

УДК 616.85-06:616.89-07-08-084(477)

Д-р мед. наук, проф. Г. М. КОЖИНА,
д-р мед. наук, проф. В. І. КОРОСТІЙ,
канд. мед. наук К. О. ЗЕЛЕНСЬКА, О. Б. ПЛАТИНЮК

ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНА СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Харківський національний медичний університет

Вивчено особливості формування суїцидальної поведінки у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами, розроблено патогенетично обґрунтовану систему її профілактики. Виділено маркери суїцидального ризику для хворих на депресивні розлади. Обґрунтовано підходи до диференційованої профілактики суїцидальної поведінки пацієнтів із депресивними розладами, яка включає фармакотерапію, психотерапію та психоосвіту.

Ключові слова: депресивні розлади, суїцидальна поведінка, нейрогормони, психопрофілактика, психотерапія, психоосвіта.

Інформаційно-психологічна складова гібридної війни, що ведеться проти України, має на меті навмисне і цілеспрямоване погіршення стану психічного здоров'я не тільки осіб, що безпосередньо постраждали від екстремальних подій, а й усього населення нашої країни. Особливу соціальну, медико-психологічну та психіатричну проблему становить психічне здоров'я біженців, які вимушено лишилися місця постійного проживання [1, 2].

У населення України реєструється зростання захворюваності та розповсюдженості депресивних розладів переважно непсихотичного регістру. Депресивні розлади завдають суттєвих економічних збитків суспільству через зниження інтелектуальної, фізичної, професійної активності людей, їх непрацездатність, соціальну дезадаптацію, погіршення якості життя самих хворих та їхніх близьких [3, 4].

Одним із найдраматичніших медико-соціальних наслідків депресивних розладів є суїцид. У сучасних дослідженнях установлено, що саме депресивним розладам притаманний найвищий суїцидальний ризик серед усіх психічних та поведінкових розладів. Хворі на депресивні розлади в 30 разів частіше скоюють суїциди, ніж особи,

які не страждають на депресії. Кожний випадок самогубства є складним результатом взаємодії ситуаційних, особистісних та психопатологічних чинників [4, 5].

Мета цього дослідження — на основі вивчення особливостей формування суїцидальної поведінки у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами розробити патогенетично обґрунтовані системи їх психопрофілактики.

Для досягнення поставленої мети нами з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне та біохімічне обстеження 147 внутрішньо переміщених хворих на депресивні розлади обох статей. Основну групу (ОГ) становили 96 хворих з ознаками суїцидальної поведінки, контрольну (КГ) — 51 без таких ознак. Обидві групи було розподілено на підгрупи: ОГ I, 43,23% обстежених, та КГ I, 40,35% пацієнтів, у яких було діагностовано помірний та тяжкий (F32.1, F32.2 за МКХ-10) депресивні епізоди. До ОГ II та КГ II увійшли хворі з розладами адаптації (F43.21, F43.22) — 56,76 та 59,65% відповідно.

На основі даних клініко-психопатологічного дослідження було виділено тривожний (48,8 % хворих ОГ та 29,3 % — КГ), астеничний (39,5 і 37,2 % відповідно), астено-апатичний (6,6 і 18,1 %) і меланхолійний (5,1 і 15,4 %) варіанти депресивних розладів.

Як показали результати дослідження, маркерами суїцидального ризику є характерні для хворих ОГ низький рівень самоусвідомлення смерті, високий рівень ангедонії, клінічні прояви тривоги і депресії за госпітальною шкалою, тяжка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері — Айсберга. Для хворих КГ були притаманні нормальний рівень самоусвідомлення смерті, високий рівень ангедонії, тяжка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, клінічні прояви тривоги і субклінічні депресії за госпітальною шкалою, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері — Айсберга.

Аналіз отриманих даних дав змогу визначити основні психотравмуючі ситуації, що призводили до розвитку суїцидальної поведінки в обстежених хворих: самотність, втрата близької людини, розлучення (62,2 % жінок і 43,3 % чоловіків), серйозні фінансові труднощі, несподіваний майновий крах, втрата роботи (49,2 і 64,3 % відповідно), вимушена різка зміна життєвого стереотипу (96,9 і 75,2 %), ситуації тривалої психічної напруги (62,3 і 57,9 %), поганий стан соматичного здоров'я, наявність інвалідизуючого захворювання (11,3 і 6,3 %). На 31,4 % обстежених хворих відзначався вплив кількох психотравмуючих факторів.

Як показали результати клініко-анамнестичного дослідження, у 41,2 % обстежених ОГ I та 35,8 % ОГ II спостерігалася суїцидальна поведінка у минулому; у 22,1 та 16,4 % відповідно родичі здійснювали суїцид; 25,9 % родичів хворих ОГ I та 7,8 % ОГ II страждали на депресивні розлади.

Результати біохімічних досліджень показали, що у пацієнтів із суїцидальною поведінкою підвищеною є концентрація серотоніну та зменшеною — мелатоніну в крові. Такі ж зміни відбувалися з рівнями норадреналіну та адреналіну відповідно. Крім того, було виявлено підвищення концентрації кортизолу та АСР-1 (еритроцитарної кислоти фосфатази) у плазмі крові. Подальший статистичний аналіз свідчив про пряму лінійну регресійну залежність між рівнем мелатоніну, серотоніну та АСР-1 у крові обстежених пацієнтів із суїцидальною поведінкою. При цьому високі показники серотоніну можуть говорити про компенсаторну реакцію внаслідок можливих тривало низьких його рівнів до надходження хворих у стаціонар. Ураховуючи біохімічну ієрархію і послідовність перетворення цих агентів, можна припустити порушення даного процесу через накопичення серотоніну при незмінних рівнях мелатоніну.

Розглядаючи результати проведених біохімічних досліджень у цілому, можна обґрунтовано припустити, що зигення вмісту і, як наслідок, функції мелатоніну, порушення його співвідношення із серотоніном, кортизолом та катехоламінами створюють нейрогормональний фон для виснаження цієї ланки адаптації у стресорній ситуації. Тому пацієнти із суїцидальними спробами були нездатні вийти з конфліктної ситуації шляхом активного варіанта її вирішення, не маючи метаболічного ресурсу для її подолання.

У ході роботи нами зроблено припущення про можливий дисбаланс у системі «ген/продукт — АСР-1» як патогенетичному механізмі і предикторі суїцидальної поведінки хворих із депресивними розладами. Підвищення рівня АСР-1 можуть свідчити про підвищену експресію відповідного гена, що, у свою чергу, розглядається як фактор регулювання суїцидальної поведінки. На користь цього свідчить те, що істотне підвищення АСР-1 достовірно часто визначалося у пацієнтів із депресивним епізодом (ОГ I), тоді як відносно низькі рівні були характерні для обстежених із розладами адаптації (ОГ II).

Як показали результати нашого дослідження, прогностично значущими у формуванні суїцидальної поведінки є тривожний та астеничний варіанти депресивних розладів, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику у поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез.

Базисом для формування суїцидальної загрози є високий рівень ангедонії, внутрішньої напруги з неможливістю розслабитися, імпульсивність, проблеми міжособистісних комунікацій, відсутність метаболічного ресурсу для подолання психотравмуючої ситуації.

Тригерами суїцидальної поведінки є фрустрації значущих базових потреб, охоплення переживаннями гострого горя зі звуженням когнітивних функцій і домінуванням змісту психічної травми у свідомості, оцінкою ситуації, що склалася, як безвихідної, втрата цільових установок особистості, вживання алкоголю, можливий дисбаланс у системі «АСР-1 — ген/продукт».

На підставі отриманих у ході дослідження даних було розроблено та апробовано програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади, яка включала проведення комплексних діагностичних і лікувальних заходів з оцінкою наявності маркерів суїцидального ризику, урахування клінічної динаміки депресивних розладів, пом'якшення або усунення тригерних факторів, які призводять до зриву адаптації.

Розроблена програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки при депресивних

розладах складалася з фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти. Фармакотерапія включала диференційоване застосування антидепресантів — селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, мелатоніну, серотоніну та норадреналіну.

Психотерапевтичний комплекс у пацієнтів із депресивним епізодом включав використання особистісно орієнтованої психотерапії (Б.-Д. Карварський, Г. Л. Інсурина, В. А. Ташликов, 1994), когнітивно-поведінкової (А. Т. Бек, 2006) та сімейної терапії (Е. Г. Ейдміллер, 2003); у пацієнтів із розладами адаптації — раціональної (П. Дюбуа, 1912) та когнітивно-поведінкової аналітичної психотерапії (Д. Мак-Каллоу, 2002).

Психоосвітня робота (Н. О. Марута, Г. М. Кожина, В. І. Коростій, 2010, 2011) включала в себе використання інформаційних модулів, тренінгів позитивного самосприйняття, поліпшення комплаєнсу, формування комунікативних умінь і навичок, вирішення проблем міжособистісної взаємодії та проблемно-орієнтованих дискусій.

В апробації запропонованої системи профілактики взяли участь хворі ОГ, з яких 50 осіб отримували профілактичні заходи відповідно до розробленої програми, 46 обстежених КГ — згідно з традиційними принципами. Відповідно до результатів півторарічного катamnестичного дослідження у 83,8% обстежених ОГ повторних суїцидальних спроб не відзначалося, порівняно з КГ — 34,6%; показник якості життя в ОГ за усіма шкалами під-

вищився на 40,2%; у КГ — на 27,7%, що свідчить про виражену перевагу ефективності розробленої системи диференційованої профілактики суїцидальної поведінки при депресивних розладах.

Список літератури

1. *Волошин П. В.* Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— Т. 23, вип. 1 (82).— С. 5–11.
2. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения / И. В. Линский, В. Н. Кузьминов, Н. В. Позднякова [и др.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 3 (80).— С. 5–12.
3. *Марута Н. А.* Индивидуально-психологические особенности больных депрессией с различной степенью медикаментозного комплаенса / Н. А. Марута, Д. А. Жупанова // Медична психологія.— 2015.— Т. 10, № 1.— С. 62–69.
4. *Юрьева Л. Н.* Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология / Л. Н. Юрьева, А. Е. Юрьев // Суицидология.— 2013.— Т. 4, № 3 (12).— С. 70–76.
5. *Кожина Г. М.* Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади: моногр. / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська.— Харків: ХНМУ, 2014.— 64 с.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННАЯ СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ

А. М. КОЖИНА, В. И. КОРОСТИЙ, Е. А. ЗЕЛЕНСКАЯ, О. Б. ПЛАТИНЮК

Изучены особенности формирования суицидального поведения у внутренне перемещенных лиц с депрессивными расстройствами, разработана патогенетически обоснованная система его профилактики. Выделены маркеры суицидального риска для больных депрессивными расстройствами. Обоснованы подходы к дифференцированной профилактике суицидального поведения пациентов с депрессивными расстройствами, которая включает фармакотерапию, психотерапию и психообразование.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, суицидальное поведение, нейрогормоны, психопрофилактика, психотерапия, психообразование.

PATHOGENETICALLY SUBSTANTIATED SYSTEM OF PSYCHOPREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN DEPRESSIVE DISORDERS IN INTERNALLY DISPLACED PERSONS

H. M. KOZHYNIA, V. I. KOROSTII, K. O. ZELENSKA, O. B. PLATYNIUK

The work covers the study of the formation of suicidal behavior of internally displaced persons with depressive disorders and developing pathogenetically based system of its prevention. The markers of suicide risk for patients with depressive disorders were determined. The approaches to differentiated prevention of suicidal behavior at depressive disorders including pharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation were validated.

Key words: depressive disorders, suicidal behavior, neurohormones, psychological prophylaxis, psychotherapy, psychoeducation.

Надійшла 11.05.2017