

ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Паршакова А.Н., Цепова Ю.С., Трутнева Н.В., Ятманов В.Г.

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова

e-mail: yulya.tsepova@yandex.ru

Изучение методов профилактики и способов лечения агрессивного поведения у больных с шизофренией является одной из актуальных проблем современной психиатрии. Цель – изучить проявления и способы оценки риска возникновения агрессивного поведения, методы их коррекции и действия медицинского персонала. Материалы и методы. Обзор отечественной и зарубежной литературы, включающей методы лечения и профилактики агрессивного поведения. Результаты. Анализ показал, что агрессивное поведение у больных шизофренией возникает в 8,4% случаев, наиболее часто при параноидной форме, в виде раздражительности (16-24%) и буйства (23-24%). Шкала BVC (The Broset Violence Checklist), позволяет наиболее точно спрогнозировать риск развития агрессивного поведения. Для лечения обычно используется комбинированное использование нейролептика первого поколения – галоперидол с каким-нибудь транквилизатором. Галоперидол широко доступен и может применяться в регионах с ограниченными финансовыми ресурсами. Комбинация галоперидола с пипольфеном (прометазин) более эффективна. Монотерапия галоперидолом может вызвать избыточную седацию и дистонию, чего не встречается при комбинации этих препаратов. «Золотым стандартом» лечения все же является клозапин. Заключение. Своевременное выявление факторов возникновения агрессивного поведения позволит медицинским работникам снизить риск возникновения агрессии и разработать последовательность действий в случае её развития.

Ключевые слова: агрессия, лечение агрессивного поведения, шизофрения.

MANIFESTATIONS OF AGGRESSIVE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND THEIR TREATMENT

Parshakova A.N., Tsepova, Yu.S., Trutneva, N.V., Yatmanov V.G.

I.N. Ulyanov Chuvash State University

e-mail: yulya.tsepova@yandex.ru

The study of methods of prevention and treatment of aggressive behavior in patients with schizophrenia is one of the urgent problems of modern psychiatry. The goal is to study the manifestations and methods of assessing the risk of aggressive behavior, methods of their correction and the actions of medical personnel. Materials and methods. Review of domestic and foreign literature, including methods of treatment and prevention of aggressive behavior. Results. The analysis showed that aggressive behavior in patients with schizophrenia occurs in 8.4% of cases, most often in the paranoid form. Scale BVC (The Broset Violence Checklist), allows you to most accurately predict the risk of developing aggressive behavior. For treatment, the combined use of the first generation neuroleptic is usually used – haloperidol with some tranquilizer. Haloperidol is widely available and can be used in regions with limited financial resources. The combination of haloperidol with pipolfen (promethazine) is more effective. Haloperidol monotherapy can cause excessive sedation and dystonia, which is not the case with the combination of these drugs. The “gold standard” of treatment is clozapine. Conclusion. Timely identification of the factors causing aggressive behavior will allow medical workers to reduce the risk of aggression and to develop a sequence of actions in the event of its development.

Key words: aggression, treatment of aggressive behavior, schizophrenia.

Введение

Агрессивное поведение, приводящее к общественно опасным действиям, остаётся одной из важнейших проблем в психиатрии, прежде всего в плане профилактики таких поступков. По определению Всемирной организации здравоохранения, агрессия является повсеместным явлением как у людей, так и у животных, и ее основы считаются многофакторными, включая политические, социально-экономические, культурные, нейробиологические и психологические причины. Агрессия, как таковая является не разрушительной силой, а естественным и эволюционно развитым механизмом, который способствовал выживанию человеческой расы. Однако, в патологической форме под агрессией понимается любое поведение, которое носит враждебный, вредный или деструктивный характер и может причинить вред или ущерб людям либо объектам [7].

Как видно из рисунка, агрессия делится на многие формы и проявления. Эту классификацию можно использовать в психиатрической клинической практике.

По форме проявления	<ul style="list-style-type: none"> • физическая - прямое применение силы • вербальная - выражается в форме угроз и оскорблений
По отношению к объекту	<ul style="list-style-type: none"> • прямая - направлена непосредственно на сам объект агрессии • косвенная - направлена на объекты, которые не вызывают раздражение, но наиболее подходят для проявления агрессивного поведения
По направленности на объект	<ul style="list-style-type: none"> • аутоагрессия - направлена на себя • гетероагрессия - направлена на окружающих людей
По мотивированности	<ul style="list-style-type: none"> • инструментальная - является средством достижения определённых целей • мотивационная - преднамеренное нанесение вреда объекту.

Рисунок. Классификация агрессии представлена [3]

Наиболее часто агрессия встречается у людей с психическими расстройствами, в частности, больных с шизофренией [4-10].

Шизофрения – это комплекс психических и поведенческих расстройств, проявляющийся в виде галлюцинаций, замедлением мыслительных процессов, когнитивными

расстройствами, речевыми нарушениями, эмоциональной тупостью, сниженной волевой и мотивационной активностью и в конечном счёте приводящее к изменению личности [5].

Приблизительно 1% населения земли страдает шизофренией, мужчины и женщины болевают в равной степени [6]. Агрессивное поведение встречается у больных шизофренией в 8,4% случаев [1, 2]. Необходимо помнить, что агрессивное поведение обуславливается не только психопатологической симптоматикой, но также такими факторами как слабые стороны личности, изменение социального положения и сопутствующее употребление психоактивных веществ. Исследования показывают, что с увеличением возраста пациента, снижается риск развития агрессивного поведения. Наиболее часто встречается у женщин, в частности незамужних (разведённых и овдовевших) [7, 8]. Пациенты с параноидной шизофренией наиболее склонны к проявлению агрессии, особенно при наличии бреда воздействия и бреда преследования [4]. Основными формами агрессивного поведения при параноидной форме шизофрении, являются негативизм, то есть протестное поведение, физическая агрессия, которая проявляется в применении физической силы против другого и косвенная агрессия. В структуре агрессивного поведения для них характерны такие агрессивные эмоциональные состояния как обида, подозрительность и раздражение [8]. Факторы, провоцирующие агрессивное поведение у больных шизофренией в условиях стационара [1]:

- Галлюцинаторно-бредовая симптоматика, имеющая место в первые дни госпитализации. На фоне проводимого лечения риск агрессивного поведения снижался;
- Реакция пациента на госпитализацию в психиатрический стационар;
- Конфликты с медицинским персоналом по соблюдению режима отделения;
- Запрет курения в отделении;
- Запрет пользования средствами коммуникации;
- Недостаточное количество культурно-развлекательных мероприятий.

Агрессивное поведение больных с шизофренией обуславливается с одной стороны патологической структурой личности, а именно такими ее свойствами как эгоцентризм, затруднения в социальной адаптации, эмоциональная неустойчивость. С другой стороны, значительное влияние на формирование агрессивного поведения у больных с шизофренией могут оказывать психопатологические явления, такие как, бред, галлюцинации, сумеречные расстройства сознания, маниакальные состояния.

Для оценки возникновения агрессии в психиатрии применяют различные шкалы, анкеты и опросники. В отечественной литературе хорошо зарекомендовала себя шкала BVC (The Broset Violence Checklist), позволяющая спрогнозировать риск развития агрессивного поведения. У больных шизофренией чаще всего встречаются проявления, такие как,

раздражительность (16-24%), которая выражается легко возникающей гневливостью, вспыльчивостью в ответ на действие обычных раздражителей и буйство (23-24%), которое проявляется явным поведением, сопровождающимся криком и шумом, например, хлопанье дверью, крики, возгласы в разговоре. Такие проявления, как спутанность, словесные угрозы, физические угрозы, разрушительные действия встречаются очень редко (1-2%) [1, 2].

Медикаментозное лечение агрессии

Типичные антипсихотики являются основой долговременного лечения агрессивного поведения при шизофрении. Клозапин является золотым стандартом для лечения пациентов с шизофренией, которые проявляют агрессивное поведение. В исследованиях сравнивали клозапин, оланзапин и рисперидон у пациентов с шизофренией или шизоаффективным расстройством. Эффективность клозапина была выше оланзапина, который, в свою очередь, превосходил галоперидол. Хотя его антиагрессивная эффективность прочно установлена, клозапин – не панацея. Многие пациенты не реагируют на это лекарство. Оланзапин эффективен против открытой физической агрессии и против враждебности при длительном обострении пациентов с шизофренией. Быстрое использование седативных или успокаивающих агентов важны. Лоразепам – это бензодиазепин, который надежно абсорбируется внутримышечно, не имеет активных метаболитов имеет период полувыведения от 10 до 20 часов; обычная доза 0,5-2,0 мг каждые 1-6 часов. Лоразепам не рекомендуется для долгосрочного ежедневного использования из-за потенциала толерантности и зависимости. Обычно используется комбинированное лечение первого поколения – галоперидол с лоразепамом (аналог – феназепам, либо другой транквилизатор бензодиазепинового ряда). Галоперидол широко доступен и может применяться в районах с ограниченными ресурсами. Комбинация галоперидола с прометазинем (пипольфеном) более эффективна. Галоперидол, применяемый одиночно, может вызвать избыточную седацию и дистонию, чего не встречается при комбинации этих препаратов. Если сравнивать с комбинацией галоперидол с мидазоламом (дормикумом), то эта комбинация является более седативной. Риск чрезмерной седации значительно ниже при применении галоперидола с прометазинем. Эта комбинация более эффективно вызывает седацию или транквилизацию на 30 минут. Галоперидол с прометазинем более безопасен и эффективен, кроме того побочные эффекты галоперидола могут быть смягчены путем одновременного введения прометазина. Мидазолам и лоразепам могут вызывать угнетение дыхания [6]. Антипсихотики второго поколения также используются для лечения. Наиболее применяемые три препарата для короткого действия – внутримышечные препараты (зипразидон, оланзапин и арипипразол). Их главное преимущество перед антипсихотиками первого поколения – это их более низкая

склонность к развитию экстрапирамидных побочных эффектов. Их действие быстрое, но может возникнуть возобновление агрессии с необходимостью повторного введения. В клиническом развитии находится ингаляционный локсапин, где препарат поставляется с помощью карманного устройства, которое производит термически сформированный конденсационный аэрозоль без наполнителей или пропеллентов, что приводит к быстрой доставке в легкие, а затем в системную циркуляцию. Ингаляционный локсапин обеспечивает быстрое, хорошо переносимое лечение для пациентов с шизофренией [6].

Действия при агрессивном поведении пациента

Агрессия чаще всего сопровождается обострениями шизофрении, когда такие больные находятся в психиатрическом стационаре. Поэтому с проявлениями агрессии должен быть ознакомлен медицинский персонал: врачи, медицинские сестры, санитары. Пациент может быть физически сдержан только в том случае, если он представляет опасность для себя и для окружающих. Необходимо помнить, что неправильное использование сдерживания может усиливать возбуждение, агрессивное поведение и разрушительные действия. Фиксация должна быть прекращена, как только пациент успокоится и продемонстрирует доказательства о восстановлении самоконтроля. Во время физического сдерживания существует опасность травмирования как пациента, так и персонала, поэтому существует потребность в устном вмешательстве, необходимо поддерживать пациентов, обговаривать сроки изоляции, возобновлять хорошие отношения которые могли бы помочь уменьшить агрессию и вернуть пациента в спокойное состояние.

Следует:

- показать свою заинтересованность в состоянии пациента и сопереживание;
- разговаривать тихо, но ясно и спокойно;
- помогать пациенту оставаться под контролем, выслушивать все его мысли;
- не угрожать пациенту, не обвинять и не осуждать его;
- поощрять пациента, общаться с ним и проявлять навыки слушания;
- позволить пациенту найти решение проблемы;
- предложить лекарство: приступить к пероральной терапии.

Для начала можно использовать лоразепам (2-4 мг). Если пациент отказывается от перорального приема, следует ввести препарат внутримышечно. Наблюдение за пациентом должно длиться как минимум 20 минут. Если эффекта от лоразепама нет, следует

использовать галоперидол (5мг), который может быть повторен каждый час максимум до 20 мг.

После проведенных мероприятий, необходимо наблюдать за пациентом до тех пор, пока не исчезнут признаки агрессии [9].

Заключение

Таким образом, в результате проведенного литературного обзора выявлено, что агрессивное поведение довольно часто наблюдается среди больных шизофренией. Заблаговременное выявление склонности больных к агрессивному поведению при шизофрении по шкале BVC (The Broset Violence Checklist) позволяет предотвратить риск возникновения агрессии. «Золотым стандартом» медикаментозного лечения является клозапин.

Разработка вопросов методологии и организации лечебных и реабилитационных мероприятий для больных с шизофренией, при проявлении агрессивного поведения, направленные на предотвращение повторных общественно опасных действий, необходимо проводить с привлечением врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также организаторов здравоохранения.

Список литературы

1. Голенков А.В. Распространённость и предикторы агрессивного поведения у пациентов с психическими расстройствами // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии, 2014. №1. С. 21-25.
2. Голенков А.В. Агрессивные действия психически больных в стационаре: диагностика, стандарты ухода и наблюдения // Медицинская сестра. 2012. №6. С. 23-25
3. Ильин Е.П. Психология агрессивного поведения. СПб.: Питер, 2014. С. 16-22.
4. Freilone F., Scarfò S., Colella M.T., Capellupo A., Lesioba O., PirflE., Vischia F. Aggression as a psychopathologic dimension: two case reports // J. Psychopathology, 2015. Vol. 15, №21. P. 161-167.
5. Jones P.B., Buckley P.B. Schizophrenia. Elsevier Limited, 2006. 128 p.
6. Joseph E.D., Clive E.A., Francois K., Fouad T., Georges H., Chadia H., Souheil H. Managing acutely aggressive or agitated people in a psychiatric setting: a survey in Lebanon // Medical J. Islamic Republic of Iran (MJIRI), 2018. 4-5 p.
7. Hansen S.B. Schizophrenia and aggression – the role of personality pathology, mentalizing and attachment. Faculty of Health and medical sciences university of Copenhagen, 2012. 272 p.
8. Nawal R., Magda F., El-Leithy, Wafaa, Haydy H., El Moez, Abd K. Correlation between aggressive behavior and sociodemographic characteristics in patients with schizophrenia at a psychiatry outpatient clinic // Middle East Current Psychiatry, 2017. Vol. 24. P. 30-35.

9. Volavka J. Violence in schizophrenia and bipolar disorder // *Psychiatria Danubina*, 2013.
Vol. 25. P. 24-33.