

В.І. Мельник, Я.В. Щеглова

ПРОФІЛАКТИКА АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ**Ключові слова:** епілепсія, аутоагресивна поведінка, профілактика

В статті розглянуті заходи первинної та вторинної профілактики аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію, необхідність комплексного підходу до генезу аутоагресивної поведінки з урахуванням всіх факторів, які приймають участь в його формуванні і подальшої розробки індивідуальних профілактичних програм.

Питання аутоагресивної поведінки (ААП) хворих на епілепсію на сьогоднішній час відзначається високою актуальністю. За статистичними даними, поширеність суїцидів серед хворих на епілепсію істотно (у 5-12 разів) перевищує їх поширеність в загальній популяції, а суїцидальний ризик при темпоральній епілепсії та у пацієнтів після хірургічного лікування перевищує такий в загальній популяції в 25 разів [1-3]. Дослідники також відмічають, що показники суїцидів збільшуються серед дітей та підлітків, хворих на епілепсію, так само, як і серед дорослих пацієнтів [3,4].

Профілактика ААП являє собою низку заходів, спрямованих на зниження рівня аутоагресивної активності, а саме, превенцію формування суїцидальних спонукань, здійснення суїцидальних дій та рецидивування суїцидальної поведінки. Традиційною є трьох-ступінчата модель профілактики, що включає первинну (спрямовану на запобігання суїцидальних дій, інформаційно-навчальні заходи); вторинну, що спрямована на запобігання рецидивам суїцидальної поведінки; третинну, що проводиться з близьким оточенням суїцидентів, для уникнення рецидивів суїцидальної поведінки та превенції формування суїцидальної поведінки імітаційного характеру [5,6]. У той же час, практичні аспекти профілактики ААП, саме у хворих на епілепсію, є не розробленим науковим питанням на сьогоднішній день.

Мета роботи – розробити заходи удосконалення профілактики ААП у хворих на епілепсію з психічними розладами.

Для цього було досліджено 150 дорослих хворих з верифікованим діагнозом епілепсії (60 чоловіків та 90 жінок) з проявами ААП. Був проведений аналіз генезу ААП досліджених хворих, виділені клінічні, соціальні та особистісні фактори її ризику, що створило підґрунтя для диференційованої розробки заходів первинної та вторинної профілактики.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, патопсихологічний, катамнестичний, аналізу генезу ААП. Останній метод ґрунтується на методі судово-психіатричного аналізу генезу суспільно небезпечних дій (В.І. Мельник, 2002), що був екстрапольований на предмет даного дослідження. Сутність методу полягає в розкритті механізмів фор-

мування та реалізації агресії через дослідження даних на клінічних, особистісних, соціальних осях [7]. Даний метод за своєю сутністю є адекватним для дослідження генезу аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію та досягнення поставленої мети. З його допомогою проаналізована структура ААП, встановлені чинники її генезу (клінічні, ситуаційні, особистісні), визначена роль кожного з них у процесі формування та реалізації аутоагресії.

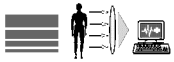
РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Заходи первинної профілактики полягають у виявленні контингенту підвищеного ризику щодо виникнення ААП серед хворих на епілепсію, що спостерігаються в психіатричних установах та інформаційно-просвітницьких заходах для хворих на епілепсію стосовно клініко-соціальних та терапевтичних чинників, які потенційно небезпечні в плані формування ААП.

Чинники ризику ААП були умовно поділені на статичні, тобто такі, що не підлягають корекції і слугують тільки для діагностики контингенту ризику, та динамічні, які можуть піддаватися корекції зовні. Серед виявлених клінічних чинників ризику до динамічних, тобто таких, що можуть підлягати корекційному впливу, віднесені наступні: наявність в клініці хвороби таких психічних розладів, як дисфорії, сутінкові стани, гострі психози; високі показники депресії та тривоги за шкалами HDRS та HADS; протиепілептичне лікування в режимі політерапії; нерегулярний прийом призначеного лікування. Крім того, до клінічних чинників ризику відносяться провідні синдроми, при яких виникала ААП у досліджених хворих основної групи, а саме: дисфорії, психогенні розлади, депресивні стани, епілептичні психози, сутінкові стани, тривожний розлад.

До динамічних соціальних чинників ризику були віднесені наступні: високий індекс агресивності та ворожості, відсутність власної сім'ї; конфліктні взаємовідносини з найближчим оточенням; відсутність роботи та інвалідність; зловживання психоактивними речовинами.

Корекція цих чинників ризику в межах первинної профілактики ААП у хворих на епілепсію міститься у наступному:



а) лікувальні заходи безпосередньо щодо психічних розладів (докладно описані нижче); для хворих з високими показниками депресії та тривоги – повторне оцінювання за психодіагностичними шкалами в динаміці на фоні лікування. Що стосується змін особистості, то ці синдроми, з одного боку, є незворотними, а з другого – їх прогресування може бути деякою мірою стримано при зниженні частоти нападів, дотриманні лікувального режиму;

б) корекція підтримуючої протиепілептичної терапії – бажаним є режим монотерапії з призначенням АЕП з нормотимічним ефектом (в будь-якому випадку у схему лікування не мають бути включені АЕП, які з високою ймовірністю можуть призвести до виникнення психічних розладів, при яких формується ААП – група барбітуратів);

в) заходи, спрямовані на підтримання комплайєнса, тобто прийому підтримуючого лікування у строгій відповідності з призначенням лікаря. Це насправді є нелегким завданням, оскільки потребує від лікаря встановлення довірливого контакту з пацієнтом, терпіння, уваги. Необхідно проводити роз'яснювальну роботу не тільки з хворим, а й з його родичами, від яких часто залежить регулярний прийом підтримуючого лікування (особливо у випадках значного інтелектуально-мнестичного зниження або розумового недорозвинення хворого). Було б доцільним проведення моніторингу плазмоконтрації АЕП у плазмі крові;

г) заходи щодо особистості – зниження агресивності та ворожості шляхом психокорекційних, психотерапевтичних та психофармакологічних заходів; психокорекційна робота з метою вироблення настанов на тверезий спосіб життя;

д) робота з хворими та членами їх сімей з метою покращення психологічної атмосфери у родині, навчання конструктивного вирішення конфліктних ситуацій у сім'ї;

е) консультування хворих з питань працездатності, професійної орієнтації, працевлаштування, сім'ї та шлюбу, соціальна допомога.

Інформаційно-просвітницькі заходи у рамках первинної профілактики ААП у хворих на епілепсію повинні включати інформування вперше виявлених хворих щодо сутності їхньої хвороби, важливості тривалого лікування та особливостей режиму, заходах першої допомоги і самопомоги при виникненні різних типів епілептичних випадків, особливостей професійних аспектів та сімейного життя. Акцент має бути зроблений на тому, що епілепсія не є фатальним захворюванням, на сьогоднішній день вона піддається лікуванню, успіх якого залежить від пацієнта не в меншому ступені, ніж від лікарів. Необхідно спростувати стигматизуючі побутові уявлення про епілеп-

сію як про захворювання, що обов'язково призводить до розумової неспроможності та інвалідизації. Ці заходи можуть здійснюватися через індивідуальні та групові заняття з пацієнтами; інформаційні стенди; друковані посібники для хворих на епілепсію; виступи фахівців у засобах масової інформації.

Важливим елементом профілактики ААП у хворих на епілепсію є повне інформування хворого, якому призначаються АЕП, щодо можливих побічних ефектів медикаментів, зокрема, впливу на емоційну сферу. Необхідно пояснювати хворим, що будь-які безпричинні зміни фону настрою та погіршення психічного (як і соматичного) самопочуття є приводом звернутися до лікаря. При виявленні психопатологічних побічних реакцій медикамент необхідно змінити.

Необхідною складовою цього напрямку профілактики є також навчально-просвітницька робота серед медиків та широкого загалу населення, що сприятиме зменшенню рівня стигматизації хворих та покращенню якості виявлення та лікування психічних розладів у хворих на епілепсію.

Вторинна профілактика ААП у хворих на епілепсію полягає у виявленні та усуненні чинників генезу ААП у кожного хворого. Це потребує розробки індивідуальних лікувально-профілактичних програм у кожному окремому випадку.

У досліджених хворих були виявлені наступні чинники генезу ААП та їх поєднання: клінічний – у 28 (18,7%) хворих; клінічний (провідний) та особистісно-ситуаційний – у 66 (44,0%) хворих; особистісно-ситуаційний (провідний) та клінічний – у 56 (37,3%) хворих.

У хворих, в генезі ААП яких брав участь лише клінічний фактор (це стосується наступних синдромів: сутінковий розлад свідомості; галюцинаторно-параноїдний синдром в межах гострого постіктального (післяприпадкового) та хронічного інтеріктального психозів; епілептичний припадок), вона носила найбільш важкий характер, з застосуванням самих небезпечних засобів самогубства. У цих хворих аутоагресивна поведінка виникає під дією розладів сприйняття, афективно-маячних переживань або у стані порушення свідомості і носить за своєю сутністю ауїцидальний характер. Тому для даної групи хворих головним заходом вторинної профілактики аутоагресивних дій повинно бути медикаментозне лікування, направлене на максимальне усунення або зниження частоти виникнення провідних психопатологічних станів. В лікувальному процесі можна виділити наступні етапи:

а) седация та усунення гострої психотичної симптоматики за допомогою нейролептиків та транквілізаторів;

б) перегляд протисудомної терапії та її корекція з



урахуванням типу випадків та можливого побічного впливу на психічну сферу;

в) психокорекційна робота з хворими для вироблення (в межах можливого) критичного ставлення до своє ААП, до хвороби, настанов на регулярний прийом підтримуючої терапії (цей контингент хворих найчастіше порушує лікарські рекомендації);

г) обговорення з родичами правильної поведінки з хворими, ознак погіршення психічного стану, схеми лікування, надання необхідної соціальної допомоги.

Є хворі, в генезі ААП яких провідним є клінічний фактор, але бере участь також і особистісно-ситуаційний, що полягає у будь-яких психотравмуючих обставинах та реакції на них збереженої преморбідної або зміненої епілептичним процесом особистості. Виникнення самого клінічного синдрому не залежало від зовнішніх обставин чи особистості хворого, проте вони знаходили своє відображення у виникненні ААП. Це хворі з такими провідними психопатологічними синдромами, як дисфорії та депресивний розлад (в межах моно- або біполярного афективного розладу та фармакогенної депресії). У цій категорії хворих основною метою є усунення провідного клінічного синдрому медикаментозними засобами, або заміною протисудомного препарату. Але вагоме значення у лікуванні та профілактиці повторних аутоагресивних дій у цих хворих має також психотерапевтичне лікування та психокорекційна робота, спрямовані на зміну особистісних настанов, розвиток навичок психічної саморегуляції, навчання правильній поведінці у конфліктних ситуаціях.

Особистісно-ситуаційний фактор має велике значення в формуванні суїцидальної поведінки хворих на епілепсію. В той же час, ряд хворих, що мотивують свої аутоагресивні вчинки психотравмуючими обставинами, насправді скоюють їх під час аутохтонних розладів настрою, що вимагає в подальшому і відповідної лікувальної тактики. Як правило, психогенно-травмуючі обставини у цих випадках не відповідають важкості афекту, або є такими, що об'єктивно втратили свою актуальність. Клініко-психопатологічний аналіз психічного стану, обставин та мотивів виникнення ААП дозволяє виявити первинність клінічного чинника і другорядність особистісно-ситуаційного у подібних випадках.

Тому лікувально-профілактичні заходи щодо хворих на епілепсію, в генезі ААП яких брали участь клінічний (провідний) та особистісно-ситуаційний чинники, полягають в наступному:

а) психофармакотерапія, спрямована на провідний психопатологічний синдром (транквілізатори, антидепресанти, нейролептики з седативною дією у випадку дисфорії);

б) при необхідності – корекція підтримуючого антиепілептичного лікування; якщо мають місце дані

щодо фармакогенного розладу настрою - зміна АЕП на ті, що мають тимолептичні здатності, або, принаймні, не дають побічних ефектів, пов'язаних з емоційною сферою;

в) вирішення особистісно-ситуаційного чинника – заходи, спрямовані на максимальне (у межах можливого) врегулювання психотравмуючої ситуації, якщо вона реально існує, шляхом бесід з родичами хворого, допомоги у вирішенні правових та соціальних питань, психотерапії та психокорекції, спрямованих на особистість хворого, зниження особистісної агресивності та ворожості, навчання прийомам саморегуляції, можливим стратегіям поведінки у конфліктних ситуаціях;

г) враховуючи встановлений при проведенні даного дослідження досить високий відсоток повторюваності ААП саме у тих хворих, які нехтували лікарськими порадами та призначеннями, повинна проводитись робота щодо поліпшення комплаєнтності таких хворих, вироблення настанов на адекватне лікування і спостереження.

У хворих, в генезі ААП яких головну роль відіграє особистісно-ситуаційний чинник і другорядне – клінічний, провідні психопатологічні синдроми представлені психогенними розладами (депресивні, істеричні та експлозивні реакції), що виникали під дією більш-менш потужного психотравмуючого чинника, та тривожним розладом, при якому найбільш важливою складовою є риси преморбідної особистості хворого (тривожного та сенситивного типу).

В комплексі лікувально-профілактичних заходів відносно цієї категорії хворих чільне місце повинні займати ті, що спрямовані на усунення особистісно-ситуаційного чинника. Щодо ситуаційної складової цього чинника, то характер і обсяг цих заходів залежить від специфіки психотравмуючої ситуації. В результаті проведеного дослідження у хворих на епілепсію з ААП були виявлені всі групи мотивів ААП, описані А.Г. Амбрумовою та В.А. Тихоненко [8] (особистісно-сімейні конфлікти; мотиви, пов'язані з власним захворюванням (епілепсією або супутньою психічною чи соматичною хворобою); конфлікти у професійній або учбовій сфері; конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою хворого (страх кримінальної відповідальності або переслідування з боку кримінального оточення); матеріально-побутові труднощі.

Так, для вирішення особистісно-сімейних конфліктів обов'язковим є встановлення контакту з родичами хворого, виявлення об'єктивної картини сімейного конфлікту, поради щодо можливих шляхів його подолання. Можливе застосування сімейної психотерапії.

Група психотравмуючих ситуацій, пов'язаних з хворобою на епілепсію, варта особливої уваги, оскільки правильна лікарська тактика щодо ґрунтового та



своечасного інформування хворих з діагностованою епілепсією є в більшості випадків достатньою для того, щоб звести до мінімуму психотравмуючу дію факта захворювання і тим самим усунути ризик виникнення ААП. При цьому ні в якому разі не потрібно "знецінювати" значимість хвороби, тому що це спричинить поверхневе та легковажне відношення хворого до лікарських порад, і як наслідок – їх невиконання. Необхідно давати хворому оптимістичні настанови, наголошуючи при цьому, що велика доля успіху лікування залежить від нього самого. Бажано також провести бесіду інформаційно-навчального змісту з родичами хворого, надати хворому консультації щодо професійної орієнтації, навчання, працевлаштування, подружнього життя та народження дитини.

У разі виникнення психотравмуючих ситуацій у професійній чи учбовій сферах, тактика залежить від характеру цієї ситуації. Можливі рекомендації щодо режиму навчання, оформлення академічної відпустки, зміни профілю навчального закладу, відповідної організації робочого часу (так, наприклад, не рекомендується робота у нічні зміни), можливої зміни посади або професії.

У випадках мотивування ААП матеріальними нестатками є необхідною допомогою у вирішенні соціальних питань (оформлення інвалідності, сповіщення даних про самотніх хворих у центри соціального обслуговування інвалідів та самотніх громадян похилого віку), правова допомога, а якщо хворий здатний працювати – поради щодо працевлаштування.

Робота з особистісною складовою особистісно-ситуаційного чинника є надзвичайно важливою. Вона складається з ряду психотерапевтичних та психокорекційних заходів.

Можна припустити, що висока особистісна агресивність, яка не знаходить реалізації в гетероагресивних діях, реалізується у вигляді аутоагресивних вчинків. Тому психокорекційне та психотерапевтичне втручання з метою зниження особистісної агресивності і ворожості у тих хворих, що мають високі показники за цими шкалами, навчання хворих керуванню своїми агресивними імпульсами та сублімації їх є обов'язковим. Необхідно проводити контрольні тестування за методиками оцінки агресивності та ворожості в динаміці. Важливим є також вироблення соціально позитивних настанов у хворих, що ведуть асоціальний та антисоціальний спосіб життя, мають кримінальне оточення. Засвоєння хворими навичок адекватної поведінки у конфліктних ситуаціях у сімейному та суспільному житті також є важливим елементом профілактики ААП. Що стосується хворих з демонстративно-шантажувальними (в першу чергу), і частково імпульсивними аутоагресивними діями, то, зважаючи на схильність їх до закріплення такого спо-

субу реагування і великим ризиком повторюваності ААП, бажано вести психокорекційну роботу в напрямку пошуку більш продуктивних стратегій подолання психотравмуючих ситуацій.

Хворі, в генезі ААП яких провідним психопатологічним синдромом є тривожний розлад, мають виражені особистісні тривожні та сенситивні риси, які відіграють дуже важливу роль у формуванні у них ААП. Отже, психокорекційна робота з цією групою хворих має на меті, по можливості, пом'якшення цих рис характеру, зниження їх вираженості, вироблення звички до більш екстернального, але при цьому адекватного, не руйнівного, відреагування негативних емоцій, їх сублімації. Таких хворих слід налаштовувати на довготривале амбулаторне спостереження, надати можливість неформального контактування з лікарем, коли виникне така потреба.

Вибір психотерапевтичних методів у кожному випадку має індивідуальний характер і залежить від ряду чинників, таких, як ступінь інтелектуальної збереженості хворого, його характерологічні особливості, провідний клінічний синдром, особливості суїцидогенного конфлікту та інших. В межах лікувально-профілактичних заходів відносно ААП у хворих на епілепсію, успішно використовувались такі напрями, як раціональна психотерапія, психодинамічна психотерапія (групово та індивідуальна), аутогенне тренування, поведінкова психотерапія, арт-терапія, символ-драма, зоотерапія. Також важливим компонентом (особливо для хворих з деменцією) є залучення до працетерапії.

Психофармакотерапевтичні заходи у відношенні хворих з провідним особистісно-ситуаційним чинником в генезі ААП та другорядним клінічним, залежать від психопатологічного синдрому. Використовуються транквілізатори, антидепресанти, загальнозміцнююча терапія. Обов'язковою є ревізія антиконвульсивної терапії, її корекція (при необхідності).

При проведенні комплексних лікувально-профілактичних заходів стосовно хворих на епілепсію з ААП у рамках вторинної профілактики, обов'язково враховуються також всі вищезазначені клінічні, соціальні та особистісні чинники ризику ААП, які застосовуються для виявлення контингенту ризику.

ВИСНОВКИ

Таким чином, профілактика ААП хворих на епілепсію повинна бути комплексною і ґрунтуватись на виявленні клінічних, особистісних та ситуаційних предикторів та чинників генезу цих дій. В межах первинної профілактики ААП пропонуються наступні заходи: лікування безпосередньо психічних розладів; корекція підтримуючої протиепілептичної терапії; роз'яснювальна робота, спрямована на прийом підтримуючого лікування у строгій відповідності з призначенням ліка-



ря; зниження агресивності та ворожості; вироблення настанов на тверезий спосіб життя; робота з хворими та членами їх сімей з метою покращення психологічної атмосфери у родині; консультування хворих з соціальних питань та інформаційно-просвітницькі заходи серед медиків та широкого загалу населення, спрямовані на зниження рівня стигматизації хворих. Вторинна профілактика ААП у хворих на епілепсію має базуватися на розробці індивідуальних профілактичних програм, складовими яких є як біологічна терапія (у тому числі, контроль за підтримуючим протисудомним лікуванням), та психотерапія, так і психокорекція та соціальна допомога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideations, and suicide attempts in chronic epilepsy / J.E.Jones, B.P.Hermann, J.J. Barry et al. // *Epilepsy and Behavior*. - 2003. - №4 (Suppl. 3). - P.31-38.
2. Brodie M.J., Schachter S.C., Kwan P. *Fast Facts: Epilepsy*. 3rd edition. - Oxford: Health Press Limited, 2005. - 127 p.
3. Risk factors for suicide in epilepsy: a case control study / L. Nilsson, A. Ahlbom, B. Y. Farahmand et al. // *Epilepsia*. - 2002. - Vol. 43. - № 6. - P.644-651.
4. Mortality in epilepsy / N. Hitiris, J. Mohanraj, J. Norrie et al. // *Epilepsy and Behavior*. - 2007. - №3. - P. 363-376.
5. Чуприков А.П., Пилягіна Г.Я., Войцех В.Ф. Суїцидологія. Основні терміни і поняття: Методическе посібие. - К., 1999. -60 с.
6. Пилягіна Г.Я. Профілактика суїцидальної поведінки // Психологія суїциду. За ред. В.П. Москальця. - К.: Академвидав, 2004. - С.212-220.
7. Мельник В.И. Метод судебно-психиатрического анализа гeнеза криминальных действий в судебной психиатрии // *Таврический журнал психиатрии*. - 2002. - Т.6. - №1 (18). - С.49-52.
8. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суїцидального поведіння: Метод. рекомендації. - М., 1980. - 48 с.

Надійшла 25.12.2007р.

В.И. Мельник, Я.В. Щеглова

Профілактика аутоагресивного поведіння больних епілепсіей

В статье рассматриваются меры первичной и вторичной профилактики аутоагресивного поведіння больних епілепсіей, необходимость комплексного подхода к гeнезу аутоагресивного поведіння с учетом всех факторов, которые принимают участие в его формировании, и последующей разработки индивидуальных профилактических программ.

Ключевые слова: *эпилепсия, аутоагресивное поведіння, профилактика*

V. Melnyk, Y. Shcheglova

Prophylactic of self-aggressive behavior in epilepsy patients

Measures of primary and secondary prophylactic of self-aggressive behavior in epilepsy patients, necessity of complex approaches to its genesis with taking into account all factors take part in its formation and working out of individual prophylactic programs were considered in the article.

Key words: *epilepsy, self-aggressive behavior, prophylactic*

Відомості про авторів:

Мельник В.І., д.мед.н., с.н.с, академік АНВО України, заступник директора з наукової роботи та судової психіатрії, зав. відділу судово-психіатричної профілактики Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології;

Щеглова Я.В., науковий співробітник відділу судово-психіатричної профілактики Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології.

Адреса для листування:

Щеглова Ярослава Володимирівна, 03142, м. Київ, б-р. Вернадського, б.81, кв. 89. Тел.: (044) 468-32-15.

E-mail: yshcheglova@rambler.ru