

УДК: 616.89:616.89-008.441.44-07

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.149241

СУЧАСНА СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

© Г. М. Кожина, Д. Р. Тахташова, Г. Г. Кольцова

Мета роботи. Розробити патогенетично обґрунтовану систему психопрофілактики аутоагресивної поведінки у хворих на біполярний афективний розлад (БАР) на основі вивчення особливостей її формування.

Матеріал та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 117 пацієнтів з БАР з ознаками аутоагресивної поведінки, обох статей, у середньому віці $40,5 \pm 5,5$ років.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати. У ході роботи встановлено що у $48,7 \pm 2,4$ % обстежених реєструвався афективний варіант аутоагресивної поведінки, у $31,5 \pm 1,9$ % – істинний, а в $19,8 \pm 1,1$ % – демонстративний варіант та описані особливості залежно від полярності афекту.

Аутоагресивна поведінка при маніакальному епізоді БАР асоціювалася з переважанням гнівливої манії у поєднанні з високим рівнем фрустрації в сфері активного життя та незалежності вчинків, високим рівнем інтернальності в галузі досягнень та низьким в галузі невдач

При депресивному епізоді БАР – переважанням тужливої депресії у поєднанні з високим рівнем фрустрації в сфері любовних та родинних стосунках, високим рівнем інтернальності у сфері родинних стосунків та невдач

При змішаному епізоді БАР – поєднанням гнівливої манії та тривожної депресії у поєднанні з вираженим ступенем фрустрації в матеріально-побутовій сфері, високим рівнем інтернальності в сфері невдач та низького рівня інтернальності в сфері результативності.

Розроблена патогенетично обґрунтована система профілактики аутоагресивної поведінки у хворих на БАР, яка складається з п'яти етапів: кризової терапії, розгорнутої діагностики, основних та підтримуючих лікувально-профілактичних заходів, соціально-психологічної допомоги. Та включає використання методів фармакотерапії, психотерапії та психосоціальної терапії.

Висновки.

1. Аутоагресивна поведінка при маніакальному епізоді БАР асоціюється з гнівливою манією, при депресивному епізоді з – тужливою депресією, при змішаному епізоді з поєднанням гнівливої манії та тривожної депресії.

2. Патогенетично обґрунтована система профілактики суїцидальної поведінки у хворих на БАР повинна складатися з п'яти етапів: кризової терапії, розгорнутої діагностики, основних та підтримуючих лікувально-профілактичних заходів, соціально-психологічної допомоги, з використанням на всіх етапах фармакотерапії, психотерапії та психосоціальної допомоги

Ключові слова: біполярний афективний розлад, депресивний епізод, маніакальний епізод, мішаний епізод, механізми суїцидогенезу, фрустрація, програма психопрофілактики

1. Вступ

Сучасні дослідження свідчать про те, що 0,3–1,5 % населення світу страждають на біполярний афективний розлад (БАР). Тим часом існують дані про більш високу захворюваність населення цієї патології, яка досягає рівня від 2,3 % до 5 %, а ймовірність розвитку у людини цього розладу становить 1 % [1]. Велика частина цих хворих маніфестує в депресивній фазі спостерігається у невропатологів, кардіологів, хірургів і гастроентерологів і не отримують своєчасної та адекватної психіатричної допомоги [2].

Біполярний афективний розлад характеризується зміною періодів пригніченого, підвищеного і змішаного настрою, що супроводжуються порушенням емоційно-вольової діяльності, мислення, психомоторних процесів та вегетативної регуляції [3].

БАР відноситься до найбільш суїцидонебезпечних афективних розладів. Частота суїциду при

нелакваному БАР досягає 20 %, для 2/3 хворих з цим розладом планують самогубство БАР притаманна аутоагресивна поведінка [4].

Як свідчать сучасні дослідження ризик скоєння суїциду складає 20,0–37,7 %, при цьому рівень завершених суїцидів становить близько 5 %. Відомо, що суїцидальна поведінка більш притаманна БАР II типу (24 %) у порівнянні з БАР I типу (17 %) [5, 6].

2. Обґрунтування дослідження

Українські реалії щодо розповсюдження біполярного афективного розладу та його медико-соціальних наслідків відповідають загальносвітовій тенденції, а саме за даними ВООЗ, 150 млн осіб у світі страждають на великий депресивний розлад, 30 млн осіб – на біполярний афективний розлад, а понад 16 млн осіб у віці до 60 років щорічно втрачають працездатність внаслідок уніполярної та біполярної депресії [7].

У сучасних дослідженнях підкреслюється, що основні медико-соціальні наслідки БАР є обумовленими високим рівнем коморбідності та суїцидальної поведінки, що асоційовані з даною формою патології [8]

Вивчення захворюваності на біполярний розлад чревате труднощами, оскільки субклінічні прояви розладу є загальними, можуть спостерігатися суттєві затримки, на багато років, до того часу, як людина звернеться за медичною допомогою, а первинне звернення часто пов'язане з депресією, незначеним психічним станом, або втратою контролю над імпульсивною поведінкою, тому характер біполярного розладу діагностується лише через кілька років після первинного звернення [9, 10].

Сучасні дослідження показали, що формування суїцидальної поведінки при БАР виникає під впливом комплексу демографічних, психосоціальних та особистісних факторів. Суїцидальний ризик при БАР обумовлений як психопатологічними феноменами, так і ситуаційними чинниками [11]. Психосоціальними чинниками ризику розвитку суїцидальної поведінки у хворих на БАР є втрата емоційнозначущої людини, самотність, соціальна ізоляція; соціальні та фінансові проблеми; втрата роботи, виховання в неповних сім'ях, жорстоке відношення, відсутність релігійних переконань [12].

Зростання захворюваності БАР, високий ризик суїцидальної поведінки, різке зниження якості життя хворих на БАР вимагають проведення досліджень з метою вдосконалення методів і програм лікування та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з цією патологією [13].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

3. Мета дослідження

Розробити патогенетично обґрунтовану систему психопрофілактики аутоагресивної поведінки у хворих на БАР на основі вивчення особливостей її формування.

4. Матеріал та методи

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 117 пацієнтів з БАР з ознаками аутоагресивної поведінки, обох статей, у середньому віці $40,5 \pm 5,5$ років.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, основою якого було структуроване інтерв'ювання та спостереження, спрямоване на виявлення провідних симптомів, синдромів та їх динаміки у співставленні з діагностичними критеріями МКХ-10.

Психодіагностичний метод включав використання клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеева, 1988) (HDRS); шкали оцінки манії Янга

(YMRS) (Young R. C., 1978); шкали самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (Пилягіна Г. Я., 2004); шкали суїцидального ризику (Старшенбаум Г. В., 1977); методики вивчення ціннісних орієнтацій (Фанталова Е. Е., 1992); методики визначення індивідуального життєвого стилю (Вассерман Л. И., 2005)

Математико-статистичні методи включали методи математичної статистики з обчисленням середніх величин (M) та їх похибок (m). Відмінності показників у групах за t -критерієм Ст'юдента вважали достовірними при $p \leq 0,05$. При складанні табличних алгоритмів здійснювали просте ранжування факторів (p) у послідовності їх зменшеної інформативності.

5. Результати дослідження

У ході аналізу проявів аутоагресивної поведінки встановлено, що у $41,5 \pm 2,1$ % обстежених хворих реєструвалися суїцидальні рішення, наміри та задуми, а у $28,5 \pm 1,7$ % – пасивні та активні суїцидальні думки, фантазування та переживання, у $30,0 \pm 1,8$ % – суїцидальні спроби.

При дослідженні варіантів аутоагресивної поведінки у пацієнтів з БАР виявлено домінування афективного варіанту ($48,7 \pm 2,4$ %), для якого був притаманний короткий пресуїцид на висоті афекту, емоційний стан перед суїцидальною спробою характеризувався відчуттям душевного болю, нестерпністю ситуації, збудженням, відмічалось неузгодженість кінцевої мети суїциду (смерті) і її психологічного сенсу.

$31,5 \pm 1,9$ % обстежених хворих здійснювали істину суїцидальну спробу, яка відрізнялася тривалим і поступовим формуванням пресуїциду; депресивними переживаннями, відчуттям нестерпності ситуації, безвиході, непотрібності.

У $19,8 \pm 1,1$ % обстежених реєструвався демонстративний варіант суїцидальної спроби, метою якого був вплив на оточуючих, пресуїцид був короткий з сумнівами в доцільності аутоагресивних дій; емоційний стан характеризувався почуттям образи, жалю до себе і нездоланності ситуації, провідним було бажання привернути увагу до власного горя і помститися, в переважній більшості суїцид відбувався на очах у значущих осіб.

Як показали результати дослідження клінічна картина маніакального епізоду БАР у хворих з аутоагресивною поведінкою характеризувалась домінуванням гнівливої манії ($45,3 \pm 1,8$ %), яка виявлялася дратівливістю ($61,3 \pm 2,1$ %), руховим збудженням ($55,1 \pm 1,9$ %), гнівливістю ($65,3 \pm 2,3$ %), конфліктністю з оточуючими ($68,2 \pm 1,7$ %), відчуттям прикrostі ($41,6 \pm 1,4$ %) та образи ($36,3 \pm 1,1$ %). Вираженість манії за шкалою YMRS складала $28,8 \pm 5,1$ бали. При цьому відмічалися низькі показники ризику аутоагресії $8,1 \pm 1,1$ бали ($p < 0,05$) за шкалою Сташенбаума Г. В.

Клінічна картина депресивного епізоду була представлена домінуванням тужливої депресії ($42,4 \pm 1,9$ %), яка проявлялася афектом туги ($82,1 \pm 2,1$ %),

тривоги ($69,5 \pm 2,1$ %), дратівливістю ($39,7 \pm 1,9$ %), думками про власну малоцінність ($70,2 \pm 2,2$ %), ідеями самозвинувачення і самознищення ($64,3 \pm 1,9$ %), психомоторною загальмованістю ($38,5 \pm 1,5$ %), ангедонією ($77,1 \pm 2,1$ %), відчуттям провини ($45,4 \pm 1,9$ %). Вираженість депресії за шкалою HDRS складала $32,7 \pm 4,4$ бали. Характерним був середньовисокий рівень ризику аутоагресії $14,5 \pm 2,2$ бали ($p < 0,05$) за шкалою Старшенбаума Г. В.

При змішаному епізоді БАР відмічалися поєднані варіанти гнівливої манії ($34,2 \pm 1,3$ %) та тривожно-тужливої депресії ($35,9 \pm 1,4$ %), які супроводжувалися лабільністю емоцій ($51,2 \pm 1,9$ %), внутрішнім напруженням ($65,1 \pm 2,2$ %), занепокоєнням ($51,2 \pm 1,9$ %), руховим збудженням ($41,2 \pm 1,6$ %). Вираженість депресії за шкалою HDRS складала $22,4 \pm 3,4$ бали. При цьому відмічався середньовисокий рівень ризику аутоагресії $12,1 \pm 1,1$ бали ($p < 0,05$) за шкалою Старшенбаума Г. В.

Як показав аналіз патопсихологічні особливості формування суїцидальної поведінки при маніакальному епізоді БАР відмічається високий рівень фрустрації в сфері активного життя ($41,1 \pm 1,6$ % обстежених), незалежності вчинків ($53,1 \pm 1,9$ %), професійної реалізації ($31,6 \pm 1,3$ %) у сполученні з високим рівнем інтернальності в галузі досягнень ($55,5 \pm 2,0$ %) і низький в галузі невдач ($56,1 \pm 2,1$ %). Це обумовило переважання афективного та демонстративного варіанту суїцидальних спроб, як реакції на неможливість реалізації фрустрованих потреб, та бажання привернути до себе увагу.

При депресивному епізоді БАР відмічається високий рівень фрустрації в сфері любовних відносин ($66,2 \pm 2,2$ %) та гармонії у родинних стосунках ($58,7 \pm 1,7$ %), у сполученні з високим рівнем інтернальності у сфері родинних стосунків ($54,6 \pm 1,4$ %), невдач ($67,8 \pm 2,2$ %) та низьким в сфері власної результативності ($68,4 \pm 2,3$ %). Це обумовило переважання істинного та афективного варіантів аутоагресії, мотивом якої були ідеї самозвинувачення, провини, відчуття поразки та відсутності перспектив.

При змішаному епізоді БАР виявлено виражений ступінь фрустрації в матеріально-побутовій сфері ($77,7 \pm 1,6$ %) та помірно виражений – потреб в сфері активного життя ($66,8 \pm 2,0$ %) у сполученні з високим інтернальності в сфері невдач ($57,2 \pm 1,4$ %) та низького рівня інтернальності в сфері результативності ($22,4 \pm 1,0$ %). Це обумовило переважання афективного варіанту аутоагресії, що виникає на тлі високого рівня тривоги, психичної напруги, ажіатації.

Базуючись на отриманих даних нами розроблена патогенетично обґрунтована система профілактики аутоагресивної поведінки у хворих на БАР, яка складається з п'яти етапів: кризової терапії, розгорнутої діагностики, основних та підтримуючих лікувально-профілактичних заходів, соціально-психологічної допомоги.

На всіх етапах надання допомоги використовувався комплекс методів, який включає фармакотерапію, психотерапію та психосоціальну терапію.

Фармакотерапія маніакального епізоду БАР включала використання – солей вальпроєвої кислоти, оланзапіну; депресивного епізоду – ламотриджину або солей вальпроєвої кислоти, кветіапіну; змішаного епізоду – солей вальпроєвої кислоти, арипіпразолу.

Психотерапевтична складова була представлена комплексним використанням раціональної психотерапії за П. Дюбуа (1912), особистісно-орієнтованої психотерапії (Карвасарський Б. Д., Інсуріна Г. Л., Ташликов В. А., 1994), когнітивної терапії (Beck A. T., 2006) та аутогенного тренування у модифікації Лебединського М. С., Бортник Т. Л. (1969)

Психосоціальна терапія реалізовувалась по засобом проведення психоосвітніх тренінгів (Марута Н. О., Кожина Г. М., 2013) та тренінгу вирішення межособистістних проблем

1,5 річне катамнестичне дослідження показало високу ефективність розробленої патогенетично обґрунтованої системи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на БАР – у $76,3$ % обстежених відмічалася повна редукція аутоагресивної поведінки.

6. Обговорення результатів дослідження

Таким чином, у ході роботи встановлено, що аутоагресивна поведінка при маніакальному епізоді БАР асоціювалася з переважанням гнівливої манії, яка супроводжувалася підвищеною руховою активністю, роздратованістю, гнівливістю та прискіпливістю на тлі підвищеної самооцінки, самовпевненості, перебільшення свої досягнень та підвищення швидкості процесів мислення.

При депресивному епізоді БАР аутоагресивна поведінка формувалася при переважанні тужливої депресії, які проявлялися руховою загальмованістю, вираженим відчуттям провини, зниженням інтересів, ідеями малоцінності та підвищенням чутливості щодо критики на свою адресу.

При змішаному епізоді БАР аутоагресивна поведінка спостерігалася при поєднанні гнівливої манії та тривожної депресії, які супроводжувалися руховим неспокоєм, незадоволеністю, емоційною лабільністю, роздратованістю, обуренням, ригідністю мислення, порушенням критичності до хвороби.

Отримані дані, щодо клінічної картини та аутоагресивної поведінки хворих на БАР на корелюють з даними вітчизняних дослідників [12, 13], проте новим є розробка диференційовану програму психопрофілактики суїцидальної поведінки при БАР, що базується на використанні фармакотерапії, психотерапії та психосоціальної терапії. Досліджено форми суїцидальної поведінки та її типологічні особливості у пацієнтів з БАР з різними варіантами полярності афекту. Розроблено клініко-психопатологічні та патопсихологічні критерії діагностики суїцидальної поведінки при різних фазах БАР.

Розроблена система психопрофілактики суїцидальної поведінки хворих БАР є підґрунтям для розробки системи терапії та реабілітації хворих на БАР в сучасних умовах, що визначає напрямки подальших наукових досліджень.

7. Висновки

1. Аутоагресивна поведінка при маніакальному епізоді БАР асоціюється з гнівливою манією, при депресивному епізоді з - тужливою депресією, при

змішаному епізоді з поєднанням гнівливої манії та тривожної депресії.

2. Патогенетично обґрунтована система профілактики суїцидальної поведінки у хворих на БАР повинна складатися з п'яти етапів: кризової терапії, розгорнутої діагностики, основних та підтримуючих лікувально-профілактичних заходів, соціально-психологічної допомоги, з використанням на всіх етапах фармакотерапії, психотерапії та психосоціальної допомоги.

Література

1. Тахташова Д. Р. Програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих з біполярними афективними розладами // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, № 1 (78). С. 91–96.
2. Cognition and functioning in bipolar depression / Kapczinski N. S. et. al. // Revista Brasileira de Psiquiatria. 2016. Vol. 38, Issue 3. P. 201–206. doi: <http://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1558>
3. Кожина Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади: монографія. Харків: ХНМУ, 2014. 76 с.
4. Марута Н. О., Вербенко Г. М. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія) // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 3 (88). С. 5–10.
5. Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd) / Vieta E. et. al. // The International Journal of Neuropsychopharmacology. 2013. Vol. 16, Issue 8. P. 1719–1732. doi: <http://doi.org/10.1017/s1461145713000278>
6. Марута Н. О., Вербенко Г. М. Особливості клінічної симптоматики на різних стадіях перебігу біполярного афективного розладу // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, № 3 (80). С. 77–82.
7. Чабан О. С., Хаустова Е. А. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии // НейроNews. 2011. № 5 (32). С. 18–22.
8. Кожина А. М., Гайчук Л. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства // Психічне здоров'я. 2009. Т. 3-4, № 24-25. С. 60–62.
9. Очеретяная Н. Биполярное расстройство: клинический обзор // Здоров'я України. 2011. № 4 (19). С. 36–37.
10. Trotta A., Murray R. M., MacCabe J. H. Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis // Psychological Medicine. 2014. Vol. 45, Issue 2. P. 381–394. doi: <http://doi.org/10.1017/s0033291714001512>
11. Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder / Cole A. J. et. al. // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1993. Vol. 88, Issue 2. P. 121–123. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03424.x>
12. Хаустова Е. А., Безшейко В. Г., Романив А. П. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии // Нейро News. 2012. № 1 (36). С. 38–42.
13. Кожина А. М., Резуненко О. Ю. Современные стратегии в реабилитации пациентов с биполярным аффективным расстройством // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2017. Т. 8, № 1. С. 78–83.

Дата надходження рукопису 30.10.2018

Кожина Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022

E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

Тахташова Діна Рашидівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022

E-mail: dinatachtashova217@gmail.com

Кольцова Галина Геннадіївна, лікар психіатр, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068

E-mail: kolcovagg2017@gmail.com