше психічні порушення у К. виникли 7 років тому у вигляді гострої галюцинаторно-маячної симптоматики, коли вона вперше лікувалася в психіатричному стаціонарі. За період хвороби К. 4 рази лікувалася стаціонарно. В періоди загострення психотичної симптоматики в клінічній картині пацієнтки на перший план виходила маячна симптоматика з параноїдними ідеями переслідування та загострювалися вербальні галюцинації з

погрожуючим на осуджуючим змістом. Під час попереднього загострення психічного стану за 9 місяців до обстеження К. здійснила Суд – вистрибнула з вікна 2 поверху, пояснивши їх так: «Вони весь час слідкували за мною, хотіли зробити мені погано. Вони («погані сили») витягують мою душу, моє життя, тому краще померти, а ніж опинитися у них в руках. Це неможна перенести».

На тлі лікування психічний стан К. покращився – редукувалися гострі маячні параноїдні ідеї, купірувалися вербальні галюцинації. При покращенні психічного стану у хворої разом з дезактуалізацією маячних ідеї та відсутністю галюцинаторних симптомів зникли прояви СрПв – тому пацієнтка була віднесена до Гр2 ІмпСуд. В подальшому, при огляді напередодні виписки з стаціонару (через місяць після діагностичного обстеження) К. повністю заперечувала наявність суїцидальних думок чи будь-яких інших проявів СрПв: «Мені стало краще. Я розумію, що ніхто, ніякі потайбичні сили мене не шукають. Я не хочу робити собі нічого поганого».

7. Депресивний КМТ.

Пацієнтка А., 28 років. Гр2 ІмпСуд д-з: ГППсР з симптомами шизофренії, депресивно-маячний синдром с галюцинаторними включеннями.

За свідченням А. захворювання дебютувало за 6 місяців до огляду у вигляді ознак маячного сприйняття навколишнього, про що нікому в родині не говорила. Але близько місяця тому психічний стан хворої суттєво погіршився – різко припинила спілкування з друзями та рідними, які почали помічати, що А. поводить себе дивакувато (говорить сама з собою, неадекватно поводить себе). Психічні порушення загострювалися, та напередодні госпіталізації хвора зачинилася в кімнаті і довго нікого не впускала. Вибивши двері, рідні виявили, що вона здійснила глибокі самопорізи в області обох передпліч. Після чого А. була спрямована до травматологічного пункту, де їй ушили рани, а потім в госпіталізована до психіатричної лікарні у стані гострого психозу з мегаломанічним депресивним маяченням самозвинувачення. А. заперечувала наявність галюцинаторної симптоматики, але при первинному огляді в її поведінки виявлялись ознаки галюцинаторного синдрому – з паузами

відповідала на питання, до чогось прислуховуючись. Скоєння Суд мотивувала наступними висловлюваннями: «Це я винна в тому, що йде війна. Мені не треба жити, я всім завинила та мушу померти...».

На фоні психофармакологічного лікування стан А. покращився. При повторному огляді через місяць депресивно-маячна симптоматика дезактуалізувалась – залишилась резидуальні маячні ідеї самозвинувачення, галюцинаторні включення купірувалися. А. активно заперечувала думки про скоєння будь яких Суд, а про скоєне жалкувала: «Це нібито не я, не знаю, навіщо я таке зробила. Це ще одна моя провина перед рідними...». Отже, на основі того, що після редукції психотичної симптоматики, а саме депресивних маячних ідей самозвинувачення, у пацієнтки не виявлялися прояви СрПв, тому А. була віднесена до даної групи.

Всі наведені клінічні приклади довели різницю у мотиваційному підґрунті здійснення Суд у визначених групах пацієнтів.

У хворих на ПсРШфС в Гр1 ПостСрПв було виявлено тривожний, демонстративний, самостигматизуючий, конфліктний та депресивний типи з відповідним мотиваційним змістом скоєння Суд. В основі мотивації здійснення суїцидальних чи аутодеструктивних дій в цій групі пацієнтів були особистісні переживання, пов'язані з психологічними проблемами, не зважаючи на наявність психотичного регістру симптоматики. В переважній більшості випадків саме особистісно значущі психотравмуючі події викликали у хворих загострення психопатологічної симптоматики, що провокувало прийняття суїцидального рішення і безпосередню реалізацію Суд. Але в цій групі після покращення психічного стану на тлі лікування прояви СрПв в хворих, на жаль, принципово не зникали, а лише дезактуалізувалися.

Навпроти, наведені приклади доказово продемонстрували, що серед хворих в Гр2 ІмпСуд основними мотиваційними факторами, що безпосередньо спонукали пацієнтів до переважно імпульсивного здійснення Суд було різке загострення психотичної симптоматики з переважанням імперативних

псевдогалюцинацій та гострих маячних ідей. Саме тому в цій групі хворих було зафіксовано імперативний (галюцинаторно-імперативний), маячний та депресивний типи мотивації реалізації Суд. А після купірування гострого психотичного стану в цих пацієнтів прояви СрПв або повністю редукувалися, або настільки зменшували свою інтенсивність, що майже не впливали на подальшу поведінку хворих.

Дані щодо відповідності провідного психопатологічного синдрому, встановленому КМТ щодо здійснення Суд наведено в табл. 3.9

Таблиця 3.9

Розподіл обстежених хворих в групах за провідним клінічним синдромом та у відповідності до визначених клініко-мотиваційних типів, абс. (%)

Групи	КМТ	Провідні клінічні синдроми			
		Галюцинаторно-маячний	Афективно-маячний	Тривожно-депресивний	Психопатоподібний
Гр1 Пост СрПв (n = 50)	Конфліктний	7 (14,0)	3 (6,0)	-	2 (4,0)
	Самостигматизуючий	4 (8,0)	6 (12)	-	-
	Демонстративний	1 (2,0)	6 (12,0)	2 (4,0)	1 (2,0)
	Тривожний	1 (2,0)	6 (12,0)	1 (2,0)	-
	Депресивний	1 (2,0)	9 (18,0)	-	-
Гр2 ІмпСуд (n = 62)	Імперативний	39 (62,9)**	7 (11,3)	-	-
	Маячний	5 (8,1)	5 (8,1)	-	-
	Депресивний	2 (3,2)	4 (6,4)	-	-

Примітка: ** – $p < 0,01$

Дослідження співвідношення КМТ щодо здійснення Суд з провідними клінічними синдромами в Гр1 ПостСрПв і Гр2 ІмпСуд засвідчили значну різницю в їх представленості. Так, в Гр1 ПостСрПв найбільша кількість випадків була зафіксована у пацієнтів з конфліктним (24,0 %), тривожним (22,0%), самостигматизуючим та демонстративним (по 20,0%) КМТ. Тоді як Гр2

ІмпСуд достовірною більшістю випадків була виявлена при імперативному КМТ (74,2%). Це засвідчило більш різноманітний розподіл КМТ при наявності перманентних проявів СрПв у хворих з різними видами ПсРШфС. А також довело що у тих хворих, в яких маніфестація СрПв виникала за вторинним патогенетичним механізмом по відношенню до гостроти психотичного епізоду і з імпульсивною реалізацією Суд на її вістрії провідним КМТ є саме його імперативний тип.

Поглиблене вивчення співвідношення КМТ з даними психометричного дослідження наведено в табл.3.10 – 3.11. Треба зазначити, що ми не отримали достовірного статистичного підтвердження в порівнянні розподілу хворих за КМТ між ними у зв'язку з нерівномірністю поділу за кількістю випадків та їх малим обсягом в окремих типах та між досліджуваними групами. Але наявна різниця в статистичних даних – за деякими показниками в 1,5 – 2 рази і більше – дала підставу їх проаналізувати та зробити висновок, що є певне доказове підґрунтя відмежовувати окремі КМТ, насамперед, при розробці й проведенні лікувально-реабілітаційних заходів з хворими на ПсРШфС з проявами СрПв.

Результати аналізу співвідношення КМТ та структури психопатологічної симптоматики за PANSS представлено у табл. 3.10. Треба відмітити, що в таблиці наведені лише ті критерії PANSS за субшкалами P, N, G, за якими було виявлено явну тенденцію до суттєвої різниці у вираженості психопатологічної симптоматики. Не враховувалися ті показники (симптоми) субшкал різниці в балах в яких в усіх КМТ в обох групах не перевищувала 1 бал.

Таблиця 3.10

Вираженість показників за субшкалами PANSS у відповідності до КМТ щодо здійснення Суд в групах хворих (бали $\pm \sigma$)*

Показники (симптоми) субшкал PANSS	Гр1 ПостСрПв					Гр2 ІмпСуд		
	КМТ					Маячний	Імператив- ний	Депресив- ний
	Конфлікт- ний	Самостигма- тизуючий	Демонстра- тивний	Тривож- ний	Депресив- ний			
P1 (маячення)	4,0 \pm 1,07	4,5\pm1,05	4,89\pm0,93	3,81 \pm 1,25	3,0\pm1,67	4,4 \pm 0,70	4,46 \pm 1,22	3,67 \pm 0,82
P2 (дезорганізація мислення)	2,88 \pm 0,99	3,5\pm0,55	3,56\pm1,13	3,19 \pm 0,98	2,5\pm1,23	3,3 \pm 0,95	3,67 \pm 1,03	3,0 \pm 0,63
P3 (галюцинації)	2,5 \pm 0,76	2,67 \pm 1,03	3,22\pm0,67	2,67 \pm 0,74	2,17\pm0,99	2,1 \pm 0,98	2,85 \pm 1,15	2,33 \pm 0,82
P5 (ідеї величі)	3,13 \pm 1,64	4,33\pm1,21	2,78\pm1,72	2,91 \pm 1,22	2,83 \pm 1,83	3,4\pm0,97	2,87 \pm 1,42	2,33\pm1,51
P6 (ідеї переслідування)	3,5 \pm 1,93	4,33\pm1,86	2,44\pm1,24	2,76 \pm 0,94	2,67 \pm 1,21	3,0 \pm 1,21	3,24\pm1,34	2,30\pm1,21
P7 (ворожість)	2,13 \pm 1,31	3,67\pm1,51	1,56\pm0,73	1,57\pm0,68	1,67 \pm 1,03	1,5 \pm 1,03	1,63 \pm 0,8	1,5 \pm 0,55
N2 (емоційна відгородженість)	2,5 \pm 1,07	3,5\pm1,05	2,33\pm1,12	2,67 \pm 0,8	2,67 \pm 1,03	2,5 \pm 1,03	2,46 \pm 1,05	2,5 \pm 1,05
N5 (порушення абстрактного мислення)	2,38 \pm 1,07	3,17\pm0,75	3,0 \pm 1,58	2,86 \pm 1,1	2,17 \pm 0,98	2,1 \pm 0,98	3,1\pm1,22	2,0\pm0,9
N7 (стереотипність мислення)	2,5 \pm 1,31	3,33\pm1,21	2,89 \pm 1,62	2,29 \pm 0,68	2,0\pm1,1	3,2\pm0,79	3,2\pm1,22	2,17 \pm 0,98
G1 (соматизація)	2,63 \pm 1,60	3,33\pm2,25	2,22 \pm 1,2	2,52 \pm 1,03	2,0\pm0,89	3,1\pm0,88	2,43 \pm 1,19	2,0\pm1,09
G2 (тривожність)	3,75\pm0,71	3,17 \pm 0,75	2,56\pm1,22	2,57\pm0,93	2,67 \pm 1,03	2,5 \pm 0,82	2,70 \pm 1,07	2,67 \pm 0,52
G4 (внутрішнє напруження)	2,88 \pm 1,36	3,83\pm0,98	2,11\pm1,27	2,71 \pm 1,15	3,17 \pm 1,17	2,3 \pm 1,2	2,6 \pm 1,27	2,83 \pm 1,47
G6 (депресія)	2,25 \pm 1,36	2,5 \pm 0,84	1,67\pm1,2	2,86 \pm 1,35	3,33\pm1,63	2,7 \pm 1,63	2,46 \pm 1,35	2,5 \pm 1,38
G9 (незвичайний зміст мислення)	3,5 \pm 1,60	3,83\pm1,94	2,0 \pm 1,0	2,05 \pm 0,87	1,83\pm0,98	3,3 \pm 1,77	3,50\pm1,68	2,17\pm1,12
G12 (порушення суджень та критики)	4,38\pm1,51	4,33\pm1,63	3,33 \pm 1,22	3,52 \pm 0,98	3,0\pm1,67	4,6 \pm 1,17	4,28 \pm 0,91	4,33 \pm 1,03
G15 (аутизація)	4,25\pm1,04	3,67 \pm 1,51	3,89 \pm 0,93	3,24 \pm 0,70	3,0\pm1,17	2,9 \pm 0,12	2,54 \pm 1,30	2,67 \pm 1,21

* Примітка: жирний шрифт та підкреслення застосовано для максимальних значень, жирний косий шрифт – для мінімальних

Основний загальний висновок стосується наступних результатів. Не дивлячись на те, що за узагальненими значеннями по кожній з субшкал за PANSS (P, N, G – див. табл. 3.4) не було виявлено статистично достовірної різниці між групами хворих, однак, були зафіксовані якісні відмінності вираженості психопатологічної симптоматики за PANSS проміж двома групами в цілому у відповідності до окремих КМТ (див. табл. 3.10).

У хворих Гр1 ПостСрПв по кожному з показників, наведених у таблиці, виявлялася явна тенденція до суттєвої різниці у вираженості психопатологічної симптоматики: від дуже слабкої вираженості (2 бали за метрикою шкали) до помірної (4 бали за метрикою шкали) на границі зі значенням в 5 балів (сильна вираженість симптомів). Тоді як у пацієнтів Гр2 ІмпСуд по багатьох критеріям, особливо щодо більшості показників (симптомів) субшкали загальних симптомів (G), різниця в балах за КМТ була майже відсутньою – розбіг значень при всіх КМТ не перевищував 1 балу. Це стало ще одним підтвердженням, що на етапі становлення ремісії стан хворих Гр2 ІмпСуд мав тенденцію до зглаженості, відповідно до перебігу хвороби і не підпадав під патомодифікуючий коморбідний вплив наявності СрПв, котрий вочевидь спостерігався в Гр1 ПостСрПв.

Єдиний показник, за яким було виявлено різницю, це симптом аутизації (G15), який відображає вираженість заглиблення в хворобливі внутрішні переживання, що призводить до порушень адаптації в повсякденні та соціальній компетентності. Так, рівень значень цього показника був дуже слабким серед хворих групи Гр2 ІмпСуд (в середньому – $2,7 \pm 0,22$ бали), тоді як в Гр1 ПостСрПв його середнє значення серед всіх КМТ було в 1,4 вищим ($3,78 \pm 0,46$ бали).

Проведений аналіз виявив, що найвищі значення вираженості психопатологічної симптоматики в Гр1 ПостСрПв у відповідності до окремих КМТ щодо реалізації Суд були у хворих зі самостигматизуючим типом. Так, саме в цій підгрупі хворих було зафіксовано найвищі значення переважної більшості показників субшкали позитивних симптомів (P). Дослідження

проводилося на етапі становлення ремісії, але рівень значень за показниками P1 (маячення) та P5, P6 (ідеї величі переслідування) у цих пацієнтів був помірним – в середньому $4,37 \pm 0,25$. Тобто вплив маячення на загальний психічний стан зберігалось в них в цей період лікування. Лише рівень галюцинаційної симптоматики у пацієнтів з цим типом мотивації був слабкої вираженості (P3). Важливо, зазначити, що лише при самостигматизуючому КМТ спостерігались вербальні прояви гніву і пасивно-агресивної поведінки у вигляді неприязного ставлення до оточуючих й сарказму – рівень значення показника ворожості (P7) перевищував в середньому в 2,1 рази це значення при інших типах, при яких рівень цього симптому був вкрай слабким або і зовсім відсутнім. Також при цьому типі зафіксовані найвищі значення за показниками субшкали негативних симптомів (N – в середньому $3,3 \pm 0,1$) з наявністю проявів емоційної відгородженості як емоційного залучення в життєві події (показник N2) у сполучі з порушеннями абстрактного мислення та його стереотипності (N5, N7). Додаткову специфіку цьому КМТ як такому, при котрому значні порушення мислення мали формоутворююче значення, додавали найвищі значення (помірного рівня вираженості) за окремим критеріями субшкали загальних психопатологічних симптомів G: G4 (внутрішнє напруження), G9 (незвичайний зміст мислення), G12 (порушення суджень та критики) – в середньому $3,97 \pm 0,46$. Отримані дані засвідчили, що хворі зі самостигматизуючим КМТ щодо здійснення Суд потребують значної уваги при проведенні лікувально-реабілітаційних заходів, виходячи саме з того, що в них, навіть при редукуванні гострих психотичних симптомів, зберігається вплив хворобливих ідей, котрі проявляються і у збереженні проявів СрПв.

Аналізуючи дані за іншими видами КМТ щодо здійснення Суд в Гр1 ПостСрПв, було виявлено, що найнижчі значення за багатьма показниками субшкал PANSS, мали пацієнти з депресивним типом. В цих хворих на момент дослідження найвищий бал мав симптом депресії (G6), хоча і слабкого рівня вираженості ($3,33 \pm 1,63$ бали). Показники в 3.0 бали у цих хворих було зафіксовано по показниках маячення (P1), порушення суджень та критики (G12)

та аутизації (G15). Це свідчило, що для цих хворих заглиблення у хворобливі переживання з депресивно-маячним змістом є підґрунтям для збереження проявів СрПв. Також в цій підгрупі пацієнтів зафіксовано відсутність ворожості, і в цілому за субшкалою P рівень вираженості симптомів був слабким, не перевищуючи 3 бали, а за субшкалою N – дуже слабким (в середньому $2,27 \pm 0,38$ балів).

Схожі низькі результати за значеннями показників, відповідно до субшкал PANSS, було зафіксовано і у хворих з тривожним КМТ. Лише рівень вираженості маячення (P1) наближався до помірною. Сукупність значення цього показника із показниками дезорганізації мислення (P2), порушення суджень та критики (G12) та аутизація (G15) за рівнем вираженості навіть перевищували значення відповідних показників при депресивному КМТ, в середньому дорівнюючи $3,42 \pm 0,29$ бали. Ці результати виявили, що у пацієнтів з тривожним КМТ щодо реалізації Суд на етапі становлення ремісії зберігаються більш виражені психопатологічні симптоми у сукупності з проявами СрПв. Тому вони потребують цілеспрямованого фокусування на відповідній симптоматиці задля запобігання рецидивування Суд.

У пацієнтів з демонстративним КМТ щодо реалізації Суд, як не дивно, також були виявлені низькі значення за багатьма показниками субшкал PANSS. Але саме в цій підгрупі хворих зафіксоване найвище значення за субшкалою позитивних симптомів (P) – а саме, маячення (P1), котре було близьким до важкого рівня тяжкості ($4,89 \pm 0,93$). Також в цій підгрупі – серед всіх КМТ в групі Гр1 ПостСрПв – були виявлені найвищі значення за показниками дезорганізація мислення (P2) та галюцинаторної симптоматики (P3), що сукупно з симптомом маячення в середньому дорівнювало помірному рівню вираженості в $4,17 \pm 0,83$ балів. Одночасно при цьому КМТ було зафіксовано відсутність проявів депресії (G6) та ворожості (P7).

У хворих з конфліктним типом КМТ в Гр1 ПостСрПв помірний рівень симптомів за PANSS на момент дослідження зберігався по показниках P1 (маячення), G12 (порушення суджень та критики) та G15 (аутизація). У цих

хворих було зафіксовано найвищий рівень тривожності із суб'єктивним переживанням нервозності, занепокоєння або хвилювання (показник G2) серед усіх пацієнтів Гр1 ПостСрПв, а також вираженість симптоматики понад 3 бали по показниках ідеї величі й переслідування (P5, P6), а також G9 (незвичайний зміст мислення). Ці дані засвідчили, що сполука тривожності, наявності параноїдного маячення та аутизації є основними фокусами для формування тактики лікувально-реабілітаційної роботи з пацієнтами, котрі мають конфліктну мотивацію у динаміці СрПв та реалізації Суд.

Таким чином, в Гр1 ПостСрПв при всіх КМТ щодо здійснення Суд найбільший патогенетичний вплив мали маячні симптоми та інші ознаки порушення мислення.

Вивчення відповідності вираженості психопатологічної симптоматики до різних КМТ в групі Гр2 ІмпСуд виявило, що, насамперед, в цій групі були виявлені зовсім інші типи мотивації щодо здійснення Суд, ніж в Гр1 ПостСрПв, виключаючи депресивний тип. Окрім того, важливим результатом вивчення було те, що психопатологічні прояви за більшістю показників, згідно PANSS, були майже рівні при всіх трьох КМТ, не перевищуючи діапазон одного балу. Серед всіх показників субшкал PANSS в групі Гр2 ІмпСуд найвищі значення – помірного рівня вираженості симптоматики – при всіх типах на момент дослідження були зафіксовані за показниками маячення (P1, в середньому – $4,13 \pm 0,41$ бали) та зниження критики до свого стану (G12 в середньому – $4,4 \pm 0,17$ бали), а симптоми ворожості (P7) були відсутні. Середні значення за субшкалою P було слабким (при маячному типі – $3,13 \pm 0,96$ балів в середньому) чи дуже слабким (в середньому при імперативному (галюцинаторно-імперативному) – $2,95 \pm 1,0$ балів та $2,5 \pm 0,74$ балів – при депресивному типах). Стосовно окремих КМТ щодо здійснення Суд в групі Гр2 ІмпСуд, можна зазначити, що, як і серед хворих Гр1 ПостСрПв, найнижчі значення за багатьма показниками субшкал PANSS, мали пацієнти з депресивним типом.

Розглядаючи результати ШАП між двома групами в цілому у відповідності до окремих КМТ щодо здійснення Суд у хворих з ПсРШфС, було виявлено

прояви складових пресуїцидального синдрому у всіх хворих (див. табл. 3.11). Їх значення не мали статистично значущої різниці за окремими показниками та майже не перевищували помірний рівень, тому що дослідження проводилося у період виходу з гострого психотичного стану та початку становлення ремісії.

Таблиця 3.11

Вираженість показників за субшкалами ШАП у відповідності до КМТ щодо здійснення Суд в групах хворих (бали $\pm \sigma$)*

Субшкали ШАП	Гр1 ПостСрПв					Гр2 ІмпСуд		
	КМТ					Маячний	Імперативний	Депресивний
	Конфліктний	Самостигматизуючий	Демонстративний	Тривожний	Депресивний			
Аутоагресивних проявів	<u>15,5±15,1</u>	<u>7,5±9,7</u>	14,44±10,4	15,1±12,0	15,2±12,6	<u>12,7±15,5</u>	9,94±9,7	<u>4,67±4,8</u>
Порушення когнітивних функцій	16,63±4,9	<u>9,33±5,2</u>	15,22±9,1	<u>17,19±8,4</u>	<u>17,5±11,0</u>	<u>20,9±8,2</u>	15,39±8,8	<u>12,67±9,8</u>
Агресії	<u>12,5±6,7</u>	<u>5,33±4,1</u>	9,67±6,7±	10,38±6,3	9,67±6,3	<u>11,2±6,0</u>	8,15±5,3	<u>6,5±2,4</u>
Афективних порушень	<u>21,0±10,4</u>	<u>10,17±7,8</u>	17,0±12,2	<u>21,1±12,6</u>	18,5±12,7	<u>23,5±14,1</u>	15,48±11,4	<u>10,0±7,4</u>
Імпульсивності	<u>9,0±4,9</u>	<u>3,33±2,0</u>	7,44±5,7	8,29±5,1	8,17±5,3	6,9±5,2	4,7±3,9	<u>2,83±2,5</u>
Порушень міжособистісного контактування	<u>15,13±6,3</u>	<u>5,5±4,5</u>	9,67±8,5	12,52±8,1	10,5±7,1	<u>16,0±4,4</u>	9,39±7,4	<u>6,5±3,6</u>
Вегетативних порушень	19,63±13,7	<u>8,83±4,1</u>	<u>22,0±14,4</u>	19,86±9,7	<u>21,5±12,8</u>	<u>17,0±9,1</u>	13,83±9,7	<u>8,17±3,9</u>

* Примітка: жирний шрифт та підкреслення застосовано для максимальних значень, жирний косий шрифт – для мінімальних

Але аналізуючи вираженість рівня показників окремих компонент пресуїцидального синдрому, згідно ШАП, в групах дослідження при різних КМТ щодо здійснення Суд, за виявленими тенденціями можна стверджувати, що є суттєва різниця у патогенетичних механізмах формування та динаміки СрПв у досліджених групах в цілому та при окремих типах. Так, аналізуючи всю палітру проявів пресуїцидального синдрому, можна стверджувати, що при різних КМТ у пацієнтів Гр1 ПостСрПв він представлений більш виразно, чим у хворих Гр2 ІмпСуд як за рівнем значень, так і змістовно.

Найбільший рівень власне аутоагресивних спонукань, котрий не перевищував помірного рівня, було зафіксовано в Гр1 ПостСрПв при всіх типах, окрім самостигматизуючого – при цьому КМТ всі показники ШАП були найменшими. Але навіть в цілому середнє значення цього показника в даній групі хворих було вище на 4,44 бали за таке ж значення в Гр2 ІмпСуд ($9,1 \pm 4,1$ балів проти $13,54 \pm 3,4$ в Гр1 ПостСрПв). Ці результати засвідчили, що навіть при становленні ремісії без гостроти психотичних симптомів у більшості пацієнтів в Гр1 ПостСрП аутоагресивні тенденції зберігаються та впливають на їх психічний стан і поведінку. Найвищий рівень значення аутоагресивних ідей в Гр1 ПостСрП було зафіксовано у хворих з конфліктним КМТ, а в Гр2 ІмпСуд – у пацієнтів з маячним КМТ. Найнижчі значення було виявлено при самостигматизуючому КМТ в Гр1 ПостСрП та при депресивному типі в Гр2 ІмпСуд.

За описом пресуїцидального синдрому К. Менінгером [51], окрім рівня аутоагресивних спонукань, ще одним з його компонентом є рівень агресивності. За отриманими даними, згідно ШАП, в обох групах було зафіксовано її помірний рівень. Найбільший рівень агресивності був виявлений у пацієнтів з конфліктним типом (Гр1 ПостСрПв) та маячним типом (Гр2 ІмпСуд). Тоді як найменший рівень агресії було зафіксовано при самостигматизуючому (Гр1 ПостСрПв) та депресивному (Гр2 ІмпСуд) типах. Але різниця загального середнього рівня агресивності серед груп була зовсім незначною – з різницею у 0,78 бали: а саме, в Гр1 ПостСрПв – $9,44 \pm 2,5$ та в Гр2 ІмпСуд – $8,66 \pm 2,3$ бали.

Порушення когнітивних функцій, на загал те ж помірного рівня, мали певні розбіжності в групах в цілому. Маються на увазі викривлені уявлення щодо тестування реальності та самоусвідомлення, хоча йдеться про пацієнтів з психотичним рівнем розладів. Отримані результати ґрунтувалися на різниці у патогенетичних механізмах формування СрПв в групах. Так трохи більшим загальне середнє значення порушень когнітивних функцій було у групі в Гр2 ІмпСуд – $16,33 \pm 4,1$ бали, саме завдяки найвищому рівню значення цього показника серед всіх КМТ щодо здійснення Суд у хворих з маячним типом – $20,9 \pm 8,2$ балів. В Гр1 ПостСрПв загальне середнє значення склало за цим критерієм склало $15,66 \pm 3,4$ балів, з найвищими рівнем значень у пацієнтів з депресивним та тривожним типами.

Найбільшу ступінь афективних порушень (показники понад 20 балів, але в континуумі помірних порушень), як не дивно, було виявлено у хворих з маячним КМТ (Гр2 ІмпСуд), а також при конфліктному та депресивному типах в Гр1 ПостСрПв. Тим не менш, якщо в Гр1 ПостСрПв загальне середнє значення склало $17,56 \pm 4,5$ балів (помірний рівень порушень), то в Гр2 ІмпСуд воно було нижче на 1,22 бали ($16,33 \pm 6,8$ бали), і це легкий рівень порушень. Найнижчий рівень значень за цим критерієм було зафіксовано при самостигматизуючому КМТ (Гр1 ПостСрПв) та депресивному типі в Гр2 ІмпСуд. Тобто і за цим показником, не дивлячись на відсутність статистично значущої різниці, більш високий рівень афективних порушень, саме за самооцінкою пацієнтів, був притаманний хворим Гр1 ПостСрПв. А також була виявлена значна різниця в значеннях рівня цих порушень при різних КМТ.

За критерієм імпульсивності помірний рівень порушень було зафіксовано в Гр1 ПостСрПв - загальне середнє значення в цій групі склало $7,24 \pm 2,3$ бали. Тоді як загальне середнє значення щодо рівня імпульсивності Гр2 ІмпСуд було 1,5 рази меншим ($4,8 \pm 2,1$ бали) та відносилося до легкого рівня. Тобто серед пацієнтів Гр2 ІмпСуд схильність до імпульсивних вчинків на момент дослідження була майже відсутньою – навіть максимальний рівень значення у

хворих з маячним КМТ дорівнював $6,9 \pm 5,2$ балам, що є показником легкого рівня імпульсивності.

Максимальні значення за критерієм порушень міжособистісних контактів було виявлено при маячному КМТ в Гр2 ІмпСуд ($16,0 \pm 4,4$ балів – виражений рівень) та при конфліктному типі в Гр1 ПостСрПв ($15,13 \pm 6,3$ балів – помірний рівень), що відповідає змісту сталих мотиваційних установок по відношенню до оточуючих в цих підгрупах пацієнтів. Хоча різниця в загальному середньому значенні по кожній з груп склала лише $0,03$ бали: $10,66 \pm 3,6$ балів в Гр1 ПостСрПв та $10,63 \pm 4,9$ – в Гр2 ІмпСуд. Треба відмітити, що і за цим критерієм найнижчий рівень значень був зафіксовано при самостигматизуючому КМТ (Гр1 ПостСрПв) та депресивному типі в Гр2 ІмпСуд.

Рівень вегетативних порушень має свою певну значущість в структурі пресуїцидального синдрому, навіть при розладах психотичного спектру. Було виявлено достатня розбіжність в їх рівні між групами обстеження, хоча і без статистичної достовірності. Вона склала $5,36$ балів: загальне середнє значення в Гр1 ПостСрПв – $18,36 \pm 3,4$ балів (помірно виражений рівень порушень) та в Гр2 ІмпСуд – $13,0 \pm 4,5$ балів (легкий рівень). Така різниця була пов'язана, в тому числі, зі збереженням аутодеструктивних проявів у хворих Гр1 ПостСрПв. Так, у більшості пацієнтів цієї групи спостерігався помірний рівень вегетативних порушень – від $19,6$ до $22,0$ балів (найвищі значення при демонстративному та депресивному КМТ), тоді як в Гр2 ІмпСуд помірний рівень цих порушень на момент дослідження було виявлено лише при маячному КМТ ($17,0 \pm 9,1$ балів). Мінімальні значення за цим критерієм, як і за іншими, фіксувалися при самостигматизуючому (Гр1 ПостСрПв) та депресивному КМТ (Гр2 ІмпСуд).

Оцінка показників за ШАП при окремих КМТ засвідчила, що найвищий рівень значень було виявлено в Гр1 ПостСрПв при конфліктному типі (середнє значення – $15,62 \pm 4,1$ балів з максимальним рівнем показників практично за всіма компонентами шкали). Також високі загальні середні значення за окремими типами в цій групі було виявлено при тривожному та депресивному типах: $14,9 \pm 4,8$ та $14,44 \pm 5,1$ балів відповідно. Ці дані засвідчили, що саме хворі, котрі

страждають на ПсРШФС у коморбідності з СрПв та мають конфліктні установки та високий рівень проявів тривоги чи депресії, потребують пильної уваги у проведенні лікувально-реабілітаційних заходів, для того щоби запобігти рецидивуванню загострення аутодеструктивних спонукань із здійсненням Суд. Також було зафіксовано, що за окремими показниками ШАП максимальні значення при демонстративному КМТ стосувалися рівня вегетативних порушень ($22,0 \pm 14,4$ балів), при тривожному та депресивному – афективних порушень ($21,0 \pm 10,4$ і $21,1 \pm 12,6$ балів відповідно), а при депресивному – порушень когнітивних функцій ($17,19 \pm 8,4$ балів), що те ж потрібно враховувати при формуванні фокусів комплексного лікування хворих з різними КМТ щодо здійснених Суд.

Серед хворих Гр2 ІмпСуд максимальний рівень значень за більшістю критеріїв ШАП було виявлено при маячному КМТ – загальне середнє значення $15,45 \pm 5,7$ балів, що в 1,41 рази вище за таке при імперативному (загальне середнє значення – $10,99 \pm 4,1$ балів) та в 2,7 рази – при депресивному типах (загальне середнє значення – $7,33 \pm 3,3$ балів). Такі дані засвідчили збереження помірного рівня аутодеструктивних проявів у хворих з маячним КМТ в цій групі при збереженні в них маячення як провідної психопатологічної симптоматики, навіть в стані становлення ремісії, котра потребує тривалого комплексного лікування в цій підгрупі задля запобігання імпульсивного рецидивування симптомів СрПв в випадку загострення психопатологічного розладу.

Різницю у патогенетичних механізмах формування СрПв при окремих КМТ у пацієнтів з ПсРШФС засвідчили виявлені найнижчі значення показників, згідно діагностичних критеріїв ШАП. Так, в Гр1 ПостСрПв мінімальний рівень значень за всіма критеріями ШАП фіксувався при самостигматизуючому (Гр1 ПостСрПв, загальне середнє значення – $7,11 \pm 2,5$ балів) та депресивному КМТ (Гр2 ІмпСуд, загальне середнє значення – $7,33 \pm 3,3$ балів), що відповідало легкому рівню всіх порушень. Ці дані свідчать, що фокусування медико-психологічного супровіду цих хворих на долання установки щодо втрати можливостей до соціально-психологічного адаптування внаслідок наявності

психічного захворювання у хворих зі самостигматизуючим КМТ в Гр1 ПостСрПв, а також адекватна антидепресивна терапія у пацієнтів з депресивним КМТ в Гр2 ІмпСуд можуть бути ефективними не тільки з точки зору купування симптоматики і підвищення якості життя таких пацієнтів, але й для ефективної курації в них будь-яких проявів СрПв. Це потребує більш уважного ставлення до таких хворих, ретельного їх дослідження та спрямованості психотерапевтичного втручання на навчання цих осіб більш адекватним, емоційно виразним формам відреагування на психологічні проблеми в їх житті, котрі впливають на якість та тривалість ремісії основного психічного розладу.

Дані наведені у табл. 3.12 демонструють виявлений у обстежених пацієнтів рівень СФ, згідно даних обох опитувальників (GAF і PSP), а також рівень депресії, імпульсивності та базнадійності, котрий оцінювався за шкалами PHQ-9, IS та BHS .

По всіх цих критеріях не було зафіксовано достовірних розбіжностей в їх рівні, як між хворими в групах (Гр1 ПостСрПв та Гр2 ІмпСуд, так і при окремих КМТ в них. Тим не менш, було виявлено тенденції, що рівень СФ відрізнявся за ступенем вираженості труднощів у хворих з різними КМТ скоєння Суд. Так, за опитувальниками GAF і PSP найнижчий рівень було зафіксовано у пацієнтів із самостигматизуючим ($42,2 \pm 7,8$ і $41,8 \pm 7,1$ балів відповідно) і тривожним ($43,3 \pm 9,1$ і $43,7 \pm 9,5$ балів відповідно) типами мотивації – відповідає серйозним погіршенням функціонування в усіх сферах життя з непрацездатністю та соціальною ізоляцією, згідно GAF). Найвищі бали щодо рівня СФ виявлені при депресивному варіанті Гр2 ІмпСуд ($54,0 \pm 8,0$ і $52,8 \pm 8,5$ балів за GAF і PSP), що відповідає помірним порушенням соціально-професійної дезадаптації з ознаками соціальної ізоляції та/або значною конфліктністю у міжособистісних відносинах. Треба зазначити, що за шкалою PSP і найвищі, і найнижчі бали відносяться до рівня значних порушень щодо соціальної діяльності і міжособистісних стосунків, самообслуговування, а також агресивної поведінки.

Ці результати засвідчили, що хворі самостигматизуючим і тривожним КМТ у коморбідному поєднанні з СрПв мають бути контингентом для

проведення активної соціально-реабілітаційної роботи у вигляді заходів з психоед'юкації, тренінгів соціальних навичок тощо.

Дослідження відповідності емоційно-вольових порушень та окремих КМТ у групах хворих, а саме рівня депресії, імпульсивності та безнадійності за шкалами PHQ-9, IS та BHS також виявив певні тенденції розподілу при окремих КМТ щодо здійснення Суд, але без достовірної різниці між групами хворих. Невисокий рівень емоційно-вольових порушень був пов'язаний, насамперед, з тим, що хворі оглядалися на етапі становлення ремісії та купірування гострої психотичної симптоматики.

Найвищий рівень депресивних переживань за шкалою PHQ-9, котрий дорівнював легкому рівню депресії, виявився у хворих щодо здійснення Суд з тривожним типом в Гр1 ПостСрПв ($12,9 \pm 6,2$ балів) і маячним типом в Гр2 ІмпСуд ($11,3 \pm 6,3$ балів). Тоді як найнижчий рівень демонстрували хворі із самостигматизуючим ($4,7 \pm 2,3$ балів) та депресивним КМТ в Гр2 ІмпСуд ($4,3 \pm 5,0$ балів) варіантами мотивації реалізації Суд, що відповідало мінімальному рівню депресії.

Найнижчий рівень імпульсивності за шкалою IS, котрий відповідав її помірному рівню, спостерігався у хворих із самостигматизуючим типом в Гр1 ПостСрПв та депресивним типом в Гр2 ІмпСуд: відповідно $28,3 \pm 5,7$ та $28,7 \pm 6,6$ балів. При всіх інших КМТ в Гр1 ПостСрПв рівень імпульсивності був майже однаковим (від 33,9 до 35,8 балів) з наближенням до підвищеного рівня з максимум при депресивному типі, як і у пацієнтів з маячним типом в Гр2 ІмпСуд. Це засвідчило, що навіть на етапі становлення ремісії більшість хворих в обох групах мали помірні чи значні порушення вольового контролю за своєю поведінкою, що є важливою мішенню для психотерапевтичної роботи з ними.

Достатньо важливим результатом є те, що у хворих в обох групах рівень безнадійності за шкалою BHS відповідав легкому, але у хворих з маячним та тривожним типами ($7,9 \pm 4,9$ та $7,1 \pm 5,4$ балів), він був майже вдвічі вищим за рівнем у хворих з самостигматизуючим КМТ щодо Суд. Тобто особи з маячним та тривожним варіантами мотивації СрПв мають більш песимістичне ставлення

щодо свого майбутнього, сумніви та недовіру життю та оточуючим. Це також має бути напрямком психокорекційного чи психотерапевтичного втручання у цієї категорії хворих.

Таблиця 3.12

Вираженість показників за шкалами GAF, PSP, PHQ9, IS, BHS у відповідності до КМТ щодо здійснення Суд в групах хворих, (бали $\pm \sigma$)*

Шкали	Гр1 ПостСрПв					Гр2 ІмпСуд		
	КМТ							
	Конфлікт-ний	Самостигматизуючий	Демонстративний	Тривожний	Депресивний	Маячний	Імперативний	Депресивний
GAF	<u>50,3±12,4</u>	<i>42,2±7,8</i>	<u>50,0±14,1</u>	43,3±9,1	46,7±7,5	51,5±11,1	49,7±9,2	<u>54,0±8,0</u>
PSP	49,3±12,2	<i>41,8±7,1</i>	<u>50,8±14,4</u>	43,7±9,5	46,7±7,5	51,9±10,5	49,7±8,9	<u>52,8±8,5</u>
PHQ9	10,6±6,9	<i>4,7±2,3</i>	11,4±5,2	<u>12,9±6,2</u>	10,3±6,2	<u>11,3±6,3</u>	10,0±7,8	<i>4,3±5,0</i>
IS	33,9±5,8	<i>28,3±5,7</i>	34,2±6,3	34,6 ±5,3	<u>35,8±6,3</u>	<u>33,8±8,3</u>	31,3±7,0	<i>28,7±6,6</i>
BHS	6,1±5,5	<i>3,7±3,3</i>	5,1±3,8	<u>7,1±5,4</u>	5,2±6,6	<u>7,9±4,9</u>	6,4±4,1	<i>5,0±2,3</i>

* Примітка: жирний шрифт та підкреслення застосовано для максимальних значень, жирний косий шрифт – для мінімальних

3.3 Результати вивчення особистісних характеристик пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру

Аналіз результатів, отриманих за допомогою опитувальника «Big Five» (*BFPT*, використовувалися 2 адаптовані варіанти) [125,126], показав, що особистісні характеристики пацієнтів у Гр1 ПостСрПв та в Гр2 ІмпСпД якісно відмінні за всіма п'ятьма факторами. У табл. 3.13 включені як показники чинників і окремі характерологічні ознаки, які мали статистично достовірну різницю, і мали недостовірні відмінності, але з вираженою тенденцією до їхньої значній різниці (мінімум 0,5 балу).

Так, за фактором «Екстраверсія – Інтроверсія» загальний показник був вищим у Гр1 ПостСрПв, хоч і недостовірно, як і характеристика «товариськість». У цій групі статистично істотна різниця з цієї підгрупи факторів була зафіксована за характеристикою «привернення уваги» ($p = 0,002$), що можна вважати чинником, котрий може потенціювати розвиток СрПв як «мови» виразу високого рівня особистісної фрустрації. Вищий показник, хоч і недостовірний за характеристикою «уникнення вражень», зафіксований в Гр2 ІмпСпД, свідчив про більшу інтровертованість хворих у цій групі з прагненням уникати нових контактів, що може бути пов'язане зі специфікою формування в них негативної симптоматики внаслідок перебігу ПсРСШф.

Аналізуючи результати чинника «Прив'язаність – Відокремленість» в Гр1 ПостСрПв, було виявлено достовірно нижче значення показника за характеристикою «співпраця – суперництво» ($p = 0,013$). Крім цього, загальний показник за цим фактором та результати за іншими особистісними характеристиками з різницею в 0,5 балу та більше, незважаючи на відсутність статистичної достовірності, були нижчими у Гр1 ПостСрПв. Ці дані, згідно з підходом до інтерпретації результатів тестування, дали можливість зробити висновок, що пацієнтам цієї групи властиві такі особистісні характеристики, як байдужість, суперництво, схильність до підозрливості та нерозуміння інтересів оточуючих. Характеристика «довірливість» була єдиною недостовірно, але

превалювала у хворих на Гр1 ПостСрПв, що демонструвало більш високий рівень підозрливості у хворих на Гр2 ІмпСпД.

Таблиця 3.13

Результати тестування, згідно з опитувальником *VFPT* у групах обстежених хворих (бали $\pm \sigma$)

Фактори та компоненти		Гр1 ПостСрПв, n = 50	Гр2 ІмпСпД, n = 62
Фактори	загальний показник факторів та окремі характерологічні ознаки		
Екстраверсія – Інтроверсія	<i>загальний показник</i>	48,7 \pm 1,25	47,7 \pm 2,26
	товариськість - замкнутість	9,9 \pm 0,55	9,4 \pm 1,16
	пошук вражень – уникнення вражень	8,1 \pm 1,57	8,6 \pm 2,75
	привернення уваги – уникнення уваги	10,28 \pm 0,36**	9,1 \pm 2,45
Прив'язаність – Відокремленість	<i>загальний показник</i>	50,6 \pm 0,16	54,1 \pm 3,01
	теплота – байдужість	10,3 \pm 1,67	11,2 \pm 1,06
	співпраця – суперництво	10,9 \pm 0,95	12,3 \pm 2,52*
	довірливість – підозрливості	8,9 \pm 1,11	7,6 \pm 3,58
	розуміння – нерозуміння	10,4 \pm 0,4	11,2 \pm 0,42
Контролювання – Природність	<i>загальний показник</i>	45 \pm 0,3	56,7 \pm 0,98**
	акуратність - неакуратність	8,9 \pm 2,93	10,9 \pm 0,91*
	наполегливість – відсутність наполегливості	9,7 \pm 1,65	11,9 \pm 1,60**
	Відповідальність – безвідповідальність	9,5 \pm 0,6	12,1 \pm 1,07**
	самоконтроль – імпульсивність	8,2 \pm 1,26	10,7 \pm 1,77**
	передбачливість – безтурботність	8,9 \pm 0,8	11 \pm 0,02*
Емоційність – Емоційна стриманість	<i>загальний показник</i>	56,3 \pm 4,56*	48,8 \pm 3,12
	тривожність - безтурботність	11,4 \pm 1,92	10,4 \pm 2,55
	напруженість – розслабленість	11,1 \pm 1,88	9,3 \pm 1,70
	депресивність - емоційна комфортність	12,1 \pm 1,44*	9,9 \pm 1,46
	самокритика - самодостатність	11,3 \pm 1,9*	9,6 \pm 1,25
Грайливість – практичність	<i>загальний показник</i>	54,1 \pm 0,18*	50,7 \pm 2,19
	мрійливість – реалістичність	12,1 \pm 0,53**	9,9 \pm 0,56

Примітка:* - p < 0.05; ** - p < 0.01.

За загальним показником решти факторів було зафіксовано статистично достовірну різницю у групах обстежених хворих. У Гр2 ІмпСпД бали були достовірно вищими бали за загальним показником фактору «Контролювання – Природність» ($p = 0,000$), що характеризує вольову регуляцію поведінки людини, та за всіма її окремими характеристиками: «наполегливість» ($p = 0,000$), «відповідальність» ($p = 0,000$), «передбачливість» ($p = 0,020$), «акуратність» ($p = 0,026$) і, що важливо, «самоконтроль» ($p = 0,006$). Ці результати засвідчили, що пацієнти цієї групи краще здатні контролювати та усвідомлювати свою поведінку, ніж хворі на Гр1 ПостСрПв, яким більш властиві схильність до здійснення необдуманих вчинків – зокрема, їм характерна імпульсивність, що важливо з точки зору формування маніфестних проявів СрПв та імпульсного здійснення Суд на висоті поєднання гостроти психотичних симптомів та тяжких психологічних переживань.

Комбінація представлених вище результатів з достовірно вищими значеннями загального показника за фактором «Емоційність – Емоційна стриманість» ($p = 0,024$), а також балів за характеристиками «депресивність» ($p = 0,013$) та «самокритика» ($p = 0,041$) у хворих на Гр1 ПостСрПв підтвердила висновки про більш високий рівень емоційної нестійкості (нейротизму) та нижчий рівень контролю поведінки у пацієнтів цієї групи як базисної основи прогресивної динаміки СрПв (порівняно з пацієнтами Гр2 ІмпСпД). Крім цього, у цій групі хворих вираженість тривожності та напруженості, хоч і недостовірно, але перевищувала дані, зафіксовані у хворих на Гр2 ІмпСпД – на 1,0 та 1,8 бали відповідно.

У Гр1 ПостСрПв також були отримані достовірно більш високі значення загального показника за фактором «Грайливість – Практичність» ($p = 0,013$) і за характеристикою мрійливість ($p = 0,000$). Ці дані свідчили, що хворим цієї групи найбільш характерні інфантильні особистісні властивості: прояви легковажності, схильність до занурення у вигадані переживання з відірваністю від реалій життя при складності у виконанні повсякденних обов'язків.

Таким чином, аналіз даних психодіагностичного тестування, отриманих за допомогою *BFPT*, дозволив скласти характерологічний портрет двох різних типів пацієнтів з ПсРСШф та проявами СрПв, які належали до кожної з обстежених груп.

Пацієнти Гр1 ПостСрПв мали маніфестні прояви СрПв протягом більш ніж половини періоду захворювання і здійснювали життєнебезпечні Суд в більшості випадків, що не співпадало зі стійкою залежністю від гостроти психотичних розладів, але вочевидь корелювало в них з психологічними проблемами та/або актуальним психотравмуючим впливом життєвих обставин. Саме тому, вони потребують комплексної терапії основного захворювання та коморбідного поєднання з СрПв, котра має поєднувати адекватне психофармакологічне втручання та тривалу психотерапевтичну підтримку. Така комплексна терапія повинна враховувати специфіку їх особистісних характеристик – комбінацію виражених проявів емоційної нестабільності, товариськість і схильності привертати до себе увагу, мрійливість з досить вираженою відокремленістю та егоцентричністю. А також те, що ці пацієнти відрізнялися високим рівнем тривожності, депресивності та напруженості (включаючи психотичний рівень даних симптомів), схильністю до самокритики та надцінним або маячними ідеями самозвинувачення та знецінення. У цих пацієнтів (у порівнянні з хворими Гр2 ІмпСПД) були достовірно більш виражені прояви нейротизму – схильність відчувати інтенсивну тривогу з незначних приводів з постійним очікуванням загрозливих неприємностей, а також імпульсивності у своїх діях внаслідок утруднень у контролі своїх емоцій. потягів, включаючи суїцидальні (аутодеструктивні) інтенції. У стресових ситуаціях такі пацієнти схильні легко «впадати в депресію» (зокрема, з психотичними включеннями) та розпач, що за даними анамнезу обстежених хворих часто потенціювало імпульсивне прийняття ними суїцидального рішення з реалізацією Суд. Для цих хворих були більш характерні певні риси егоцентричності, байдужості та труднощі у розумінні оточуючих при готовності до конфліктності, суперництва та відсутності схильності до співпраці. Таким пацієнтам більшою

мірою властиві безвідповідальність і відсутність цілеспрямованості. У той же час, їм властиві інфантильні риси особистості, таких як довірливість і мрійливість. Поєднання цих характеристик було основою того, що пацієнти Гр1 ПостСрПв відчували себе безпорадними в конфліктних та кризових ситуаціях, нездатними впоратися з життєвими труднощами, що виникали. Всі ці особистісні характеристики мають бути враховані як фокус-мішені психотерапевтичного (психокорекційного) впливу в комплексі терапевтичного втручання та при проведенні реабілітаційних заходів, тому що ізольоване застосування психофармакотерапії не зможе вплинути на психологічне підґрунтя патодинаміки СрПв та імпульсивного здійснення Суд у подібних хворих.

З урахуванням того, що йдеться про пацієнтів, які страждають на ПсРШФС, то всі наведені вище особистісні характеристики в кожному з конкретних випадків набували «психотичну забарвленість» зі схильністю до занурення у хворобливі переживання (як показали дані тесту PANSS) та формуванням відповідних мотиваційних установок реалізації Суд (КМТ за змістом прагнення знизити рівень суб'єктивної тривоги, повернути до себе увагу і подолати хворобливі переживання, викликані конфліктами з близькими). Такі особистісні особливості, характерні для пацієнтів Гр1 ПостСрПв, сприяли значному ситуативному загостренню маніфестних проявів СрПв в умовах психотравмуючих для них обставин з високим ризиком реалізації життєнебезпечних Суд. Переважно психогенна екзацербация психотичного стану, за принципом патологічного замкнутого кола, загострювала преморбідні властивості особистості, сприяючи підвищенню рівня імпульсивності та зниженню здатності до адаптивної емоційної саморегуляції, що, у свою чергу, погіршувало загальний психічний стан, перебіг основного захворювання цих хворих.

Тоді як пацієнти Гр2 ІмпСпД (за даними *VFPT* та порівняно з хворими на Гр1 ПостСрПв) мали достовірні відмінності в специфіці особистісних характеристик поза станом психозу. Ці хворі переважно, хоча без статистичної доказовості, виявляли інтровертовані риси особистості – були стримані і

замкнені з більшою опорою на власні сили та бажання. Їм було характерне прагнення бути незалежними та самостійними, вони були більш орієнтовані на внутрішні переживання, ніж на реактивну зануреність у ситуативні проблеми, і достовірно більше націлені на уникнення нових вражень порівняно з пацієнтами Гр1 ПостСрПв – хоча, можливо, що це пов'язано з проявами негативної симптоматики психотичного процесу. Ці особистості, незважаючи на наявність ПсРСШф, більш наполегливі, відповідальні, передбачливі, значно краще здатні контролювати свої дії поза станом екзацербачії психотичного стану. Виходячи з традиційної інтерпретації даних *VFPT*, можна було вважати, що ці хворі були більш чуйні, терпимі та терплячі до оточуючих, відносно хворих Гр1 ПостСрПв. І вони достовірно більше націлені на співпрацю на відміну від пацієнтів Гр1 ПостСрПв. Тобто, пацієнти Гр2 ІмпСпД могли достовірно краще контролювати свої емоції, мали риси відповідальності та більшу обов'язковість у повсякденних справах, з прагненням дотримуватися правил поведінки (зокрема, у стаціонарі) та відсутністю бажання порушувати загальноприйняті норми поведінки. У стані становлення ремісії вони були значно більш емоційно стійкі, реалістичні, здатні пристосовуватися до вимог реальності, зберігати самовладання у несприятливих ситуаціях порівняно з хворими Гр1 ПостСрПв.

Саме такі особистісні особливості у хворих на Гр2 ІмпСпД, незважаючи на наявність одного з видів ПсРСШф, сприяли тому, що в стані ремісії їм були невластиві маніфестні прояви СрПв, а реалізація СпД була обумовлена виключно гостротою психотичного стану. Отже, прояви СрПв для пацієнтів Гр2 ІмпСпД, незважаючи на наявність Суд в анамнезі, не мали значного впливу на перебіг основного захворювання.

Виходячи з отриманих профілів особистісних особливостей пацієнтів двох груп, можна вважати, що пацієнтам Гр2 ІмпСпД притаманна тенденція до соціалізації (альфа мегафактор за J.M. Digman) [127], а для пацієнтів Гр1 ПостСрПв – тенденція до самоактуалізації (бета-мегафактор по J.M. Digman), котрий може розцінюватися як схильність до егоцентричної позиції. Ці

розбіжності повинні враховуватися як фокус-мішені для психотерапевтичного втручання в для пацієнтів на кшталт тих, що було досліджено в групах.

Проведення кореляційного аналізу виявило наявність зв'язків між факторами *BFPT* та субтестами шкали PANSS (див. табл. 3.14).

Важливим результатом стало виявлення зворотного кореляційного зв'язку між фактором «Контролювання (самоконтроль, свідомість, сумлінність) – Природність (імпульсивність)» у хворих Гр1 ПостСрПв та наявністю продуктивної симптоматики P1 (маячення) і P3 (галюцинації) ($r = -0,39$ і $r = -0,49$ відповідно). Зворотний характер кореляції показав, що більш вищий рівень екстраверсивності у пацієнтів відповідав меншій вираженості маячної і галюцинаторної симптоматики.

Тоді як не було зв'язку з продуктивною симптоматикою в Гр2 ІмпСпД. Саме тому, можна вважати, що лише поява психотичних проявів у цих хворих суттєво впливала на суттєве порушення їх здатності контролювати та усвідомлювати свою поведінку, що підтверджується більш значущими зворотними кореляційними зв'язками з показниками «Відповідальність» ($r = -0,58$), «Сенситивність» ($r = -0,59$) та «Пластичність» ($r = -0,50$).

Найбільш значущі прямі кореляційні зв'язки в Гр1 ПостСрПв було виявлено між факторами: «Грайливість» з «Контролюванням» ($r = 0,64$) і «Прив'язаністю» ($r = 0,58$); «Контролювання» з «Екстраверсією» ($r = 0,63$) і «Прив'язаністю» ($r = 0,58$). Тобто саме пацієнти з більшим рівнем екстраверсії демонстрували можливість до творчості, контролю за поведінкою, схильністю до стосунків.

А також зворотний зв'язок між факторами «Екстраверсія» з «Емоційністю» ($r = -0,51$), що свідчило про підвищений рівень нейротизації в поєднанні з особистісною інтраверсією.

Кореляційні зв'язки між показниками шкали PANSS і факторами *BFPT*

Показники PANSS	Фактори <i>BFPT</i>	
	Гр1 ПостСрПв, n = 50	Гр2 ИмпСпД, n = 62
	Фактор «Екстраверсія – Інтроверсія»	
P1	-0,34	-
P3	-0,43	-
N2	-	-0,34
N3	0,30	-
N6	-	-0,31
G1	0,37	-
G3	0,40	-
G6	0,40	-0,30
G7	-	-0,35
G8	-0,36	-0,32
	Фактор «Прив'язаність – Відокремленість»	
P4	-0,38	-
G1	0,50	-
G2	-0,31	-
G13	0,30	-
G16	0,36	-
	Фактор «Контролювання – Природність»	
P1	-0,39	-
P3	-0,49	-
N3	0,32	-
N4	0,33	-
G1	0,48	-0,32
G2	-0,50	-
G9	0,30	-
G14	-	-0,46
	Фактор «Емоційність – Емоційна стриманість»	
N1	-0,35	-
N2	-	-0,38
N3	-0,46	-
G1	-0,39	-
G9	-0,42	-
G12	-0,34	-
	Фактор «Грайливість – Практичність»	
P7	-0,29	-
N2	-	-0,43
N4	-	-0,36
G1	0,32	-0,36
G4	-0,33	-
G5	-	-0,33
G8	-0,56	-
G10	0,36	-
G11	-0,43	-
G16	0,38	-

Серед пацієнтів в Гр2 ІмпСпД виявлені значущі кореляційні зв'язки між факторами «Грайливість» з «Екстраверсією» ($r = 0,80$), «Прив'язаність» ($r = 0,54$) з «Відповідальністю» (показники самоконтролю і сумлінності) ($r = 0,47$). Тобто цим пацієнтам була більш притаманна відкритість досвіду та творчі можливості у взаємозв'язку з доброзичливістю і дружелюбністю, не дивлячись на наявність одного з важких хронічних психічних розладів.

Серед пацієнтів Гр1 ПостСрПв крім зазначених вище кореляційних зв'язків між факторами і показниками *BFPT* з показниками PANSS виявлено також зв'язки з показниками PHQ9 та IS. Так, помірний рівень вираженості депресії мав прямий кореляційний зв'язок з факторами «Екстраверсії» ($r = 0,44$), «Прив'язаності» ($r = 0,34$), «Контролювання» ($r = 0,38$) та «Грайливості» ($r = 0,51$). Фактор «Грайливості» також мав зворотний кореляційний зв'язок із показником агресивності за IS ($r = -0,29$).

У пацієнтів Гр2 ІмпСпД жоден з факторів не був пов'язаний з показниками депресивності за PHQ9, що також підтверджувало відсутність підґрунтя для наявності проявів СрПв в стані становлення ремісії в цих хворих.

3.4 Висновки до розділу

Аналізуючи результати дослідження, викладені у цьому розділі у відповідності до третього та четвертого етапів дизайну дослідження, можна підсумувати, що шляхи розвитку СрПв у пацієнтів з ПсРШфС мають достовірно суттєві відмінності відповідно до груп досліджуваних.

Серед обстежених хворих достовірно більше було хворих на Шф - 47,4% в обох групах серед видів ПсРШфС, значно більше з котрих було в Гр2 ІмпСуд, як і пацієнтів з ШаР. Лише кількість хворих з ШтР суттєво переважала в Гр1 ПостСрПв.

У більшості пацієнтів Гр2 ІмпСпД в клінічній картині страждання частіше спостерігались галюцинаторно-параноїдний і афективно-параноїдний синдроми

з більш грубими порушеннями щодо організації процесу мислення (дезорганізація мислення та його стереотипність, незвичайний зміст думок та завантаженість психічними переживаннями) та зниження критичності до свого стану за PANSS. Тоді як в Гр1 ПостСрПв було виявлено більш широке коло провідної клінічної симптоматики (афективно-параноїдний, тривожно-депресивний і психопатоподібний синдроми) і достовірне зниження контролю спонукань. Хоча за даними психометричного дослідження, згідно PANSS не було виявлено статистично достовірних відмінностей в продуктивній, негативній чи загальній симптоматиці між групами, що підтвердило співставність груп обстежених, але отримані результати довели, 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 афективно-вольової сфери у поєднанні з маячними (надцінними) ідеями, тоді як Суд у пацієнтів з Гр2 ІмпСуд були переважно спровоковані впливом імперативних псевдогалюцинацій та галюцинаторно-параноїдної симптоматики.

Вивчення особливостей соціального функціонування в групах за шкалами GAF та PSP довело наявність значних порушень його рівня, яке вочевидь притаманне хворим з ПсРШфС, але й достовірно більш значні порушення серед пацієнтів Гр1 ПостСрПв при перманентній коморбідному поєднанні ПсРШфС та СрПв.

Дослідження маніфестних проявів СрП в групах обстежених хворих за ШАП зафіксувало в Гр1 ПостСрПв достовірно вищі бали за окремими субшкалами: вираженість аутоагресивних проявів, рівень імпульсивності та вегетативних порушень. Ці дані підтвердили наукову гіпотезу, що коморбідне сполучення СрПв та ПсРШфС на тлі його хронічного перебігу в Гр1 ПостСрПв має суттєво важкі прояви з точки зору маніфестації та наявності постійної присутності у клінічній картині ознак аутодеструктивної активності.

Аналіз особливостей мотиваційних установок реалізації Суд у хворих з ПсРШфС виявив, що в Гр2 ІмпСуд 41,1% випадків провідною мотиваційною

установкою здійснення Суд був вплив імперативних псевдогалюцинацій, а в 16,1% пацієнтів – вплив параноїдних маячних ідей. Тоді як у хворих на Гр1 ПостСрПв мотиви реалізації Суд, головним чином, були пов'язані з особистісними переживаннями та психологічними проблемами: потреба знизити високий рівень суб'єктивної тривоги (42,0 % випадків) та бажання звернути на себе увагу (18,0 % випадків). Отримані результати дослідження дозволили виділити декілька КМТ щодо здійснення Суд та збереження проявів СрПв: тривожний, демонстративний, самостигматизуючий, конфліктний, галюцинаторно-імперативний, маячний та депресивний – їх клінічні приклади наведені в розділі. Співставлення КМТ з наявною психопатологічною симптоматикою (за PANSS) та аутоагресивними предикторами (за ШАП) дозволило вивчити клінічні особливості перебігу ПсРШфС та патодинаміки СрПв при різних КМТ щодо здійснення Суд, що обґрунтовує визначення мішеней психотерапевтичної та психоосвітньої роботи в подальшій роботі з цим контингентом пацієнтів.

Суттєва увага в межах нашого дослідження приділялася вивченню особливостей особистісних характеристик пацієнтів, згідно *BFPT*, за п'ятьма факторами (екстраверсія – інтроверсія, прив'язаність – відокремленість, контролювання – природність, емоційність – емоційна стриманість, грайливість – практичність). Аналіз результатів показав, що особистісні характеристики пацієнтів у Гр1 ПостСрПв та у Гр2 ІмпСпД якісно відмінні за всіма п'ятьма факторами. Це дало змогу визначити особистісний профіль пацієнта з ПсРШфС, котрий коморбідно і перманентно поєднує прояви СрПв. Проведення кореляційного аналізу між окремими клінічними проявами і особливостями особистісних характеристик пацієнтів з ПсР ШфС дає можливість структурувати показання для диференційованої комплексної терапії різних груп хворих.

Результати, викладені в цьому розділі, опубліковані в таких наукових працях:

1. Oleksandr O Bashynskyi, Galyna Ya Pyliagina, Evangelos C Fradelos.(2022) Self-destructive behavior in patients with schizophrenia spectrum disorders. features of pathogenesis and pathodynamics. *Wiad Lek.*, 75, 1832-1838. doi: 10.36740/WLek202208103.
2. Пилягина Г, Башинський О. Мотивація саморуйнівної поведінки у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру. *PMGP* 13, Вересень 2020 [цит. за 11, Липень 2022];5(3):e0503263. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/263>
doi: 10.26766/PMGP.V5I3.263
3. Пилягина Г, Башинський О.(2020) Саморуйнівна поведінка у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектра. *Український вісник психоневрології* ,28, (103) 36-41, doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-7>

РОЗДІЛ 4. АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСУ ТЕРАПЕВТИЧНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ, КОТРІ МАЮТЬ ПРОЯВИ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ.

Вивчення проявів та патодинаміки СрПв при різних видах ПсРШфС було метою нашого дослідження. Але його головним практичним завданням була розробка та випробування алгоритму комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів (КТРЗ) для хворих на різні види ПсРШфС (Шф, ШаР, ГППСР та ШтР) на тлі вивчення особливостей патогенетичної структури та патодинаміки СрПв у пацієнтів в групах обстеження. Важливість створення такого алгоритму та маршрутизації пацієнтів визначається тим, що будь-який вид важким хронічним психічним розладом ПсРШфС, який суттєво погіршує якість життя і рівень СФ хворих, і тому, потребує тривалої терапії та соціальної підтримки задля відновлення / збереження соціального адаптування і відповідних компетенцій пацієнтів в їх подальшому житті.

Саме таким було завдання цього етапу дисертаційного дослідження. Основна мета його застосування КТРЗ націлена на відновлення або підтримку за його допомогою оптимального рівня СФ хворих з ПсРШфС, їх психологічної, соціальної та трудової адаптації з урахуванням проявів СрПв, коморбідного до основного захворювання, з подальшим виявленням та активацією їх внутрішніх особистісних ресурсів, збільшення періодів ремісії та профілактики рецидивування СрПв і здійснення життєнебезпечних Суд.

4.1 Етапність комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки

З урахуванням всіх отриманих в ході нашого дослідження результатів, які визначали фактори, котрі спряють формуванню та патодинаміці СрПв у

хворих з різними видами ПсРШфС розроблений алгоритм КТРЗ складався з наступних етапів:

1. Діагностичний етап, націлений на визначення попереднього або клінічного діагнозу, основної психопатологічної симптоматики, характеристики проявів СрПв в актуальному стані хворих та КМТ щодо здійснення ними Суд на основі проведення відповідних диференційно-діагностичних заходів.

2. Стаціонарний етап: включав терапевтичний (інтенсивна та стабілізуюча психофармакотерапія) і реабілітаційний компоненти зі стартом проведення психоосвітніх програм, тренінгу соціальних навичок та навичок спілкування, а також проведенням психотерапевтичного втручання і психокорекційних заходів, можливих в умовах стаціонарного лікування на основі формування реабілітаційної готовності; визначення реабілітаційного діагнозу та формування загальної реабілітаційної мети.

3. Амбулаторний етап: включав подальше продовження терапії (підтримуюча психофармакотерапія), проведення тренінгу соціальних навичок, продовження застосування психотерапії та психокорекційного супроводу.

4.1.1 Діагностичний етап комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки

Діагностичний етап в алгоритмі КТРЗ передуює початку терапевтичного втручання, має застосовуватися хворим з будь-яким видом ПсРШфС поза залежністю від гостроти симптоматики та умов діагностування (невідкладна допомога, стаціонарне відділення, амбулаторний прийом).

Діагностичний етап має включати заходи первинної діагностики та подальший послідовний уточнюючий діагностичний супровід хворого, який має періодично проводитися в ході втілення КТРЗ.

Мета первинної діагностики – оцінка актуального стану хворого з урахуванням характеру наявних психопатологічних порушень, встановлення попереднього діагнозу з одночасним або подальшим диференційно-діагностичним визначенням клінічного діагнозу за допомогою вивчення анамнезу життя та хвороби і розробкою тактики лікування. Головною особливістю проведення первинної діагностики психопатологічних порушень у хворих з ПсРШфС, у котрих виявляються маніфестні прояви СрПв, є визначення їх патогенетичного (патопластичного) взаємовпливу в актуальному психотичному епізоді і в динаміці перебігу основного захворювання.

Таким чином, первинні диференційно-діагностичні заходи у хворих з ПсРШфС, у котрих виявляються маніфестні прояви СрПв, мають спрямуватися на встановлення попереднього або клінічного діагнозу з визначенням основної нозології і характеру її перебігу, провідного синдрому, гостроти й вираженості актуальної психопатологічних порушень (симптоматики), контексту життя пацієнта та актуальних обставин (характеру їх психотравмуючого впливу), що передували даному психотичному епізоду (для хворих з Шф, ШаР, ГППсР) чи декомпенсації стану щодо хворих на ШтР чи будь-якими іншими видами ПсРШфС. Первинна оцінка СрПв має бути націлена на діагностування її маніфестних проявів та впливу на характер поведінкові розлади в даному психотичному епізоді – особливо з урахуванням наслідків Суд при їх здійсненні в найближчому періоді перед оглядом. А також в діагностиці важливо визначити КМТ щодо здійснення Суд чи інших проявів СрПв, насамперед, стійких суїцидальних думок, імперетавних аутодеструктивних суїцидальних чи несуйцидальних настанов внаслідок хворобливих переживань.

Окрім первинної діагностики, в ході клінічного спостереження і терапії обов'язково повинен проводитися подальший діагностичний супровід хворого. Мета таких діагностичних заходів - оцінка динаміки симптоматики основного захворювання та проявів СрПв в ході лікування. Їх періодичність

залежить від особливостей характеру захворювання (перебігу, гостроти стану), відклику на терапію (насамперед, психофармакотерапію), комплайенсу щодо лікування, а також контексту соціального життя хворого (наявність родинної підтримки, вирішення соціальних питань життя, можливість продовження / відновлення працевлаштування тощо).

Подальший послідовний діагностичний супровід хворого на ПсРШфС є необхідним задля вирішення подальшого маршруту хворого: терміну закінчення стаціонарного лікування з переходом на амбулаторне чи особливостей ведення пацієнта лише в амбулаторному режимі з раннім підключенням реабілітаційних заходів тощо. В свою чергу, це дає змогу своєчасно – на етапі купірування гострої психопатологічної симптоматики та становлення ремісії – визначити функціональний (реабілітаційний) діагноз хворого і, таким чином, сформувані особистісний маршрут реабілітаційних заходів для нього. Головним спрямуванням такого діагностичного супроводу є визначення пріоритетів щодо терапевтичної тактики в лікуванні пацієнта (особливостей фармакотерапії в кожному клінічному випадку), терміну початку, характеру (змісту й форми) та обсягу психотерапевтичних (психокорекційних) заходів.

Як на етапі первинного діагностичного дослідження, так і в ході подальшого діагностичного супроводу важливим є ретельний аналіз патодинаміки СрПв та характеру його патогенетичного взаємовпливу з проявами ПсРШфС. Саме таким чином, як показано у розділі 3, хворі були розподілені в групи обстеження.

Так, саме завдяки діагностичним заходам, було виявлено, що у частини обстежених пацієнтів прояви СрПв мали місце на протязі всього захворювання, але за гостротою та формами (суїцидальні думки, Суд різного ступеня спланованості й летальності), що в більшому ступені залежало від контексту життя хворого, а не стільки від гостроти психопатологічних порушень. Тобто патогенетичні механізми формування і патодинаміки СрПв в цих хворих, більшою мірою, були психологічно обумовлені. Ці пацієнти

ввійшли в Гр1 ПостСрПв, а КТРЗ для них було спрямоване саме на комплексне поєднання психофармакотерапії, психотерапевтичного втручання та інших реабілітаційних заходів. Первинне діагностичне дослідження допомогло з'ясувати відповідні КМТ у цих хворих, а саме: конфліктний, самостигматизуючий, демонстративний, тривожний та депресивний.

Тоді як у іншій когорти обстежених хворих з ПсРШфС, які склали Гр 2 ІмпСуд, прояви СрПв мали вторинний патогенетичний механізм, коли вони виникали лише в стані гострого психозу і повністю зникали після купірування цього стану. Саме тому, ці пацієнти імпульсивно здійснювали Суд виключно на вістрі продуктивних психотичних порушень – переважно під впливом імперативних псевдогалюцинацій або гострої галюцинаторно-параноїдної чи афективно-маячної симптоматики. Діагностовані при первинному огляді КМТ щодо реалізації Суд у цих хворих були: імперативний, маячний та депресивний. В цих хворих в розробці КТРЗ основним напрямком було ефективне застосування фармакотерапії та проведення психо-соціально-реабілітаційних і психоосвітніх заходів, котрі сприяли підтримці якісного комплайєнсу щодо процесу лікування на подальших етапах.

4.1.2 Стаціонарний етап комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки

Найчастіше хворі з будь-якими видами ПсРШфС, у котрих виявляються маніфестні прояви СрПв та яким проводять первинний огляд в гострому психотичному стані, що розвивається внаслідок первинного психотичного епізоду, гострої екзацерації в перебігу основного захворювання чи реактивної декомпенсації, потребують стаціонарного лікування з негайною госпіталізацією в психіатричний стаціонар. Особливо це стосується хворих з будь-яким видом ПсРШфС, які здійснили Суд в найближчому періоді перед оглядом без значних наслідків для соматичного здоров'я, котрі потребують

лікування в соматичному (хірургічному) стаціонарі, або вже можуть бути переведені з нього при збереженні гострих психотичних порушень. Саме всі обстежені в дослідженні пацієнти (в Гр1 ПостСрПв і в Гр2 ІмпСуд) проходили стадію інтенсивного лікування в умовах психіатричного стаціонару.

Пацієнти в стані гострого психозу з коморбідними проявами СрПв частіше за все потребують застосування інтенсивної психофармакотерапії як основного терапевтичного втручання з КТРЗ. Характер та обсяг цих лікувальних заходів визначається, насамперед, специфікою провідного клінічного синдрому та гостроти його вираженості. Так, всім хворим з ПсРШфС та здійсненими Суд, котрі ввійшли в групи нашого дослідження (Гр1 ПостСрПв і Гр2 ІмпСуд) застосовували психофармакотерапію, згідно існуючих клінічних протоколів і настанов та у відповідності з результатами проведеної первинної диференційної діагностики (діагностичний етап КТРЗ). Так, хворим призначалися монотерапія атипovими нейрoлeптиками (респіредон, оланзапін, кветіапін) чи в їх комбінації з типовими нейрoлeптиками (галoпeрiдoл, клупентиксол, клозапін) або антидепресантами (насамперед, селективними інгібіторами зворотного захвату серотоніну та серотоніну/норадреналіну і трициклічними антидепресантами) з підключенням за необхідністю стабілізаторів настрою (ламотриджин, карбамазепін) чи короткостроково транквілізаторів (бензодіазепіни). Всі препарати призначались в терапевтичних дозах в залежності від характеру провідного клінічного синдрому (галюцинаторно-параноїного, афективно-маячного, тривожно-депресивного чи психопатоподібного), а також гостроти психопатологічної симптоматики (насамперед, вираженої дезорганізації мислення і поведінки) та суїцидальних (аутодеструктивних) інтенцій з високим ризиком здійснення імпульсивних Суд. На стадії інтенсивної терапії, щодо обстежених пацієнтів, врахування проявів СрПв – насамперед, високий ризик реалізації імпульсивних Суд – впливав, більшою мірою, на характер догляду за пацієнтом, ніж на зміст і обсяг фармакотерапії.

Ефективне застосування КТРЗ, насамперед, психофармакотерапії, яке призводило до купірування гостроти психопатологічної симптоматики, зникнення чи суттєвого зниження вираженості суїцидальних (аутодеструктивних) інтенцій, а також на тлі подальшого діагностичного супроводу хворого, дає можливість перевести пацієнта з ПсРШфС до стадії стабілізуючої терапії. Власне на цій стадії вже підключався, окрім терапевтичного, реабілітаційний компонент КТРЗ. В нашому дослідженні було проведено заходи щодо формування реабілітаційної готовності та встановлення реабілітаційного діагнозу з визначенням загальної кінцевої реабілітаційної мети щодо втілення цього компоненту КТРЗ.

На стадії стабілізуючої терапії відбувалося зниження доз препаратів до середніх терапевтичних, а потім до мінімальних терапевтичних з переходом до препаратів пролонгованої дії – щодо фармакотерапії, а також це момент початку приєднання психо-соціо-реабілітаційних заходів як реабілітаційного компоненту КТРЗ, що буде описано нижче. Було розпочато проведення психоосвітніх програм, короткострокового тренінгу соціальних навичок та навичок спілкування, а визначення фокусів та обсягу психотерапевтичного втручання, можливих в умовах стаціонарного лікування. Насамперед це стосувалося початкових етапів індивідуальної та сімейної психотерапії.

Тоді, коли у хворих значно покращувався і стабілізувався психічний стан, проявом чого була стадія становлення ремісії щодо проявів ПсРШфС та СрПв, хворі переходили до амбулаторного етапу КТРЗ.

4.1.3 Амбулаторний етап комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки

В запропонованому алгоритмі КТРЗ для хворих з ПсРШфС та проявами СрПв амбулаторний етап лікування наслідував стаціонарному етапу, що власне і запропоновано для подальшого використання. Проте хворі з різними

видами ПсРШфС – при розгортанні психотичного епізоду, однак без гострої психопатологічної симптоматики (насамперед, вираженої дезорганізації мислення і поведінки), та при наявності проявів СрПв, але ж без високого ризику здійснення імпульсивних Суд – можуть почати і продовжувати лікування саме в амбулаторному варіанті надання допомоги. Тим не менш, такі пацієнти також потребують застосування КТРЗ в повному обсязі з урахуванням відповідних актуальних клінічних проявів ПсРШфС та маніфестних ознак СрПв. І на відміну від стаціонарного лікування амбулаторний варіант КТРЗ є найменш обмежуючою альтернативою з точки зору умов його проведення. В таких випадках застосування терапевтичного компоненту КТРЗ починається зі стадії стабілізуючої терапії, згідно існуючих клінічних настанов та відповідних протоколів лікування ПсРШфС.

Хворим з обох груп дослідження, котрі були переведені на амбулаторне лікування після стаціонарного етапу, було застосовано підтримуючу психофармакотерапію, відповідно до динаміки проявів ПсРШфС в кожному випадку з метою формування стану стійкої ремісії, адекватної поведінки та покращення якості життя пацієнтів. Для цього було здійснено подальший діагностичний супровід хворих. Підтримуюча терапія психотропними засобами здійснювалася згідно наявної психопатологічної симптоматики, що залишалась після лікування пацієнтів на стаціонарному етапі з врахуванням визначених КМТ щодо здійснених раніше Суд та проявів СрПв в актуальному психотичному епізоді чи стані реактивної декомпенсації (при ШтР).

Втілення реабілітаційного компоненту КТРЗ на цьому етапі є основним завданням щодо відновлення оптимального рівня СФ та адаптування хворих в стані ремісії ПсРШфС. Він включав проведення тренінгу соціальних навичок, продовження застосування психотерапії та психокорекційного супроводу відповідно до особистісних потреб і ресурсів хворих.

4.2 Реабілітаційний компонент комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки

Початкові кроки реабілітаційного компоненту КТРЗ склалися з постановки реабілітаційного діагнозу, виявлення або формування реабілітаційної готовності задля визначення загальної реабілітаційної мети у кожного з обстежених пацієнтів в обох групах (Гр1 ПостСрПв і Гр2 ІмпСуд).

4.2.1 Визначення реабілітаційного діагнозу, реабілітаційної готовності та загальної реабілітаційної мети при застосуванні комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів.

Психіатричний реабілітаційний (функціональний) діагноз [128] у хворих з ПсРШФС, у котрих виявляються маніфестні прояви СрПв, має містити такі елементи: оцінка СФ пацієнта та ресурсів підтримки, а також кінцева мета застосування реабілітаційних заходів.

Аналіз рівня порушень СФ в групах обстежених хворих задля встановлення реабілітаційного діагнозу включав оцінку:

- наявних соціальних компетентностей (соціальних навичок) – здатності до їх підтримання / відновлення;
- особливостей міжособистеного контактування (навичок спілкування) та їх порушень;
- особливостей соціальної (родинної) підтримки – здатності до її підтримання / відновлення;
- здатності вирішення наявних соціальних питань, в тому числі щодо організації побуту, запобігання соціальної ізоляції тощо;
- можливостей продовження працювати (навчатися) чи відновлення працездатності (навчання).

Окрім цього, важливим компонентом задля встановлення реабілітаційного діагнозу в групах обстежених хворих було визначення рівня обізнаності в специфіці проявів, перебігу основного захворювання та маніфестації СrpПв, а також особливостей комплайенсу щодо лікування й реабілітації.

Таким чином, реабілітаційний діагноз для хворих досліджуваних груп визначався характеристиками порушень СФ хворих, в тому числі браком соціальних вмінь та побутових навичок, у відповідності до провідної психопатологічної симптоматики, встановленому КМТ щодо здійснення Суд та проявів СrpПв і рівню нейрокогнітивних порушень (вираженості негативної симптоматики).

В табл. 4.1 висвітлено встановлений реабілітаційний діагноз у відповідності до провідних клінічних синдромів, результат дослідження яких в Гр1 ПостСrpПв і Гр2 ІмпСуд представлено в табл 3.3 та 3.9 розділу 3. Особливою характеристикою при встановленні реабілітаційного діагнозу практично для всіх обстежених хворих була погана обізнаність щодо специфіки клінічних проявів і перебігу основного захворювання

Кінцева мета застосування реабілітаційних заходів формулювалася при здійсненні послідовного діагностичного супроводу – після кількох інтерв'ю з кожним з пацієнтів в обох групах (Гр1 ПостСrpПв і Гр2 ІмпСуд), під час яких визначалися особливості порушень СФ та шляхи вирішення в них наявних труднощів в підтримці / відновленні адаптування.

Встановлення загальної реабілітаційної мети починалося з формування реабілітаційної готовності у хворих в досліджуваних групах або визначення її рівня при наявності такої. Готовність до психіатричної реабілітації – це показник, який оцінює зацікавленість пацієнтів в досягненні позитивних результатів в процесі реабілітації [128]. Оцінка готовності допомогла пацієнтам вирішити чи має для них сенс в загалі отримувати реабілітаційну допомогу, тобто послідовно приймати участь у відповідних заходах в конкретних умовах їх здійснення та з наявними особливостями середовища,

яке створюється умовами життя (родина, друзі), праці, навчання, та всіма іншими соціальними обставинами (державні структури, побутова взаємодія тощо).

Таблиця 4.1

Реабілітаційний діагноз у реабілітаційному компоненті КТРЗ, відповідно до виявлених психопатологічних синдромів у обстежених хворих з ПсРШФС та проявами СрПв

Синдроми	Реабілітаційний діагноз
Галюцинаторно-маячний	Переважає суттєве зниження соціальних компетентностей, здатності вирішення наявних соціальних питань і працездатності у сукупності із проблемами в міжособистісному контактуванні на основі домінування розладів сприйняття, мислення і дезорганізації поведінки в поєднанні з імперативним, конфліктним та маячним КМТ щодо здійснення Суд та/ або актуальних проявів СрПв
Афективно-маячний	Переважає суттєве зниження здатності до вирішення наявних соціальних питань, відчуття відсутності родинної (соціальної) підтримки і працездатності при значних проблемах у міжособистісному контактуванні на основі домінування депресивно-маячної симптоматики в поєднанні з депресивним, маячним, самостигматизуючим, демонстративним і тривожним КМТ щодо здійснення Суд та/ або актуальних проявів СрПв
Тривожно-депресивний	Переважає суттєве зниження здатності до вирішення наявних соціальних питань, відчуття відсутності родинної (соціальної) підтримки при значних проблемах у міжособистісному контактуванні, збереженні достатнього рівня працездатності на основі домінування тривожно-маячної симптоматики, дезорганізації поведінки зі страхом не втримати контроль над ситуацією в поєднанні з демонстративним і тривожним КМТ щодо здійснення Суд та/ або актуальних проявів СрПв
Психопатоподібний	Переважає значних проблем у міжособистісному контактуванні, відчуття відсутності родинної (соціальної) підтримки і зниження рівня працездатності та здатності до вирішення наявних соціальних питань на основі домінування маячних ідей і дезорганізації поведінки на тлі вкрай високого рівня фрустрації щодо власних прагнень і маніпулятивної неадекватної поведінки у міжособистісних взаєминах в поєднанні з конфліктним і демонстративним КМТ щодо здійснення Суд та/ або актуальних проявів СрПв

При оцінці рівня реабілітаційної готовності пацієнтів в групах (Гр1 ПостСрПв і Гр2 ІмпСуд) або в ході її формування враховувались наступні напрямки:

- бажання змін при наявності відчуття відсутності задоволення якістю життєдіяльності, та/або успішності в наявному соціальному середовищі: особистого життя, праці чи навчання;
- установка та прихильність до змін з відчуттям впевненості, що така життєва трансформація бажана та можлива;
- наявність підтримки і близькості в міжособистісних стосунках з тими, хто заохочує пацієнта в його бажанні взяти участь у реабілітаційних заходах;
- ступінь усвідомлення відмінностей потреб та обов'язків в різних колах чи прошарках оточення, розуміння їх особливостей та способів втілення задля підтримки чи відновлення відчуття задоволення життям, його якості та достатнього рівня власної успішності (соціальної компетентності).

Після встановлення достатнього рівня реабілітаційної готовності визначалася загальна реабілітаційна мета реабілітаційного компоненту КТРЗ для пацієнтів в Гр1 ПостСрПв і Гр2 ІмпСуд з врахуванням підтримки, відновлення чи набуття найважливіших соціальних навичок, оцінкою основних наявних особистісних можливостей (з точки зору клінічної картини та проявів СрПв в актуальному психотичному епізоді та загального перебігу ПсРШфС) та використання цих ресурсів.

Загальною реабілітаційною метою у реабілітаційному компоненті КТРЗ роботи із обстеженими пацієнтами на ПсРШфС стало покращення (відновлення) їх рівня СФ та адаптування в наявних умовах життя з урахуванням страждання на хронічний психопатологічний розлад, але базуючись на активації та координуванні наявних особистісних та родинних (соціальних) ресурсів у кожного хворого. Також, враховуючи те, що всі хворі, котрі ввійшли в дослідження, мали факт здійснення Суд в анамнезі, а також виявляли наявні прояви СрПв (пацієнти в Гр1 ПостСрПв), до кінцевої

реабілітаційної мети як важливий аспект було введено позитивний вплив на патодинаміку аутодеструктивних проявів з їх спрямованістю на запобігання різкого зростання життєнебезпечних інтенцій у хворих з прив'язкою до особливостей перебігу основного захворювання і також незалежно від цього. Такий позитивний вплив на прояви СрПв, котрий мав місце, коли в змісті психо-реабілітаційних заходів враховувався виявлений КМТ щодо здійснених Суд та інших проявів СрПв. Це нівелювало інтенції до реалізації небезпечних аутодеструктивних дій в ході проведення КТРЗ та сприяло подовженню стану ремісії у більшості хворих.

Для хворих обох груп та з всіма дослідженими видами ПсРШФС загальна реабілітаційна мета включала:

- покращення рівня СФ та психо-соціального адаптування щодо наявності хронічного психічного розладу;
- вплив на встановлення комплайєнсу задля підтримання наданих рекомендацій щодо стабілізуючої та підтримуючої психофармакотерапії та профілактики рецидивів психотичних епізодів чи реактивної лекомпенсації стану;
- покращення характеру міжособистісних відносин, особливо в родині;
- поліпшення соціальних навичок задля своєчасного та ефективного вирішення соціально-побутових труднощів;
- посилення навичок пошуку та прийняття необхідної соціальної, медико-психологічної допомоги;
- значне підвищення рівня обізнаності щодо специфіці клінічних проявів і перебігу основного захворювання, для чого застосовувались психоосвітні заходи [128].

Конкретизація фокусів кінцевої реабілітаційної мети відповідно до провідних психопатологічних синдромів у обстежених хворих з ПсРШФС з СрПВ та встановлених КМТ щодо реалізації Суд викладено в табл. 4.2. Фокусування кінцевої реабілітаційної мети встановлених відповідно до КМТ дозволило уточнити зміст та обсяг реабілітаційних заходів, які проводились з

пацієнтами кожної з груп дослідження, а саме характер психотерапевтичного втручання щодо пріоритету проведення групової, сімейної та/або індивідуальної терапії, а також особливості подальшого психокорекційного супроводу хворих.

Таблиця 4.2

Загальна мета у реабілітаційному компоненті КТРЗ, відповідно до виявлених психопатологічних синдромів у обстежених хворих з ПсРШФС та проявами СрПв та визначених КМТ щодо здійснених Суд

КМТ	Загальна мета реабілітаційних заходів			
	Галюцинаторно-маячий	Афективно-маячний	Психопатоподібний	Тривожно-депресивний
Імперативний	покращення комплайенсу задля збільшення періоду ремісії		-	-
Маячний			-	-
Самостигматизуючий			-	-
Депресивний			-	-
Демонстративний	налагодження відносин в родині, зміна відношення до оточуючих, навички саморегуляції поведінки		зміна відношення до оточуючих	
Конфліктний			-	
Тривожний	покращення комплайенсу задля збільшення періоду ремісії, усвідомлення власних ресурсів		-	посилення навички пошуку та прийняття допомоги, усвідомлення власних ресурсів

4.2.2 Зміст реабілітаційного компоненту комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки

Задля досягнення загальної реабілітаційної мети для хворих з ПсРШФС та проявами СрПв щодо підтримки чи відновлення їх оптимального рівня СФ

і адаптування в житті при наявності хронічного психічного захворювання нами запропоновано та апробовано наступні за змістом реабілітаційні заходи.

1. Психосвітня програма.

Мета проведення психосвітньої програми – формування у хворих та членів їх родин адекватного уявлення про наявний психічний розлад (особливості його клінічних проявів та перебігу) з спрямованістю на розвиток комплайєнсу щодо виконання терапевтичних настанов лікаря щодо підтримуючої терапії, можливість вчасного звертання по допомогу при загостренні стану, а також залучання хворих до активної участі у психо-соціо-реабілітаційних заходах.

В роботі з обома групами хворих в нашому дослідженні (Гр1 ПостСрПв та Гр 2 ІмпСуд,) було використано адаптовано програму інтегративної біфокальної програми психосвітніх заходів реабілітації хворих на епілепсію [129, 130], яка розрахована як на самих пацієнтів, так і на їхніх близьких.

Основні завдання у проведенні психосвітньої програми для хворих з ПсРШфС та проявами СрПв включала наступне:

- інформування пацієнтів щодо розуміння проблем, пов'язаних з психічними розладами в цілому, надолуження дефіциту знань про особливості ПсРШфС: їх прояви та перебіг, вплив на особистість, СФ та здатність до загального адаптування у житті;
- зниження в пацієнтів рівня самостигматизації щодо проявів та перебігу ПсРШфС, а саме, «невиліковності» хвороби, відсутності ефективної медичної та психолого-реабілітаційної допомоги;
- інформування пацієнтів щодо загальних проявів СрПв, причин її розвитку, передвестників можливості імпульсивної реалізації суспільно- та особисто-небезпечних дій при раптовому виникненні суїцидальних або аутодеструктивних тенденцій, а також шляхи їх долання і попередження;
- навчання пацієнтів розпізнанню перших ознак загострення хвороби та орієнтуванню їх на необхідність своєчасного звернення по медичну допомогу;

– допомога в усвідомленні пацієнтами щодо наявності та властивостей їх власних психологічних ресурсів та можливостей соціальної допомоги і підтримки у збереженні або відновленні їх оптимального рівня СФ та загального ре-адаптування задля коригування індивідуальних та соціальних труднощів, спричинених хворобою.

Вкрай важливим було застосування психоосвітніх заходів для членів родини хворих з ПсРШфС та проявами СрПв. Основними завданнями цієї частини психосовітньої програми було наступне:

– інформування членів родини пацієнта щодо розуміння проблем, пов'язаних з психічними розладами в цілому, надолуження дефіциту знань про особливості ПсРШфС: їх прояви та перебіг, вплив на особистість хворого, на міжособистісні, насамперед, сімейні відносини, розвиток порушень СФ та загального адаптування у житті;

– зниження в членів родини пацієнтів рівня стигматизації щодо проявів та перебігу ПсРШфС в їх хворих родичів, а саме, незворотності інвалідізації, небезпеки хворих, відсутності ефективної медичної та психолого-реабілітаційної допомоги;

– інформування членів родини пацієнта щодо загальних проявів СрПв, причин її розвитку, про поведінку пацієнта під час загострення захворювання з ризиком можливості імпульсивної реалізації суспільно- та особисто-небезпечних дій та їх передвестників з раптовим виникненням суїцидальних або аутодеструктивних тенденцій, а також шляхи їх долання і попередження в умовах сім'ї та своєчасного пошуку необхідної допомоги;

– навчання родичів пацієнтів розпізнанню перших ознак загострення хвороби у члена їх родини з орієнтуванням їх на необхідність своєчасного звернення по психіатричну допомогу;

– роз'яснення членам родини про властивості психологічних ресурсів в їх хворих родичів, роль і сімейні можливості щодо допомоги і підтримки у збереженні або відновленні оптимального рівня СФ пацієнтів та їх загального

ре-адаптування задля коригування індивідуальних та соціальних труднощів, спричинених хворобою.

Основними засобами здійснення психоосвітньої програми для хворих обох груп було використання різноманітних засобів інформування: мікролекції, дискусії з відповідями на запитання, в котрих широко застосовувалися можливості використання інформаційного впливу в груповій формі роботи. Також при проведенні психоосвітніх заходів відбувалося психокорекційне втручання, спрямоване на заспокоєння емоційних переживань пацієнтів, завдяки роз'ясненню можливості отримати ефективну, адекватну та своєчасну допомогу незалежно від особливостей проявів та перебігу кожного з видів ПсРШфС.

В межах нашої роботи психоосвітня програма проводилася в умовах стаціонарного відділення, в груповій чи індивідуальній бесіді / дискусії з пацієнтами та/або їх родичами. При проведенні групової форми психоосвітньої бесіди було обрані такі теми для обговорення:

- Розповсюдженість, причини, прояви та наслідки психічних розладів. Міфи про психічні розлади. Як узнати та усвідомити перші ознаки загострення симптоматики та погіршення стану?
- Стрес у житті. Що таке дезадаптація? Психічна стійкість, додання стресу і стану дезадаптації (професійної, побутової).
- Міжособистісні відносини, можливі проблеми взаємин у пацієнтів з ПсРШфС. Як долати агресивність та роздратування у відносинах? Важливість взаємопідтримки, розуміння і близькості в родині, міжособистісних відносинах з оточуючими.
- СрПв і суїцидальна поведінка як психічне порушення, його особливості у пацієнтів з ПсРШфС, особливості розвитку, психотравмуючі обставини і стресовий вплив як сприяючі умови маніфестації СрПв, фактори ризику здійснення імпульсивних Суд (суїцидальних дій). Шляхи попередження щодо Суд та спроб самогубств.

- Тема для членів родини і опікунів: Психологічні аспекти виникнення та патодинаміки СРПв у хворих з ПсРШфС та правила поводження при гострих проявах і високому ризику здійснення імпульсивних Суд (суїцидальних дій). Інші форми незвичайної і небезпечної поведінки осіб з психічними розладами.
- Психофармакотерапія при ПсРШфС, основні групи психотропних засобів, принципи застосування та їх побічні ефекти. Важливість комплайенсу в лікуванні.
- Можливості і ефективність застосування психотерапії та психокорекції у лікуванні пацієнтів з ПсРШфС, їх форми, методи, показання та протипоказання. Що таке соціальна реабілітація?
- Як організована медична і психологічна допомога хворим з ПсРШфС, її можливості, доступність, наявні вади та перешкоди. Психіатрична допомога очима фахівців та пацієнтів як споживачів медичних послуг.

Таким чином, тематика психоосвітньої програми враховувала більшість питань пов'язаних з проявами і перебігом ПсРШфС та патодинамікою СРПв. Особливе значення при здійсненні психоосвітніх заходів надавалося своєчасному розпізнаванню ознак загострення психопатологічних порушень, запобіганню Суд і суїцидальним тенденціям пацієнтів, їх впливу на відношення у родині та шляхам вирішення сімейних конфліктів. Значна увага також приділялась інформації про методи лікування ПсРШфС та СРПв: дію сучасних психотропних препаратів, та їх побічним ефектам впливу, а також важливості формування і підтримання позитивного комплайенсу пацієнтів в ході реалізації всіх етапів КТРЗ.

Заняття з пацієнтами проводилися у групах по 7 – 10 осіб. Групи були змішаними, як щодо гендерного складу, так і щодо клінічних проявів психічного розладу. Заняття проводилися 2 рази на тиждень, тривалість кожного дорівнювала 1 годині. Таким чином увесь комплекс з 8 тем проводився у термін в 3 - 4 тижні, який в більшості випадків відповідає стадії стабілізуючої терапії КТРЗ та початку становлення ремісії у хворих.

Психоосвітні зустрічі з рідними пацієнтів на стаціонарному етапі проводилися 1 раз на 2 тижні. За можливістю та розробленим нами алгоритмом психоосвітні заходи мають бути продовжені і на амбулаторному етапі як важлива частина реабілітаційного компоненту КТРЗ.

2. Заходи з напрацювання соціальних навичок та навичок спілкування.

Заходи з навчання соціальним навичкам містило в собі систему навчаючих дій, які надавали пацієнтам в обох обстежених групах (Гр1 ПостСрПв та Гр 2 ІмпСуд) змогу поліпшити або відновити можливості компетентно використовувати нові, адекватні форми поведінки, насамперед в соціальних взаєминах.

Окремі методики розвинення соціальних навичок застосовувалися в залежності від кінцевої реабілітаційної мети щодо реабілітаційного компоненту КТРЗ в кожній групі хворих, відповідно до встановлених ЕМТ щодо здійснення Суд та інших проявів СрПв, а також визначених провідних клінічних синдромів (див. табл. 4.3).

Треба зазначити, що всі обстежені пацієнти потребували напрацювання таких соціальних навичок, як зменшення психоемоційного напруження, оптимальної саморегуляції, ефективного спілкування та конструктивного діалогу, а також корекції життєвих цінностей. Саме тому, було зроблено висновок, що включення цього набору соціальних навичок є вкрай важливим при проведенні реабілітаційних заходів при будь-якому виді ПсРШфС як на стаціонарному, так і на амбулаторному етапах застосування КТРЗ.

При втіленні заходів щодо розвинення соціальних навичок при окремих КМТ, котрі потенціювали здійснення імпульсивних Суд та визначали патодинаміку інших проявів СрПв, проводилось фокусування саме на проблемних зонах, які відображали характер порушень СФ та загальної дезадаптації хворих з ПсРШфС та маніфестними ознаками аутодеструктивних інтенцій.

Таблиця 4.3

Зміст соціальних навичок в структурі реабілітаційного компоненту КТРЗ, відповідно до виявлених психопатологічних синдромів у обстежених хворих з ПсРШФС та проявами СрПв та визначених КМТ щодо здійснених Суд

КМТ	Зміст соціальних навичок при окремих синдромах			
	Галюцинаторно-маячий	Афективно-маячний	Психопатоподібний	Тривожно-депресивний
	зменшення психоемоційного напруження, саморегуляції, ефективного спілкування та конструктивного діалогу, корекції життєвих цінностей			
Конфліктний	підтримання соціальних зв'язків;	самопостереження;	самопостереження;	-
Демонстративний	вирішення проблем;	подолання явища саможигматизації;	підтримання соціальних зв'язків	-
Тривожний	усвідомлення негативних автоматичних думок	підтримання соціальних зв'язків;	-	усвідомлення негативних автоматичних думок
Депресивний		усвідомленого рішення щодо проблем;	-	
Саможигматизуючий	розпізнавання емоцій інших осіб;	самопостереження;	-	-
Імперативний	створення довірливих відносин в родині, з медичним персоналом	усвідомленого рішення щодо проблем;	-	-
Маячний		усвідомлення негативних автоматичних думок	-	-

В межах здійснення реабілітаційного компоненту КТРЗ у хворих з ПсРШФС та проявами СрПв нами застосовувався тренінг навичок спілкування [131], який проводився для оптимізації поведінки пацієнтів в обох досліджуваних групах (Гр1 ПостСрПв та Гр 2 ІмпСуд,) у неминучих у реальному житті конфліктних ситуаціях. Особливо важливим поліпшення навичок спілкування у хворих з наявними конфліктними стосунками в родині чи з іншими оточуючими.

Його основна тематика складалось з формулювання концепції типів конфлікту і варіантів поведінки в конфліктній ситуації взагалі та з урахуванням особливостей хворобливих переживань і симптоматики ПсРШф, оцінку значущості конфлікту в житті пацієнта та можливості, шляхи й засоби його подолання. Кінцевою метою тренінгу навичок спілкування було навчання пацієнтів ПсРШф з проявами СрПв, котрі ввійшли в дослідження, стратегіям усвідомлення та розв'язання конфліктних ситуацій, додання переживань агресії та роздратування у міжособистісних взаєминах, конструктивної поведінки виходу зі складних і конфліктних ситуацій, а також набуття навичок ефективного спілкування та конструктивного діалогу.

Заняття проводилися 2 рази на тиждень, тривалість кожного дорівнювала 1 годині з сумісним веденням з медичним психологом. Загальна кількість занять коливалась від 8 до 12 в залежності від тривалості стаціонарного лікування пацієнтів на стадії стабілізуючої терапії і в періоді становлення ремісії щодо психотичного епізоду. Кількість учасників в групі при проведенні такого тренінгу дорівнювала 5-8 осіб.

Формат проведення тренінгу відбувався згідно певного стандартного алгоритму. Завданням початкового мотивуючого етапу тренінга (перші 1-2 зустрічі) було формулювання цілей, завдяки приєднанню до запитів учасників, а також та обговорення базових уявлень про конфлікти з наголосом на позитивної моделі їх вирішення. Метою основного етапу роботи було практичне напрацювання навичок ефективного спілкування та конструктивного діалогу. На завершальному етапі (заключна зустріч) підводилися підсумки участі в тренінгу та опрацьованих навичок з спрямуванням про необхідність подальшої підтримки отриманих практичних напрацювань [131].

Робота в групі із заохоченням до активної участі та акцентуванням відчуття «тут і зараз» здійснювалась за допомогою психогімнастичних процедур. Вправи та завдання тренінгу мали практичний, наочний характер, легко відпрацьовувалися безпосередньо учасниками. В роботі активно

використовувалися заохочення та підтримка, гумор та елементи гри, що допомагало учасникам відчувати себе більш розслаблено, потенціювало бажання активно приймати участь, а також засвоювати оновлені навички комунікації та особистісної поведінки. Такій характер проведення тренінгу дозволяв пацієнтам приймати активну участь в груповій дискусії щодо отриманого досвіду і чітко відслідковувати ефективність набуття нових навичок реагування та поведінки щодо міжособистісного контактування. У підсумку результатів кожного з занять формулювалися висновки та рекомендації для кожного учасника тренінгу щодо практичного втілення набутих знань та навичок у спілкуванні з родичами, пацієнтами стаціонару та медичним персоналом.

3. Психотерапевтичне втручання

При застосуванні реабілітаційного компонента КТРЗ для ПсРШфС та СрПв в Гр1 ПостСрПв та Гр 2 ІмпСуд використовувались і різні види психотерапевтичного втручання. Застосовані методи психотерапії в залежності від провідного синдрому ПсРШфС та КМТ щодо здійснених Суд та інших проявів СрПв наведено у табл. 4.4.

Треба зазначити, що для всіх пацієнтів, особливо на початковій стадії проведення реабілітаційних заходів, але і в подальшій роботі, застосовувалась методи раціонально-емотивної психотерапії за А. Еллісом [132,133], когнітивно-поведінкової психотерапії (КПТ) – як види психотерапевтичного втручання, а також індивідуальна психотерапія та, в більшості випадків, сімейна психотерапія – як форми втручання.

Застосування раціонально-емотивної психотерапії фокусувалося на зниженні психоемоційної напруги, заспокоєнні хворих та встановленні довірливого контакту.

Проясненні відвертання уваги хворих від хворобливих уявлень, переживань переконання у потребі лікування, підтримки впевненості в одужанні, формування критичного ставлення до психічного розладу та неадекватної поведінки,.

Все це сприяло редукуванню, насамперед, аутодеструктивних інтенцій у хворих Гр1 ПостСрПв запобігання виникнення руйнівної поведінки, запобігання небезпечним діям,

Таблиця 4.4

Застосовані методи психотерапії в структурі реабілітаційного компоненту КТРЗ, відповідно до виявлених психопатологічних синдромів у обстежених хворих з ПсРШФС та проявами СрПв та визначених КМТ щодо здійснених

Суд

КМТ	Метод психотерапії при окремих синдромах			
	Галюцина-торно-маячий	Афективно-маячний	Психопато-подібний	Тривожно-депресивний
	Раціонально-емотивна. КПТ, індивідуальна, сімейна			
Конфліктний	Елементи гештальт-терапії	Короткострокова позитивна з елементами гештальт-терапії,	Короткострокова позитивна психотерапія	-
Демонстративний			Короткострокова позитивна психотерапія, гештальт-терапія	
Тривожний			-	-
Депресивний			-	-
Самостигматизуючий			-	-
Імперативний	-	Короткострокова позитивна	-	-
Маячний	-	позитивна	-	-

Завдяки методикам КПТ [134] у хворих досліджувався взаємозв'язок між думками, відчуттями і поведінкою з акцентом на зміни і те, як ці процеси відбувалися в ході терапевтичної взаємодії.

З числа технік КПТ ефективним було використання техніки декатастрофізації. Доречним та дієвим засобом корекції виявлялося моделювання виходу за межі «катастрофічної події» (психотравмуючих впливів суб'єктивно значущих для хворих) та визначення уявлень пацієнта про те, що відбудеться після події (конфлікту, думки, труднощі). Вивід уявлення

пацієнта за просторо-часові межі моменти психотравмуючої («катастрофічної») формував можливості психологічного опанування хворобливих переживань з опрацюванням усвідомленого ставлення до психотравмуючих обставин і конструктивного поведіння в них.

Фокусування використаних методик щодо окремих видів психотерапії враховувало визначену провідну клінічну симптоматику та встановлені КМТ щодо здійснених Суд та інших проявів СрПв.

Так, для хворих з галюцинаторно-маячним синдромом та імперативним і маячним КМТ, специфіку їх особистісних характеристик, вираженість проявів емоційної нестабільності було розроблено інтегрований курс короткострокової психотерапевтичної інтервенції, яка включала підходи та методики, які застосовуються саме в КПТ.

Фокусоване психотерапевтичне втручання у хворих з депресивним КМТ у сполучі з галюцинаторно-маячним або афективно-маячним синдромами, окрім зазначених вище загальних підходів, включало елементи гештальт-терапії такі як метод діалогу, гештальт-експерименту, роботу з полярностями. З пацієнтами, в яких було діагностовано афективно-маячну симптоматику та депресивний КМТ також використовувалися методи короткострокової позитивної терапії за Н. Пезішкьяном [135].

Застосування методик, котрі дозволяли хворим полегшити усвідомлення і вираз власних почуттів, було обмовлено тим, що фіксована депресивна мотивація блокувала у хворих можливість емоційної регуляції за рахунок забороняючих (захисних) механізмів інтродекції та ретрофлексії. Це сприяло стійкості аутодеструктивних проявів, тому що пригнічені, блоковані негативні відчуття оберталися хворими на себе у вигляді самообезцінюючих, самообвинувачуючих, самознищуючих тенденцій, що частіше відмічали хворі в Гр1 ПостСрПв. Такі емоційно-когнітивні викривлення слугували не тільки психологічним підґрунтям для розвинення депресивних розладів, а і для посиленню аутоагресивних інтенцій. Психотерапевтична робота спрямовувалась на допомогу хворим позбутися напруги та дискомфорту,

вільно виражати незавершені і пригнічені негативні переживання, насамперед, заблоковане відчуття провини, що, в свою чергу, сприяло посиленню відчуття керування власними думками, емоціями та діями, а також покращенню самооцінки і формуванню позитивного ставлення до себе. Всі ці втручання допомагали пацієнтам налагодити емоційну-регуляцію, вели до усвідомлення психологічних причин хворобливих переживань, певного розв'язання особистісних проблем, підвищення рівня впевненості в собі, котре сприяло покращенню СФ хворих.

Ті ж цілі застосування психотерапевтичних методів мали місце і у хворих з тривожним КМТ при всіх клінічних синдромах задля поліпшення механізмів додання значного занепокоєння при виникненні життєвих чи труднощів чи міжособистісних конфліктів, котре потенціювало імпульсивне загострення суїцидальних інтенцій і перешкоджало усвідомленню почуттів та думок в актуальній міжособистісній взаємодії.

В цих пацієнтів, як і у хворих з психопатоподібним синдромом (хворі на ШТР, Гр1 ПостСрПв) ефективним було застосовування різних техніки короткострокової позитивної психотерапії, центрованої на активізації власних ресурсів пацієнтів з проявами СрПв. Таке втручання базувалось на наступних принципах:

- проведення терапевтичної роботи з опорою на позитивний досвід в житті пацієнта, який є для нього ресурсним у доданні життєвих труднощів та проявів хвороби;
- використання позитивного підкріплення щодо усвідомлення власних почуттів та настанов, можливостей посилення близькості в родині, формування погляду на майбутнє тощо;
- можливості використання щодо самосвідомості пацієнтів загального позитивного філософського підходу до сенсів життя.

Окрім індивідуальної форми психотерапевтичного втручання для корекції міжособистісних відносин і усунення емоційних та поведінкових розладів у родині застосовувалась сімейна психотерапія, яка проводилася на

стаціонарному та амбулаторному етапах проведення КТРЗ, тобто на протязі всього часу спостерігання за хворими. Основні методи психотерапії, які використовувалися в роботі з родиною були: методики раціонально-емоційної терапії, елементи гештальт-терапії, а також техніки короткострокової позитивної психотерапії.

Застосування сімейної психотерапії [135] у реабілітаційному компоненті КТРЗ було принципово важливим для пацієнтів в Гр1 ПостСрПв – в тих, у кого було встановлено конфліктний, демонстративний, самостигматизуючий та тривожний КМТ. Її тривалість визначалась швидкістю виходу хворих з гострого стану, вираженістю в родині міжособистісних конфліктів, наявністю бажання та мотивації у членів сім'ї до терапевтичної співпраці. Родичі пацієнтів залучались до зустрічей 1 раз на тиждень на стаціонарному етапі КТРЗ та в подальшому 2 рази на місяць – на амбулаторному. Основним фокусом психотерапевтичної роботи було встановлення взаємопорозуміння завдяки: покращенню розуміння родичами хворого особливостей його стану, соціально-психологічних обмежень внаслідок захворювання та наявних особистісних ресурсів; пошуку можливостей взаємоповаги та взаємодопомоги; формування навичок ефективного діалогу та конструктивних домовленостей.

Сімейна терапія включала чотири стадії:

- діагностична, на якій з'ясовувалась патерни порушень комунікації і відносин в родині та/або проблемна ситуація, виходячи з позиції кожного члена родини та власним уявленням пацієнта;
- вирішення сімейного конфлікту, коли з'ясовувались шляхи виникнення конфлікту у родині, після чого члени родини разом з пацієнтом вирішували чи, принаймні, знаходили компромісний шлях виходу з проблеми, навчаючись адекватному емоційному відреагуванню;
- реконструкції здорових відношень, основною метою якої було напрацювання нових патернів взаємин в родині з опорою на покращення сімейного мікроклімату за допомогою посилення взаєморозуміння та

взаємоповаги, враховуючи особливості захворювання, а також пошуку адекватних способів реагування у проблемних ситуаціях, які можуть виникати в майбутньому;

– підтримуюча яка спрямовувалася на закріплення набутих на попередніх стадіях навичок спілкування, конструктивних патернів реагування і нових стратегій поведінки в сім'ї.

4.3 Результативність апробування комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів для хворих з психотичними розладами спектру шизофренії та проявами саморуйнівної поведінки

Завданням проведеного дисертаційного дослідження, окрім диференційно-діагностичного вивчення патогенетичних механізмів розвитку, проявів і патодинаміки СрПв з визначенням КМТ щодо здійснення Суд у хворих з ПсРШфС, була розробка та апробування алгоритму КТРЗ для цих пацієнтів, що і було здійснено. Нажаль, у зв'язку з значною часовою різницею у перебуванні хворих на етапі стаціонарного та амбулаторного лікування і відповідною неоднорідністю використаних елементів реабілітаційного компоненту КТРЗ, не було можливості визначити ефективність застосування запропонованого алгоритму КТРЗ у всіх обстежених хворих, але в кожному випадку фіксувався характер змін у психопатологічних проявах ПсРШфС та динаміки ознаках СрПв. Співставлення даних первинного діагностичного дослідження з результатами після застосування КТРЗ виявило що в цілому стан ремісії з відсутністю психотичної симптоматики було зафіксовано у 76 пацієнтів (67.9%) з обох груп: 38 (76.0%) в Гр1 ПостСрПв та 38 (61.3%) Гр2 ІмпСуд. Що є достовірним покращенням стану хворих з точки зору купірування психотичної симптоматики. В усіх інших хворих психотична симптоматика виявлялася в резидуальних проявах. Дані наведено в табл. 4.5.

Розподіл обстежених хворих в групах та загалом за провідним клінічним синдромом на завершальній стадії застосування КТРЗ, абс. (%)

Синдроми	Гр1 ПостСрПв		Гр2 ІмпСуд		Всього	
	первинний огляд	завершальний огляд	первинний огляд	завершальний огляд	первинний огляд	завершальний огляд
Галюцинаторно-маячний	14 (28,0)	4 (8,0)* p=0,035	46 (74,2)	19 (30,6)** p=0,003	60 (53,6)	23 (20,1)** p=0,001
Афективно-маячний	30 (60,0)	7 (14,0)** p=0,003	16 (25,8)	5 (8,1)* p=0,042	46 (41,1)	12 (10,0)** p=0,001
Тривожно-депресивний	3 (6,0)	0	0	0	3 (2,7)	0
Психопатоподібний	3 (6,0)	1 (2,0)	-	-	3 (2,7)	1 (0,9)
Всього	50 (100,0)		62 (100,0)		112 (100,0)	

Примітка: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, за падінням значень в кожній з груп та загалом.

В Гр2 ІмпСуд на завершальній стадії застосування КТРЗ маніфестних проявів СрПв не було виявлено в жодному випадку. Серед хворих Гр1 ПостСрПв лише в 4 осіб (8,0%) зберігалися суїцидальні думки (по 2 пацієнта з імперативним та самостигматизуючим КМТ і афективно-маяним синдромом) та 6 осіб (12,0%) висловлювались про наявність періодичних суїцидальних думок (2 пацієнта самостигматизуючим та по 1 одній особі з імперативним, маячним, депресивним і демонстративним КМТ). Жодних випадків здійснення Суд за період обстеження та застосування КТРЗ виявлено не було.

Суб'єктивна оцінка хворими застосування реабілітаційного компоненту КТРЗ засвідчила їх суттєво покращення розуміння щодо специфіки клінічних проявів і перебігу основного захворювання, покращення характеру міжособистісних відносин в родині; а також усвідомлення важливості дотримання наданих лікарських рекомендацій щодо стабілізуючої та

підтримуючої психофармакотерапії. Але ці дані не можливо було статистично обробити при відсутності первинного аналізу цих характеристик.

Апробація реабілітаційного компоненту КТРЗ дозволила зробити висновок, що пацієнти з ПсРШфС з проявами СрПв в стані ремісії (амбулаторний етап), котрі ввійшли в Гр1 ПостСрПв потребують більш довготривалого психотерапевтичного лікування в індивідуальній та сімейній формах, ніж Гр2 ІмпСуд. Реабілітаційна робота з цими пацієнтами повинна акцентуватися на покращенні комплайєнсу за рахунок психокорекційного супроводу хворих у дотриманні лікарських рекомендацій щодо психофармакотерапії.

Таким чином, застосування представленого алгоритмі КТРЗ з фокусуванням на встановлення клінічних особливостей ПсРШфС у актуальному психотичному епізоді або стані реактивної декомпенсації і маніфестних ознак СрПв з оцінкою їх патологічності на діагностичному етапі; на стаціонарному та амбулаторному етапах – використання обґрунтованої та ефективної психофармакотерапії з дотриманням режиму лікування, а також втілення реабілітаційного компоненту, має достатньо значну клінічну значущість під час допомоги досліджуваному контингенту хворих, важливим фактором профілактики рецидивів психотичних епізодів у шизофренічного процесу та проявів СрПв. Необхідність впровадження КТРЗ в клінічну практику ґрунтується на тому, що у даного контингенту хворих домінують симптоми, що охоплюють спектр когнітивних і емоційних розладів, порушень поведінкового рівня, сімейних відносин, котрі в сукупності суттєво погіршують рівень СФ. І саме застосування реабілітаційного комопненту у КТРЗ для пацієнтів з ПсРШфС з проявами СрПв, а саме психоосвітньої програми, тренінгу соціальних навичок та спілкування, психотерапевтичного втручання позитивно впливало на психологічні фактори особистісної вразливості та міжособистісних відносин пацієнтів, чим обумовлювало покращення соціальної адаптації та якості життя хворих.

4.4. Висновки до розділу

У четвертому розділі дисертаційної роботи, який відповідав п'ятому етапу дизайну дослідження, висвітлено розроблений алгоритм КТРЗ для хворих з ПсРШФС та проявами СрПв.

Основна мета застосування КТРЗ – відновлення або підтримка за його допомогою оптимального рівня СФ хворих з різними видами ПсРШФС та проявами СрПв, їх психологічної, соціальної та трудової адаптації з активацію їх особистісних ресурсів задля збільшення періодів ремісії та профілактики рецидивування СрПв і здійснення життєбезпечних Суд.

Запропонований КТРЗ складався з основних етапів:

1. Діагностичний етап, метою якого було визначення клінічного діагнозу, особливостей психопатологічних проявів в досліджених групах, верифікація маніфестних ознак СрПв в актуальному стані хворих та КМТ щодо здійснення ними Суд на основі проведення відповідних диференційно-діагностичних заходів: первинного дослідження та подальшого діагностичного супроводу хворих.

2. Стаціонарний етап, основною метою якого було застосування інтенсивної та стабілізуючої психофармакотерапії як терапевтичного компоненту і проведення реабілітаційного компоненту КТРЗ, який розпочинався з формування реабілітаційної готовності, визначення реабілітаційного діагнозу та загальної реабілітаційної мети. Терапевтичний та реабілітаційний компоненти КТРЗ на цьому етапі був спрямований на редукцію психопатологічної симптоматики з становленням ремісії, купірування проявів СрПв, покращення СФ за рахунок набуття знань за психоосвітньою програмою, напрацювання соціальних навичок та вмінь конструктивного спілкування.

3. Амбулаторний етап включав продовження терапії (підтримуюча психофармакотерапія), проведення тренінгу соціальних навичок, продовження застосування психотерапії та психокорекційного супроводу. В

реабілітаційному компоненті КТРЗ на цьому етапі активно застосовувались різні види психотерапії, які визначались особливостями психопатологічної симптоматики у стані ремісії, визначеними КМТ та наявними ознаками СрПв.

Проведення КТРЗ на амбулаторному етапі було спрямоване на зміцнення комплайенсу для дотримання хворим режиму лікування, відновлення або підтримку оптимального рівня СФ, збільшення тривалості періодів ремісії ПсРШфС та профілактику повторних епізодів СрПв.

У розділі детально описаний зміст заходів реабілітаційного компоненту КТРЗ, а саме, завдання та напрямки психоосвітньої програми, тренінгу соціальних навичок та навичок спілкування для пацієнтів з ПсРШфС та проявами СрПв і для членів родини. Обґрунтовано та ретельно викладено принципи призначення і диференційованого вибору методів психотерапії (раціонально-емотивної, КПТ, короткострокової позитивної, гештальт-терапії) в індивідуальній та сімейній формі в залежності від встановленого провідного синдрому та визначених КМТ щодо здійснення хворими Суд та інших проявів СрПв.

Апробування розробленого алгоритму КТРЗ для хворих з ПсРШфС та проявами СрПв виявило позитивні зміни у психопатологічних проявах ПсРШфС та динаміки ознаках СрПв. В цілому стан ремісії з відсутністю психотичної симптоматики було зафіксовано у 76 пацієнтів (67.9%) з обох груп: 38 (76.0%) в Гр1 ПостСрПв та 38 (61.3%) Гр2 ІмпСуд.

Таким чином, доведено практичне значення створеного алгоритму КТРЗ, подальше використання якого в закладах галузі охорони здоров'я дозволить фахівцям (лікарям-психіатрам та психотерапевтам) надавати своєчасну та якісну поетапну допомогу хворим з ПсРШфС, особливо з коморбідним приєднанням проявів СрПв. Це дозволить попереджувати рецидиви психотичних епізодів та станів реактивної декомпенсації при будь-яких видах ПсРШфС, сприятиме відновленню оптимального рівня їх СФ та запобігатиме виникненню повторних епізодів СрПв.

Результати, викладені в цьому розділі, опубліковані в таких наукових працях:

1. Oleksandr O Bashynskiy, Galyna Ya Pyliagina , Evangelos C Fradelos.(2022) Self-destructive behavior in patients with schizophrenia spectrum disorders. features of pathogenesis and pathodynamics. *Wiad Lek.*, 75, 1832-1838. doi: 10.36740/WLek202208103.
2. Boltivets, S., Chelyadyn, Y., Gonchar, T., Uralova, L., & Bashinskii, O. (2019). Socio-psychological characteristics of patients with schizophrenia receiving compulsory inpatient and outpatient treatment and voluntary psychiatric patients. *Problems of Psychology in the 21st Century*, 13(2), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/19.13.75>

Аналіз та узагальнення результатів дослідження

На сьогоднішній день на шизофренію припадає щонайменше 2,3% глобального тягаря хвороб та інвалідності, проте в усьому світі велика частка людей, які страждають на цей розлад, все ще залишаються без лікування [12]. Концепція шизофренії як хвороби з'явилася відносно недавно, порівняно з психічними розладами, відомими з античності, такими як меланхолія, манія або "божевілля". Крепелін визнавав різноманітність клінічних картин, які об'єднує деменція прекокс, і сформулював дев'ять різних "клінічних форм" [17]. Протягом наступних кількох десятиліть зростало усвідомлення того, що шизофренія дійсно є широкою групою клінічно гетерогенних розладів. Шизофренія, яка є хронічним психічним захворюванням, призводить до різного ступеня проявів психічних та фізичних порушень; соціальної та професійної дезадаптації людей, що страждають на дану патологію.

СрПв у осіб з розладами психіки є розповсюдженою медичною проблемою з якою у повсякденній практиці стикаються, як безпосередньо лікарі – психіатри, так і широке коло спеціалістів інших клінічних спеціальностей. Аналізуючи світові дані щодо прояві СрПв ми виявили що смертність внаслідок суїцидів перевершує щорічні світові показники смертності від вбивств і військових конфліктів [60].

Однією з вагомих причин активного вивчення СрПв у світі є прогресуюче зростання частоти самоушкоджень, на жаль в межах України не проводилися відкриті епідеміологічні дослідження саме різних варіантів СрПв, про що і буде дане дослідження.

Для досягнення мети й вирішення поставлених завдань дисертаційне дослідження проводилося з чіткою послідовністю його виконання у декілька етапів, котрі представлені у рис.1 (див розділ 2).

Для вирішення задач дисертаційного дослідження було використано наступні методи: теоретичний, клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

Психометричний метод дослідження пацієнтів за допомогою низки клінічних шкал було застосовано для аналізу клінічних та соціальних характеристик в групах обстеження. А саме, нами були використані наступні шкали: PANSS [118], PHQ-9 [124], GAF [120], PSP [119]

Також для вивчення патогенезу СрПв у хворих на ПсРСШф було застосовано *ШАП (SBPS)* [121], а саме, для визначення аутоагресивних предикторів формування аутодеструктивної активності та їх вираженості (Пілягіна Г.Я., 2004)

Психодіагностичний метод було застосовано для вивчення патопсихологічних особистісних характеристик в обох груп пацієнтів. Для цього були використані *BHS* (шкала безнадійності А. Бека) [122], *IS* (шкала імпульсивності Р. Плучика) [123] та *BFPT* (п'ятифакторний опитувальник особистості «Велика п'ятірка») [125,126].

Клініко-діагностичне, психометричне та психодіагностичне дослідження усіх хворих (другий та третій етап дослідження) проводилось на другому-четвертому тижні спостереження за хворим на етапі досягнення ними стану становлення ремісії після нівелювання гостроти симптоматики психотичного стану та появи критичного відношення до неї.

В основу роботи покладено результати обстеження 112 пацієнтів з ПсРШфС у період з 2016 по 2023 рр., які перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях Комунального некомерційного підприємства клінічна лікарня «Психіатрія» у м. Києві.

В групу досліджуваних пацієнтів увійшли 55 чоловіків (49,1%) та 57 жінок (50,9%). Вік хворих становив від 18 до 50 років, середній вік усіх обстежених пацієнтів – $32,61 \pm 10,92$ роки: середній вік чоловіків – $34,23 \pm 11,17$ років, середній вік жінок – $30,77 \pm 10,49$ років.

Метою дослідження була оптимізація підходів до комплексного лікування і психореабілітації хворих на ПсРШфС, котрі мають прояви СрПв, на основі вивчення її структурно-динамічних особливостей та розробки критеріїв її диференційної діагностики в даній групі хворих.

Всі обстежені пацієнти були розподілені на дві групи щодо проведення основного експерименту, спираючись на характер проявів та динаміки СрПв, а саме, різниці в патогенезі формування його маніфестних ознак та розвитку епізодів з реалізацією Суд.

До першої групи (Гр1 ПостСрПв) увійшли 50 пацієнтів з ПсРШФС (44,6% від загальної кількості обстежених), у яких прояви СрПв були присутніми протягом усього періоду захворювання або більше половини цього терміну – як за інформацією хворих, так і згідно медичної документації. Суд цими хворими (в більшості випадків – суїцидальні спроби) здійснювалися під впливом різкого загострення суїцидальних ідей або хворобливих переживань з аутодеструктивним змістом, що переважно залежало від психологічних причин, але не від гостроти психопатологічної симптоматики.

До другої групи (Гр2 ІмпСуд) увійшли 62 пацієнти (55,4% від загальної кількості обстежених), у яких маніфестні прояви СрПв у вигляді хворобливих переживань з аутодеструктивним змістом формувалися виключно як вторинна симптоматика по відношенню до екзацерації психотичного процесу. Саме гострота психотичного стану викликала у цієї когорти хворих імпульсивну реалізацію Суд, і після редукування гострої психотичної симптоматики у них зникали аутодеструктивні чи суїцидальні ідеї.

Проведене вивчення демографічних показників в обох досліджуваних групах хворих з ПсРШФС. В Гр1 ПостСрПв (n = 50) увійшли 26 жінок (52,0 %) та 24 чоловіка (48,0 %), а в Гр2 ІмпСуд (n = 62): 31 жінка (50,0 %) та 31 чоловік (50,0 %). Тобто за статтю групи досліджених хворих були співставними (p > 0,05).

Таким чином, за основними соціально-демографічними критеріями обидві груп співставні щодо проведення подальшого клініко-діагностичного, психометричного та психодіагностичного дослідження.

Дослідження патогенетичних механізмів та клінічних особливостей проявів СрПв у хворих з ПсРШФС нерозривно пов'язано з розглядом та

аналізом психопатологічної структури власно психотичних розладів шизофренічного спектру, які вивчаються в групах.

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

Отримані результати свідчать, що при всіх ПсРШфС шляхи розвитку СрПв мають достовірно суттєві відмінності. Так, важливо розуміти, що більшість аутодеструктивних дій здійснюється хворими з ПсРШфС імпульсивно під впливом гострої галюцинаторно-параноїдної симптоматики, або прояви СрПв психологічно «вбудовуються» в хворобливі переживання і стають коморбідним процесом, який суттєво патопластично впливає на актуальний психічний стан хворих, їх поведінку та повинен враховуватися в процесі лікування і психологічної реабілітації.

Окрім нозологічної приналежності нами були вивчені провідні клінічні синдроми в даній вибірці пацієнтів. У більшості пацієнтів (89,4 %) було виявлено галюцинаторно-маячний та афективно-маячний синдроми, тоді як решта синдромів – тривожно-депресивний, психопатоподібний та обсесивно-компульсивний були присутні лише у 11 хворих (11,6 %), тих, що мали діагноз ШтР. Це свідчить про якісні клінічні відмінності пацієнтів з різними видами ПсРШфС. Це доводить, що існують якісні відмінності щодо клініко-патогенетичного базису розвитку СрПв та здійснення Суд при різних варіантах ПсРШфС. 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.

Психометричне дослідження верифікувало клінічний стан пацієнтів за допомогою шкали оцінка позитивних и негативних симптомів (PANSS). Між групами хворих не було виявлено статистично достовірних відмінностей щодо переважної більшості критеріїв продуктивної психотичної симптоматики.

Статистично значущою різниця зафіксована тільки за показником P2 «дезорганізація мислення».

Згідно субшкалі негативної симптоматики, тільки за показником «стереотипне мислення» були зафіксовані достовірно більш високі показники також в Гр2 ІмпСуД ($p = 0,016$).

Відсутність значущих відмінностей за субшкалами позитивних і негативних симптомів підтвердили початкову схожість і порівнянність груп хворих з точки зору основних діагностичних критеріїв ПсРШф.

У Гр2 ІмпСуД були отримані достовірно вищі бали за симптомами «манірність і позування» ($p = 0,049$), «незвичайний зміст думок» ($p = 0,008$) і «зниження критичності до свого стану» (з найбільшим значенням у балах - $4,34 \pm 0,96$ і найбільш вираженою статистичною відмінністю – $p = 0,002$) і «завантаженість психічними переживаннями» ($p = 0,000$), що свідчить про заглибленість у внутрішні й аутистичні переживання та порушення адаптивного поведіння і цікавості до реального життя. Ці результати характеризували глибину ендогенних порушень в цій групі хворих.

Тоді як у пацієнтів Гр1 ПостСрПв статистично достовірно вищим бал був зафіксований лише за пунктом «зниження контролю спонукань».

Ці результати в Гр1 ПостСрПв можна пов'язати з більшою значимістю психологічного компонента в психічному стані цих хворих, що обумовлювало збереження маніфестних проявів СрПв у них як в період психотичного загострення, так на етапі виходу з нього.

Значне зниження контролю спонукань у хворих Гр1 ПостСрПв, підтвердило тезу, що такі пацієнти потребують не тільки медикаментозного втручання з метою купірування психотичного стану і запобігання реалізації хворими СпД, але і в обов'язковому застосуванні психотерапевтичного (психокорекційного) супроводу для впливу на психологічну проблематику, включаючи сімейні конфлікти, і особистісні характеристики пацієнтів, зокрема афективно-вольову сферу їх психічної діяльності, прогностичні

властивості та навички відповідальної поведінки. Це також є мішенями психотерапії в даній групі хворих.

Аналіз результатів, отриманих за IS, показав, що показник імпульсивності в обох групах відповідав середньому рівню. Однак він був вищим серед пацієнтів Гр1 ПостСрПв, що співпадало з результатами клінічного обстеження, отриманими за допомогою опитувальника PANSS.

Вивчення рівня безнадійності проведене за BHS відповідною продемонструвало відсутність достовірної різниці між групами обстежених та легкий її рівень.

Результати отримані за шкалою GAF свідчать про зниження рівня функціонування пацієнтів обох груп, яке притаманне хворим з ПсР.

Отриманий дані щодо рівня особистісного та соціального функціонування, згідно шкали PSP, засвідчили про наявність серйозного погіршення функціонування у соціальній та професійній сферах (наприклад, повна відсутність друзів, нездатність зберегти робоче місце). Аналіз гендерних розбіжностей в рівні функціонування виявив, що жінки з Гр2 ІмпСуд мали дещо вищий рівень функціонування, який розцінюється як помірний (помірні труднощі в соціальній та професійній сфері, наявність деяких проблем в емоційності та мисленні тощо).

Задля підтвердження висунутої наукової гіпотези про патогенетичну неоднорідність динаміки СрПв у пацієнтів з ПсРСШф було проведено аналіз мотиваційних установок реалізації Суд серед обстежених пацієнтів в обох групах.

Проведене клініко-діагностичного інтерв'ю підтвердило суттєві якісні відмінності мотиваційних установок у клініко-патогенетичному розвитку СрПв, що безпосередньо передували та приводили до реалізації Суд в групах хворих. (Див. таблиця 3.2.1 розділ 3)

Аналіз особливостей мотиваційних установок реалізації Суд у хворих з ПсРШфС дозволив виділити декілька клінічних варіантів мотивації Суд та збереження проявів СрПв: тривожний, демонстративний,

самостигматизуючий, конфліктний, галюцинаторно-імперативний, маячний та депресивний. Співставлення типів мотивації з наявною психопатологічною симптоматикою дозволило вивчити клінічні особливості хворих з ПсРШФС при різних типах мотивації СрПв. Проводилось також вивчення структури аутоагресивних предикторів у пацієнтів з різними клінічними типами мотивації СрПв. Це дало змогу визначити мішені психотерапевтичної та психоосвітньої роботи в різних групах пацієнтів.

Згідно з отриманими даними, серед усієї вибірки обстежених пацієнтів у 41,1 % випадків (46 хворих) провідною мотиваційною установкою здійснення Суд був вплив імперативних псевдогалюцинацій – усі ці випадки були зафіксовані у Гр2 ІмпСуд (74,2 % пацієнтів цієї групи, $p = 0,000$). Саме вплив імперативних псевдогалюцинацій («наказ» померти, вбити себе, «випустити диявола») як прояв гострого психотичного стану був головною причиною прийняття цими хворими аутодеструктивного рішення як моменту переходу від «усвідомлення» рішення щодо Суд та його здійснення. У Гр1 ПостСрПв не було зафіксовано жодного випадку скоєння Суд під впливом імперативних псевдогалюцинацій серед пацієнтів, що стало підтвердженням дослідницької гіпотези про патогенетично різний характер формування та динаміки СрПв у пацієнтів з ПсРШФС.

Мотивація загострення аутодеструктивних і переважно суїцидальних тенденцій у хворих на Гр1 ПостСрПв, як підґрунтя реалізації ними Суд, була різноманітнішою і, головним чином, пов'язаною з особистісними переживаннями та психологічними проблемами. Випадки, коли реалізація Суд хворими в Гр1 ПостСрПв була обумовлена гостротою маячних ідей самозвинувачення (12,0 % пацієнтів), певною мірою також можна було віднести до психологічного механізму поступового наростання аутодеструктивних тенденцій у ході перебігу процесу хвороби. У цілому ця мотиваційна підгрупа становила десятину від усієї когорти обстежених хворих із ПсРШФС – 10,7 % випадків, в тому числі з них 9,7 % хворих в Гр2 ІмпСуд. Однак, у пацієнтів з Гр1 ПостСрПв маячні ідеї самозвинувачення у

поєднанні з суїцидальними ідеями були присутні в редукованому вигляді в період стабілізації психічного стану на відміну від хворих на Гр2 ІмпСпД, у яких після усунення гострої психотичної симптоматики практично повністю зникали аутодеструктивні інтенції і значно редукувалися маячні симптоми.

В цілому, враховуючи інші варіанти мотивації реалізації Суд (бажання подолати переживання, викликані конфліктами в сім'ї; неприйняття факту наявності психічного захворювання та психіатричного діагнозу), психогенез формування СрПв серед пацієнтів Гр1 ПостСрПв відображав його динаміку як стрес-реакцію на психотравму.

Отримані результати дослідження дозволили виділити декілька КМТ щодо здійснення Суд та збереження проявів СрПв: тривожний, демонстративний, самостигматизуючий, конфліктний, галюцинаторно-імперативний, маячний та депресивний – їх клінічні приклади наведені в розділі. Співставлення КМТ з наявною психопатологічною симптоматикою (за PANSS) та аутоагресивними предикторами (за ШАП) дозволило вивчити клінічні особливості перебігу ПсРШфС та патодигаміки СрПв при різних КМТ щодо здійснення Суд, що обґрунтовує визначення мішеней психотерапевтичної та психоосвітньої роботи в подальшій роботі з цим контингентом пацієнтів.

Розглядаючи результати тесту ШАП (Пилягіна Г.Я., 2004) у хворих з ПсРШфС з різними типами мотивації, ми побачили, що всі хворі демонстрували різні прояви складових пресуїцидального синдрому в рамках переважно помірною рівня.

Емоційні розлади у структурі психічних розладів у вивчаємих пацієнтів, а саме рівень депресії, імпульсивності та безнадійності оцінювався за шкалами PHQ-9, IS і BHS. Найнижчий рівень депресивних переживань виявився у хворих із самостигматизуючим ($4,7 \pm 2,3$ балів) та депресивним Гр2 ІмпСуд ($4,3 \pm 5,0$ балів) варіантами мотивації СрПв. Найвищий рівень цих емоцій демонстрували хворі з тривожним ($12,9 \pm 6,2$ балів), демонстративним ($11,4 \pm 5,2$ балів) і параноїдним ($11,3 \pm 6,3$ балів) варіантами мотивації СрПв.

Аналіз результатів, отриманих за допомогою опитувальника «Big Five», показав, що особистісні характеристики пацієнтів у Гр1 ПостСрПв та у Гр2 ІмпСпД якісно відмінні за всіма п'ятьма факторами і дозволив скласти характерологічний портрет двох різних типів пацієнтів з ПсРШфС та проявами СрПв, які належали до кожної з обстежених груп.

На підґрунті визначення клінічної типології психотичних розладів шизофренічного спектру та особистісних характеристик пацієнтів було розроблено комплекс терапевтичних та реабілітаційних заходів (КТРЗ) для таких хворих.

Розроблений КТРЗ включає три основних етапи:

1. Діагностичний етап:

- Визначення клінічного діагнозу та характеристик психопатологічних проявів у досліджених групах.
- Підтвердження маніфестних ознак (СрПв) через проведення диференційно-діагностичних процедур.

2. Стаціонарний етап:

- Застосування інтенсивної та стабілізуючої психофармакотерапії як терапевтичного компоненту.
- Проведення реабілітаційного компоненту, включаючи формування реабілітаційної готовності, визначення реабілітаційного діагнозу та загальної реабілітаційної мети.

3. Амбулаторний етап:

- Продовження терапії, включаючи підтримуючу психофармакотерапію.
- Проведення тренінгу соціальних навичок та застосування психотерапії та психокорекційного супроводу.

Загалом, використання розробленого алгоритму КТРЗ в медичних закладах допоможе фахівцям, зокрема лікарям-психіатрам та психотерапевтам, забезпечувати своєчасну та якісну поетапну допомогу пацієнтам з ПсРШфС, з особливим урахуванням коморбідності проявів СрПв.

Це сприятиме попередженню рецидивів та поліпшенню якості життя пацієнтів.

Висновки

1. У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне обґрунтування та наведено нове вирішення актуального науково-практичного завдання щодо розробки критеріїв диференційної діагностики проявів СрПв у хворих на ПсРШфС (Шф, ШаР, ГППсР, ШтР), котрі здійснили Суд задля оптимізації підходів до їх комплексного лікування і реабілітації зі спрямованістю цих заходів на профілактику рецидивування психотичних проявів основного захворювання та епізодів СрПв, а також погіршення СФ серед цих пацієнтів.

2. У дослідженні клінічних проявів ПсРШфС в обох групах хворих було виявлено, що найбільшу кількість хворих склали пацієнти з Шф (47,4%, $p < 0,05$). В Гр1 ПостСрПв значно менше було хворих на Шф та ШаР, до неї відносилися практично всі пацієнти з ШтР (90,9%), і достовірно домінував афективно-маячний синдром (60,0%), а за результатами PANSS зафіксоване достовірне зниження контролю спонукань. Тоді як серед пацієнтів Гр2 ІмпСпД достовірно переважала кількість хворих на Шф (60,1%) та ШаР (66,7%), значно частіше спостерігався галюцинаторно-маячний синдром (74,2%, $p = 0,000$). Згідно PANSS, в цій підгрупі хворих були виявлені достовірне переважання грубих порушень мислення: його дезорганізації і стереотипності, незвичайного змісту думок, завантаженість психічними переживаннями та зниження критичності до свого стану.

3. За результатами дослідження було доведено якісні відмінності у клініко-патогенетичного базису СрПв та здійснення Суд в групах хворих з ПсРШфС. А саме, хворі в Гр1 ПостСрПв здійснювали Суд, здебільшого, на основі хворобливої патопсихологічної трансформації психотравмуючих обставин життя та під впливом порушень афективно-вольової сфери, тоді як Суд у пацієнтів з Гр2 ІмпСуд були спровоковані переважно впливом галюцинаторно-маячної симптоматики. Згідно психодіагностичного дослідження за ШАП в Гр1 ПостСрПв було виявлено достовірно вищий рівень аутоагресивних проявів, імпульсивності та вегетативних порушень.

4. Аналіз мотиваційних установок реалізації Суд виявив їх принципові розбіжності в групах хворих з ПсРШфС. Мотивація Суд у пацієнтів Гр1 ПостСрПв була пов'язана з намаганнями знизити високий рівень тривоги; звернути на себе увагу; здолати переживання на тлі конфліктів в сім'ї та несприйняття психічного захворювання. Тоді як Суд хворими з Гр2 ІмпСуд здійснювалися виключно під впливом гострих психотичних проявів: імперативних псевдогалюцинацій та маячних ідей.

5. В дослідженні груп обстежених пацієнтів було виокремлено КМТ щодо мотивації Суд та збереження проявів СрПв (суїцидальні інтенції та думки): тривожний, демонстративний, самостигматизуючий, конфліктний КМТ в Гр1 ПостСрПв, імперативний, маячний та депресивний в Гр2 ІмпСуд. За PANSS серед хворих Гр1 ПостСрПв найбільший рівень вираженості психопатологічної симптоматики був зафіксований у пацієнтів з самостигматизуючим та демонстративним КМТ, а в Гр2 ІмпСуд – з маячним та імперативним. Згідно ШАП, в Гр1 ПостСрПв найвищий рівень аутодеструктивних предикторів при самостигматизуючому, конфліктному КМТ, а в Гр2 ІмпСуд – при маячному типі.

6. На основі дослідження проявів та патодинаміки СрПв у пацієнтів з різними видами ПсРШфС, котрі здійснили Суд, було розроблено та апробовано алгоритм комплексу терапевтичних та реабілітаційних заходів (КТРЗ) для цих хворих, який включатиме етапи:

- діагностичний етап, визначатиме коморбідність психопатологічних проявів ПсРШфС та ознак СрПв і її тип КМТ;

- стаціонарний етап, спрямовується на реалізацію терапевтичного компоненту (інтенсивна та стабілізуюча психофармакотерапія) та початку реалізації реабілітаційного компоненту: визначення реабілітаційного діагнозу формування загальної реабілітаційної цілі, проведення психоосвітньої програми, тренінгу навичок спілкування та соціальних вмінь, застосування психотерапевтичних втручань в індивідуальній, сімейній в груповій формах;

– амбулаторний етап включатиме застосування підтримуючої психофармакотерапії, а також психотерапії (індивідуальна, сімейна), види якої залежатимуть від діагностованих проявів СрПв та її КМТ.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для поліпшення якості лікування хворих на ПсРШфС з проявами СрПв, потрібно проводити диференційну діагностику проявів СрПв в залежності від патогенетичних механізмів формування і патодинаміки їх розвитку. Адже, прояви СрПв можуть бути обумовлені, в більшій мірі психологічними механізмами, а можуть мати вторинний психопатологічний механізм, по відношенню до основного захворювання (ПсРШфс) та залежати від гостроти психопатологічної симптоматики.

2. При розробці терапевтичної тактики ведення та визначенні мішеней психотерапевтичної та психоосвітньої роботи пацієнтів з різними ПсРШфС з проявами СрПв важливо враховувати клінічні особливості пацієнтів, відображені в КМТ, які представлено в даному дослідженні.

3. Для сприяння відновлення оптимального рівня СФ та запобігання виникненню повторних епізодів СрПв, а також попередження рецидивів психотичних епізодів та станів реактивної декомпенсації при будь-яких видах ПсРШфС рекомендуємо викростовувати комплекс реабілітаційних, терапевтичних та профілактичних заходів, який повинен включати: діагностичний, стаціонарний та амбулаторний етапи, які повинні змінювати один одного, для надання своєчасної та якісної поетапної допомоги хворим з ПсРШфС, особливо з коморбідним приєднанням проявів СрПв.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Самогубство. (2015). World Health Organization (WHO). <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Блейхер В. М. Крук И. В. Боков С. Н. (1996). *Практическая патопсихология: руководство для врачей и медицинских психологов*. Феникс.
3. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Ратинова Н.А. (1990) *Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальной девиации*. Томск.
4. А. П. Чуприков Г. Я. Пилягина. (1999). *Суицидология. Основные термины и понятия: методическое пособие*. Киев.
5. Mork, E., Mehlum, L., Barrett, E. A., Agartz, I., Harkavy-Friedman, J. M., Lorentzen, S., Melle, I., Andreassen, O. A., & Walby, F. A. (2012). Self-Harm in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Archives of Suicide Research, 16*(2), 111–123. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.667328>
6. Плотников А. Г. Костерев К. В. (2010). 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), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи, 5*(1).
7. Севрюков В.Т. Кравченко И.В. (2016). Несуицидальная аутоагрессия в структуре психопатоподобного синдрома у больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении. *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.*, 8(1), 113–116.
8. Jablensky A, Sartorius N, Emberg G *et al.* (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. *Psychological Medicine* (Monograph Suppl 20) 1-97.

9. Jablensky A (2000) Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 250, 274-285.
10. Lichtenstein P, Bjork C, Hultman CM *et al.* (2006) Recurrence risks for schizophrenia in a Swedish National Cohort. *Psychological Medicine* 36, 1417-1425.
11. Nixon NL, Doody GA (2005) Official psychiatric morbidity and the incidence of schizophrenia 1881-1994. *Psychological Medicine* 35, 1145-1153.
12. The WHO World Mental Health Survey Consortium. (2010) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 291, 2581-2590.
13. Morel BA (1860) *Traite des maladies mentales*. (Treatise on mental diseases), Masson, Paris.
14. Clouston TS (1904) *Clinical Lectures on Mental Diseases*, 6th edition. J&A Churchill, London. 1904.
15. Kahlbaum KL (1863) Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Ein- teilung der Seelenstörungen (The Grouping of Psychiatric Diseases and the Classification of Mental Disturbances). Kafemann, Danzig.
16. Hecker E (1871) Die Hebefrenie: ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. (Hebephrenia: a contribution to clinical psychiatry). *Archiv für pathologische Anatomie und für klinische Medizin* 52, 394-429.
17. Kraepelin E (1899) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studiemede und Aerzte*. 6. Auflage. Barth, Leipzig 1899. English translation by H. Metoui and S. Ayed: *Psychiatry, A Textbook for Students and Physicians*, 6th edition (1990). Volumes 1 and 2. Science History Publications, Canton MA. 1990.
18. Kraepelin E (1909) *Psychiatrie*. 8 Auflage. Barth: Leipzig 1909. Reprinted English translation: *Dementia praecox and paraphrenia*. Krieger Publishing: Huntington, New York, 1971.
19. Kraepelin E (1920) Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 62,1-29. English translation by H. Marshall: *Patterns of mental disorder*. In SR Hirsch & M Shepherd (eds.)

- Themes and Variations in European Psychiatry: An Anthology* (1974). John Wright & Sons, Bristol, pp. 7-30.
20. Pull CB, Pull MC, Pichot P, Licet S (1981) Une liste integree de criteres d'evaluation taxonomique pour les psychoses nonaffectives. *Journal de Psychiatrie Biologique et Therapeutique* 1, 27-33.
 21. Kasanin J (1933) The acute schizoaffective psychosis. *Am J Psychiatry* 90: 97-126.
 22. Langfeld G (1956) The prognosis of schizophrenia. *Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl* 100. Munksgaard, Copenhagen.
 23. Stephens JH, Astrup C (1963) Prognosis in "process" and "non-process" schizophrenia. *Am J Psychiatry* 119. 945-953.
 24. Tsuang MT, Winokur G (1974) Criteria for subtyping schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 31: 43-47.
 25. Crow T (1985) The two-syndrome concept: origin and current status. *Schizophr Bull* 11, 171—186.
 26. Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AMI (1988) Deficit and non-deficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry* 145, 578-583.
 27. Schneider K (1950) *Klinische Psychopathologie*, 8th edition. Thieme, Stuttgart. English translation by Hamilton MW & Anderson EW *Clinical*
 28. Rado S (1960). Theory and therapy: the theory of schizotypal organization and its application to treatment of decompensated schizotypal behavior. In Scher SC, Davis HR, eds. *The Outpatient Treatment of Schizophrenia*. Grune & Stratton, New York.
 29. Meehl PE (1962) Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist* 17, 827-838.
 30. Chapman LJ, Chapman JP (1980) Scales for rating psychotic and psychotic-like experiences as continua. *Schizophr Bull* 6, 476-489.
 31. Kendler KS, Neale MC, Walsh D (1995) Evaluating the spectrum concept of schizophrenia in the Roscommon Family Study. *Am J Psychiatry* 152, 749-754.

32. World Health Organization (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Geneva.
33. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. American Psychiatric Association, Washington DC.
34. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. *ICD-11*. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
35. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality-of-Life assessment instrument (WHOQOL). (1993). *Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 2(2), 153–159.
36. Johnstone EC, Frith CD (1996) Validation of three dimensions of schizophrenic symptoms in a large unselected sample of patients. *Psychological Medicine* 26, 669-679.
37. Smith DA, Mar CM, Turoff BK (1998) The structure of schizophrenic symptoms: a meta-analytic confirmatory factor analysis. *Schizophr Res* 31, 57-70.
38. Arndt S, Andreasen NC, Flaum M, Miller D, Nopoulos P (1995) A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia. Prediction and patterns of change. *Arch Gen Psychiatry* 52, 352-360.
39. McGrath JA, Nestadt G, Liang KY *et al.* (2004) Five latent factors underlying schizophrenia: analysis and relationship to illnesses in relatives. *Schizophr Bull* 30, 855-873.
40. Cuesta MJ, Peralta V (2001) Integrating psychopathological dimensions in functional psychoses: a hierarchical approach. *Schizophr Res* 52, 215-229.
41. Sham PC, Castle DJ, Wessely S, Farmer AE, Murray RM (1996) Further exploration of a latent class typology of schizophrenia. *Schizophr Res* 20, 105-115.

42. Kendler KS, Karkowski LM, Walsh D (1998) The structure of psychosis. Latent class analysis of probands from the Roscommon Family Study. *Arch Gen Psychiatry* 55, 492-499.
43. Emile Durkheim (1952). *SUICIDE: A STUDY IN SOCIOLOGY*, London: Routledge & Kegan Paul
44. В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков (2002). Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических, Москва; Воронеж
45. А. Г. Бондарчук. Аутоагресивна поведінка несуйцидального характеру у хворих на параноїдну шизофренію (діагностика, корекція, профілактика) автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16. Харків, 2006. 18 с.
46. Farberow, N. L. (1980). Indirect self-destructive behavior: Classification and characteristics. In Norman L. Farberow (Ed.), *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw-Hill Book Company.
47. Farberow, N. L. (1980). Indirect self-destructive behavior: Classification and characteristics. In Norman L. Farberow (Ed.), *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw-Hill Book Company.
48. Berman, A. L. & Farberow, N. L. (2000). Indirect self-destructive behavior. In R. W. Maris, A. L. Berman, & M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: Guilford Press.
49. Farberow, N. L. *My Legacy in Suicide: Professional and Personal*. Unpublished manuscript.
50. Farberow, N. L. (Ed.) (1980). *The Many Faces of Suicide*. New York: McGraw-Hill Book Company
51. Меннингер, К. Война с самим собой / Карл Меннингер; [Пер. с англ. Ю. Бондарева]. - М.: ЭКСМО-пресс, 2000. - 480 с.
52. Пилягина Г.Я. Особенности патогенеза эквивалентной формы саморазрушающего поведения. *Суицидология*. 2013; 4 (3): 36-48.

53. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. Стр 12
54. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980.
55. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Ратинова Н.А. Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальной девиации. – Томск, 1990. – 226 с.
56. Ефремов в.с. Основы суицидологии. – СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. – 480с., илл.
57. Клінічна суїцидологія : підруч. для лікарів-психіатрів, лікарів психіатрів дитячих, лікарів наркологів, лікарів психотерапевтів, лікарів-реабілітологів, мед. психологів та лікарів заг. практики - сімейної медицини / за заг. ред. : Л. М. Юр'євої, Н. О. Марути, І. В. Лінського. - Харків : Строков Д.В., 2020. - 301 с.
58. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980. - 48 с.
59. Пилягіна Г.Я. Сучасні проблеми суїцидології (за ред. П.В. Волошина, Н.О. Марути), 152 – 183. 2017
60. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 187, 9–20. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>
61. Diekstra, R. F., & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 46(1), 52–68.
62. Войцех, В.Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения. 62. Войцех, В.Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения. *Клинические Павловские чтения: Сб. работ. Вып. V «Кризисные состояния. Суицидальное поведение»*. 2002. Т. 5, С. 13–18.

- 63.Цукарзи, Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS). *Современная терапия психических расстройств*. 2011. Т. 2, № 2. С. 30–39.
- 64.González-Navarro, M. D., Lorenzo-Román, & Ruiz-Riquelme, J. (2012). Análisis de los intentos de autolisis en un área de salud. 2008-2010 [Study of sociodemographic and psychopathological risk factors in suicide attempts. 2008-2010]. *Semergen*, 38(7), 439–444. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.02.004>
- 65.Mann, J. J., Arango, & Wenzel, A. (2009). Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biological psychiatry*, 65(7), 556–563. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.11.021>
- 66.Berman, A. L., Silverman, M. M., & Bongar, B. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press.
- 67.Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychological medicine*, 41(12), 2527–2534. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>
- 68.Любов Е.Б. Предупреждение суицидов: информированный оптимизм. Социальная и клиническая психиатрия №1. Москва: «Медпрактика», 2013. 49 с.
- 69.Г.А. Прокопович, В.Э. Пашковский, А.Г. Софронов. Основные клинические показатели пациентов, поступивших в многопрофильный стационар с попытками самоубийства. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии*. 2013. № 2. С. 50–53.
- 70.Б.Е. Положий, Н.И. Распопова. Факторы риска повторных суицидальных действий у больных с психическими расстройствами. *Российский психиатрический журнал*. 2011. № 5. С. 45–50.

71. Алексеева, М.В. Клинико-патогенетические и психосоциальные предпосылки к диагностике и терапии суицидальных проявлений : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Алексеева Марина Владимировна. - М., 2009. - 140 с.
72. Ваулин, С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика) : автореф. дис.... д-ра мед. наук : 14.01.06 / Ваулин Сергей Викторович. - М., 2012. - 34 с.
73. Mehlum, L., & Ramberg, M. (2010). Continuity of care in the treatment of suicide attempters--current challenges. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 14(2), 105–108. <https://doi.org/10.1080/13811111003704472>
74. Б.Е. Положий, Н.И. Распопова. Факторы риска повторных суицидальных действий у больных с психическими расстройствами. *Российский психиатрический журнал*. 2011. Т. 5. С. 45–50.
75. Распопова Н.И. Суицидальное поведение больных с психическими расстройствами. *Суицидология*. 2010. Т. 1. С. 42–43.
76. Page, S. J., Levine, P., & Khoury, J. C. (2009). Modified constraint-induced therapy combined with mental practice: thinking through better motor outcomes. *Stroke*, 40(2), 551–554. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.528760>
77. Боева, А.В. Клинические и социально- психологические характеристики суицидентов и методы краткосрочной кризисной психотерапии : (На материале общемед. лечебной сети) : автореф. дис.... канд. мед. наук : 14.00.16/ Боева Алевтина Викторовна. - М., 2004. - 23 с.
78. Ваулин, С.В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды (госпитальная диагностика, оптимизация терапии, профилактика): автореф. дис.... д-ра мед. наук : 14.01.06 / Ваулин Сергей Викторович. - М., 2012. - 34 с.

79. И.А. Кудрявцев, Е.Э. Декало. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики. *Суицидология*. 2012. Т. 2. С. 3–11.
80. Cottencin O. (2009). Dépressions sévères : comorbidités somatiques [Severe depression : concomitant somatic disease]. *L'Encephale*, 35 Suppl 7, S272–S278. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(09\)73485-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(09)73485-2)
81. Øiesvold, T., Bakkejord, T., Hansen, V., Nivison, M., & Sørgaard, K. W. (2012). Suicidality related to first-time admissions to psychiatric hospital. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 419–425. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0343-2>
82. Hayashi, N., Igarashi, M., & Okazaki, Y. (2010). Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC psychiatry*, 10, 109. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-109>
83. Berardelli, I., Sarubbi, S., & Pompili, M. (2019). The Role of Demoralization and Hopelessness in Suicide Risk in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(5), 200. <https://doi.org/10.3390/medicina55050200>
84. Frank J. D. (1974). Psychotherapy: the restoration of morale. *The American journal of psychiatry*, 131(3), 271–274. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.3.271>.
85. Yalom, I.D. *The Yalom Reader: Selections from the Work of a Master Therapist and Storyteller*; Basic Books: New York, NY, USA, 1996.
86. Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., & Burney, S. (2016). A Review of the Construct of Demoralization: History, Definitions, and Future Directions for Palliative Care. *The American journal of hospice & palliative care*, 33(1), 93–101. <https://doi.org/10.1177/1049909114553461>
87. Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome--a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of palliative care*, 17(1), 12–21.

88. Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *36*(6), 733–742. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x>
89. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Demoralization in patients with medical illness. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, *7*(8), 42–45.
90. Slavney P. R. (1999). Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*, *40*(4), 325–329. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71227-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71227-2).
91. Angelino, A. F., & Treisman, G. J. (2001). Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *9*(5), 344–349. <https://doi.org/10.1007/s005200000195>
92. Kissane, D. W. (2000). Distress, Demoralisation And Depression In Palliative Care. *Current Therapeutics*, *41*(6), 14-19.
93. Pasquini M., Berardelli I., Biondi M. Ethiopathogenesis of Depressive Disorders. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2014. Vol. 10, no. 1. P. 166–171. URL: <https://doi.org/10.2174/1745017901410010166>
94. Tecuta, L., Tomba, E., Grandi, S., & Fava, G. A. (2015). Demoralization: a systematic review on its clinical characterization. *Psychological medicine*, *45*(4), 673–691. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001597>.
95. Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and psychosomatics*, *86*(1), 13–30. <https://doi.org/10.1159/000448856>
96. Grassi, L., Mangelli, L., Fava, G. A., Grandi, S., Ottolini, F., Porcelli, P., Rafanelli, C., Rigatelli, M., & Sonino, N. (2007). Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some

- suggestions for DSM-V. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 251–254.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.011>
97. Cassidy, R. M., Yang, F., Kapczinski, F., & Passos, I. C. (2018). Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophrenia bulletin*, 44(4), 787–797. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx131>
98. Vrbova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Latalova, K., Holubova, M., Grambal, A., & Slepecky, M. (2017). Insight in schizophrenia - a double-edged sword? *Neuro endocrinology letters*, 38(7), 457–464.
99. Drake, R. E., Gates, C., Whitaker, A., & Cotton, P. G. (1985). Suicide among schizophrenics: a review. *Comprehensive psychiatry*, 26(1), 90–100. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(85\)90053-7](https://doi.org/10.1016/0010-440x(85)90053-7)
100. Balhara, Y. P., & Verma, R. (2012). Schizophrenia and suicide. *East Asian archives of psychiatry: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi: Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 22(3), 126–133.
101. Large, M., Smith, G., Sharma, S., Nielssen, O., & Singh, S. P. (2011). Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 18–29. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x>
102. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 187, 9–20. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>
103. Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 170, 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
104. Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, E. G., Jokinen, J., & Nordström, P. (2010). Suicide in schizophrenia. *Expert review of neurotherapeutics*, 10(7), 1153–1164. <https://doi.org/10.1586/ern.10.82>

105. Carlborg, A., Jokinen, J., Nordström, A. L., Jönsson, E. G., & Nordström, P. (2010). Attempted suicide predicts suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Nordic journal of psychiatry*, *64*(1), 68–72. <https://doi.org/10.3109/08039480903274431>
106. Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ (Clinical research ed.)*, *337*, a2205. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2205>
107. Harkavy-Friedman, J. M., Restifo & Gorman, J. M. (1999). Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *The American journal of psychiatry*, *156*(8), 1276–1278. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.8.1276>
108. Hunt, I. M., Kapur, N., Windfuhr, K., Robinson, J., Bickley, H., Flynn, S., Parsons, R., Burns, J., Shaw, J., Appleby, L., & National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (2006). Suicide in schizophrenia: findings from a national clinical survey. *Journal of psychiatric practice*, *12*(3), 139–147. <https://doi.org/10.1097/00131746-200605000-00002>
109. Chen, C. M., Wang, J. Y., Yeh, Y. C., & Yang, S. Y. (2023). Factors Affecting Employability of Patients with Schizophrenia who had First Participated in Vocational Training: A Pilot Study. *The Psychiatric quarterly*, *94*(2), 165–178. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10020-3>
110. Gigantesco, A., & Giuliani, M. (2018). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, *47*(4), 363–372. https://doi.org/10.4415/ANN_11_04_07
111. Марута, Н. А., Панько, Т. В., Явдак, И. А., Семькина, Е. Е., Колядко, С. П., & Каленская, Г. Ю. (2004). Критерий качества жизни в психиатрической практике. *Харьков: РИФ Арсис, ЛТД.*;
112. Медико-соціальна реабілітація пацієнтів, які страждають на шизофренію, в процесі надання стаціонарної та амбулаторної

- психіатричної допомоги в примусовому порядку: автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / Т. О. Гончар ; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. - Київ, 2011. - 16 с.
113. Yuliya CHELYADYN, Timur GONCHAR, Lyudmila URALOVA. Social and mental rehabilitation of the patients with the obsessive-compulsive disorder and hypochondriasis. *Problems of psychology in the 21st century Vol. 10, No. 2, 2016*
114. Lee, S. Y., Kim, K. H., Kim, T., Kim, S. M., Kim, J. W., Han, C., Song, J. Y., & Paik, J. W. (2015). Outpatient Follow-Up Visit after Hospital Discharge Lowers Risk of Rehospitalization in Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. *Psychiatry investigation, 12(4)*, 425–433. <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.4.425J>.
115. Merinder, L., Viuff, A., Laugesen, H., Clemmensen, K., Misfelt, S., & Espensen, B. (1998). Patient and relative education in community psychiatry; A randomized trial regarding it's usefulness. *European Psychiatry, 13(S4)*, 175s-175s. doi:10.1016/S0924-9338(99)80160-6;
116. Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., & Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *The American journal of psychiatry, 158(2)*, 163–175. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.163>
117. Gastaldon, C., Papola, D., & Ostuzzi, G. (2017). Antipsychotic combinations in schizophrenia. *Epidemiology and psychiatric sciences, 26(5)*, 462–465. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000245J.C>.
118. Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13(2)*, 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
119. Morosini, P. L., Magliano, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 323–329.

120. Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). *A Brief Mental Health Outcome Scale*. *British Journal of Psychiatry*, 166(05), 654–659. doi:10.1192/bjp.166.5.654
121. Пилягина Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко - типологические аспекты диагностики и лечения. – Дис. ... докт. мед. наук. – К., 2004. – 436 с.
122. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
123. Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 13 Suppl, S23–S34. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)
124. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
125. Klimanska, M., & Haletska, I. (2019). Ukrainain adaptation of the short five factor personality questionnaire tipi (tipi-ukr). *psychological journal*, 5(9), 57–76. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9.4>
126. Хромов А.Б. (2000) Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие (Khromov A.B. Pyatifaktornyyu oprosnik lichnosti: Uchebno-metodicheskoye posobiye [Five-factor Personality test]). *Изд-во Курганского гос. Университета*, 23 с.
127. Digman, J.M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1246—1256.
128. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. Киев : Сфера, 2001. 298 с.
129. Полякова О. В. Оптимізація психосоціальної реабілітації хворих на епілепсію з афективними розладами : автореф. дис. ... канд. мед. наук :

- 19.00.04 / Полякова Олександра Володимирівна ; Харківська медична академія післядипломної освіти. – Харків, 2015. – 21 с.
- 130.Кожина Г. М. Психосвітня програма в реабілітації чоловіків хворих на епілепсію / Г. М. Кожина, О. В. Полякова, М. В. Маркова // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. - 2015. - № 1-2. - С. 30-36.
- 131.Зубатюк О.В. Прогностична оцінка порушень соціального функціонування хворих з депресивно-параноїдною симптоматикою [Текст] : автореферат дис. . канд. мед. наук : 14.01.16 - психіатрія / О. В. Зубатюк ; М-во охорони здоров'я України, ДУ "НДІ психіатрії МОЗ України". - Київ, 2021. - 22 с.
- 132.Калошин В.Ф. Практика управління емоційним станом. Рационально-мотивна терапія. Київ : Шк. Світ,, 2012. 128 с.
- 133.Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. Санкт - Петербург : Питер, 1999. 230 с.
- 134.Ян Прашко, Петр Можны, Милош Шлепецки. Ян ПраКогнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. Москва : Институтобщегуманитарных исслед., 2015. 1072 с.
- 135.Пеньковська Н.М., Шептицький Р.В. ПенькоОснови психологічного консультування в методі позитивної психотерапії. Тернопіль : Крок, 2014. 286 с.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Oleksandr O Bashynskiy, Galyna Ya Pyliagina , Evangelos C Fradelos.(2022) Self-destructive behavior in patients with schizophrenia spectrum disorders. features of pathogenesis and pathodynamics. *Wiad Lek.*, 75, 1832-1838. doi: 10.36740/WLek202208103.
2. Boltivets S, Gonchar T, Cheliadyn Y, Bashynskiy O, Uralova L.(2021) Age dynamics of deviant behavior and mental pathology among patients with residual-organic neurosis-like disorders. *Bahrain Med Bull.*43(3),621-626.
3. Пилягина Г, Башинський О. Мотивація саморуйнівної поведінки у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру. *PMGP* 13, Вересень 2020 [цит. за 11, Липень 2022];5(3):e0503263. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/263>
doi: 10.26766/PMGP.V5I3.263
4. Пилягина Г, Башинський О.(2020) Саморуйнівна поведінка у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектра. *Український вісник психоневрології* ,28, (103) 36-41, doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-7>
5. Bashynskiy, O. (2022). Clinical differences in manifestations of self-destructive behavior in patients with schizophrenia spectrum psychotic disorders . *Problems of Psychology in the 21st Century*, 16(1), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/22.16.11>
6. Boltivets, S., Bashynskiy, O., & Zahariichuk, O. (2020). Socio-demographic characteristics of patients with schizophrenia, delusions of control, manifestations of self-destructive behavior and social malfunctioning who hospitalized forcibly and voluntarily. *Problems of Psychology in the 21st Century*, 14(1), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/20.14.27>
7. Boltivets, S., Chelyadyn, Y., Gonchar, T., Uralova, L., & Bashinskii, O. (2019). Socio-psychological characteristics of patients with schizophrenia

receiving compulsory inpatient and outpatient treatment and voluntary psychiatric patients. *Problems of Psychology in the 21st Century*, 13(2), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/19.13.75>

8. Boltivets SI, Bashynskyi OO and Zahariichuk OV(2022). The Future of Psychiatry: Psychohygiene and Overcoming Self-Destruction in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Ment Health Hum Resilience Int J*, 6(1).