

# **Вибір мішеней психотерапевтичних втручань у хворих із аутоагресивною поведінкою при параноїдній шизофренії із симптомами депресії**

*Христина Живаго*

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

*Наталія Дзеружинська*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ кафедра психіатрії та наркології

Даний текст є тезами Конгресу: «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи». В статті висвітлено схильність хворих на параноїдну шизофренію із симптомами депресії до аутоагресивної поведінки та можливість визначення мішеней психотерапевтичних втручань, зокрема у техніці КПТ, із використанням шкали RFL. Отримані результати вказують на перспективи розвитку програм КПТ для цієї категорії хворих.

---

## **Актуальність**

Шизофренія є одним з найбільш розповсюджених психічних розладів у світі [1]. Для цього контингенту хворих характерно порушення різноманітних сфер соціальної взаємодії, що проявляється у конфліктних сімейних стосунках, проблемах із колегами на роботі, що призводить до соціальної ізоляції [2]. Для хворих на шизофренію найбільше всього властиві дефіцитарні та деструктивні предиктори поведінки, такі як дефіцитарна агресія, деструктивна тривога, нарцисизм [3]. Ризик реалізації цих механізмів корелює з вираженістю продуктивної або негативно-особистісної симптоматики [4].

Багато хворих на шизофренію за різних причин втрачають контроль над поведінкою, що завершується насильницькими діями проти себе або оточуючих [5]. Розробка адаптивних стратегій поведінки на основі когнітивно-поведінкової терапії, яка є найбільш доказовою та, відповідно, перспективною, орієнтованою на корекцію ригідних когнітивних переконань, дозволило би цьому контингенту хворих більш ефективно проходити процес соціальної реабілітації. Проте, вибір мішеней психотерапевтичних втручань у напрямі когнітивно-поведінкової терапії для хворих на шизофренію, які мають аутодеструктивну поведінку, є недостатньо розробленим.

## **Методи**

В дослідженні використано клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичні методи.

## **Результати**

У дослідженні прийняло участь 85 хворих на параноїдну шизофренію, яких було розподілено на 2 групи: основна (41 чол.), в якій хворі мали аутоагресивну поведінку в анамнезі, та контрольну (44 чол.) – пацієнти, які не мали таких випадків. Групи були спільномірними за

демографічними показниками, типом перебігу захворювання та інтенсивністю основної клінічної симптоматики. Не було виявлено статистично значущої розбіжності між групами за шкалами PANSS ( $112,24 \pm 6,32$  бали в основній та  $115,11 \pm 7,24$  бали в контрольній,  $p > 0,05$ ), HDRS ( $13,85 \pm 3,64$  в основній та  $12,74 \pm 3,25$  – в контрольній,  $p > 0,05$ ). За методикою визначення інтегральних форм комунікативної агресивності (Бойко В.В.) було виявлено невисокий рівень агресії в обох групах хворих ( $18,47 \pm 4,42$  та  $14,25 \pm 3,71$ ,  $p > 0,05$ , відповідно). При цьому в основній групі було виявлено статистично значиме переважання рівня субшкали «аутоагресії» за цією методикою ( $4,21 \pm 1,2$  та  $2,35 \pm 0,6$ ,  $p < 0,05$ , відповідно). Для дослідження мішеней психотерапевтичних втручань було використано шкалу RFL (48 пунктів). Відповідно до цієї шкали, найбільш значимими для хворих основної групи були субшкали “відповідальність перед родиною” ( $5,23 \pm 2,41$  бали), “переживання за дітей” ( $5,91 \pm 2,72$  бали) та “страх соціального несхвалення” ( $4,48 \pm 2,12$  бали).

## Обговорення

Застосування психотерапії у хворих із аутодеструктивною поведінкою наряду з медикаментозною терапією має ряд переваг, як, наприклад, попередження рецидивів та навчання хворих керувати своєю поведінкою та протистояти хворобливій симптоматиці. Застосування когнітивно-поведінкової терапії у хворих на психотичні розлади остаточно не сформоване та продовжує розвиватись, хоча на початку свого заснування вважалось, що КПТ не може бути застосована для цього контингенту. Вибір мішеней першочергових втручань є дуже важливою частиною роботи психотерапевта, оскільки безпосередньо впливає на результат. Відповідно, застосування валідизованих методик їх визначення покращує якість роботи психотерапевта та дозволяє підтримувати статичність курсу психотерапії у хворих з амбівалентністю та амбітендентністю.

## Висновки

1. Проблема аутоагресивної поведінки у хворих на шизофренію з депресивними симптомами за результатами аналітичного огляду сучасної літератури потребує подальшого вивчення.
2. Визначено, що мішенями першочергових втручань можуть стати сфери відповідальності перед родиною, переживання за дітей та страх соціального несхвалення.
3. Розробка адаптивних стратегій поведінки на основі когнітивно-поведінкової терапії дозволить більш ефективно проводити процес соціальної реабілітації і буде сприяти своєчасному виявленню аутоагресивних форм поведінки цього контингенту хворих з наданням ефективної допомоги.

## References

1. Bhugra D. The global prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005; 2(5):e151. [Publisher Full Text](#) | [PubMed](#)
2. Loskoutova VA. Social cognition in schizophrenia and therapeutic interventions. *Social and Clinical Psychiatry.* 2009; 19(4):92-104. [Publisher Full Text](#)
3. Yerzin AI. Psychological characteristics of destructive behaviour in patients with schizophrenia. *Psychology and Psychotechnics.* 2013; 3:288-93. [DOI](#)
4. Soldatkin VA, Perekhov A, Bobcov AS. To the question of mechanisms of autoaggressive actions in patients with schizophrenia and their relationship with the mechanisms of aggressive behaviour. *Suicidology.* 2012; 2:11-21. [Publisher Full Text](#)
5. Harris G, Rice M. Characterizing the value of actuarial violence risk assessments. *Criminal Justice and Behavior.* 2007; 34(12):1638-58. [Publisher Full Text](#)