УДК 616.89:616.89-008.441.44-07

Н. О. Марута, Д. Р. Тахташова, Т. В. Панько

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНІ АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ

Н. А. Марута, Д. Р. Тахташова, Т. В. Панько

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

N. O. Maruta, D. R. Takhtashova, T. V. Panko

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL REGULARITIES OF FORMATION OF A SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDERS

Статтю присвячено аналізу клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки пацієнтів в різних фазах біполярного афективного розладу (БАР) та розробленню на цієї підставі системи психопрофілактики для даного контингенту.

Доведено, що в структурі суїцидальної поведінки пацієнтів з БАР суїцидальні рішення та наміри переважають над суїцидальними думками, фантазуваннями та переживаннями (61,5 % та 38,5 %, відповідно, $p < 0,05$). Аналіз ґенезу суїцидальної поведінки показав, що у 48,4 % обстежених реєструвався психопатологічний варіант, у 32,5 % — ситуаційний варіант, а у 18,8 % — змішаний варіант.

Здійснений у роботі аналіз клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки при різних варіантах БАР дозволив розробити та впровадити диференційовану програму психопрофілактики, яка складається з п'яти етапів: кризової терапії, розгорнутої діагностики, основних та підтримувальних лікувально-профілактичних заходів, соціально-психологічної допомоги. Засоби терапевтичного впливу на всіх етапах застосовували у вигляді фармакотерапії, психотерапії та психосоціальної допомоги. Аналіз дієвості запропонованої програми дозволяє зробити висновок про ефективність розроблених заходів, що підтверджується динамікою клініко-психопатологічних, патопсихологічних показників, суїцидологічного статусу та характеристик якості життя пацієнтів з суїцидальною поведінкою при БАР.

Ефективність розробленої програми підтверджується стійкістю досягнутого профілактичного впливу, про що свідчать дворічні катамнестичні дослідження.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, депресивний епізод, маніакальний епізод, змішаний епізод, механізми суїцидоґенезу, фрустрація, психологічний захист, особистісні особливості, програма психопрофілактики.

Статья посвящена анализу клинико-психопатологических и патопсихологических закономерностей формирования суицидального поведения пациентов при различных фазах биполярного аффективного расстройства (БАР) и разработке на этом основании системы психопрофилактики для данного контингента.

Доказано, что в структуре суицидального поведения пациентов с БАР суицидальные решения и намерения преобладают над суицидальными мыслями, фантазированием и переживаниями (61,5 % и 38,5 %, соответственно, $p < 0,05$). Анализ генеза суицидального поведения показал, что у 48,4 % обследованных регистрировался психопатологический вариант, у 32,5 % — ситуационный вариант, а у 18,8 % — смешанный вариант.

Проведенный в работе анализ клинико-психопатологических и патопсихологических закономерностей формирования суицидального поведения при различных вариантах БАР позволил разработать и внедрить дифференцированную программу психопрофилактики, которая состоит из пяти этапов: кризисной терапии, развернутой диагностики, основных и поддерживающих лечебно-профилактических мероприятий, социально-психологической помощи. Средства терапевтического воздействия на всех этапах применяли в виде фармакотерапии, психотерапии и психосоциальной помощи. Анализ действенности предложенной программы позволяет сделать вывод об эффективности разработанных мероприятий, подтверждается динамикой клинико-психопатологических, патопсихологических показателей, суицидологического статуса и характеристики качества жизни пациентов с суицидальным поведением при БАР.

Эффективность разработанной программы подтверждается устойчивостью достигнутого профилактического воздействия, о чем свидетельствуют двухлетние катамнестические исследования.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, маниакальный эпизод, смешанный эпизод, механизмы суицидогенеза, фрустрация, психологическая защита, личностные особенности, программа психопрофилактики.

An article is devoted to analysis of clinical-psychopathological and pathopsychological regularities of formation of a suicidal behavior in patients with different stages of bipolar affective disorder (BAD) and to development on this basis a system of psychoprevention for this contingent of patients.

It was proved that in the structure of a suicidal behavior in BAD suicidal decisions and intentions prevailed over suicidal thoughts, fantasies, and experiences (61.5 % and 38.5 % respectively; $p < 0.05$). An analysis of genesis of a suicidal behavior demonstrated a psychopathological variant in 48.4 % of the patients, a situational variant in 32.5 % of the patients, and a mixed variant in 18.8 % of the patients.

The performed analysis of clinical-psychopathological and pathopsychological regularities of formation of a suicidal behavior in different BAD variants allowed us to work out and implement a differential system of psychoprevention. This system consists of five stages: a crisis therapy, a comprehensive diagnosis, the main and adjuvant measures of treatment and prevention, and a social psychological support. The means of therapeutic influence on all the stages were applied in form of pharmacological therapy, psychotherapy, and psychosocial assistance. An analysis of effectiveness of the program proposed allowed us to conclude about efficacy of the developed measures. This conclusion was supported with dynamics of clinical-psychopathological, pathopsychological parameters, a suicidological status, and quality of life of patients with a suicidal behavior in BAD.

The efficacy of the developed therapy was supported also with a stable prevention influence which had been achieved. This was evidenced by two-year catamnestic investigations.

Key words: bipolar affective disorder, depressive episode, maniacal episode, mixed episode, mechanisms of suicidogenesis, frustration, psychological defense, personality peculiarities, program of psychoprevention.

© Марута Н. О., Тахташова Д. Р., Панько Т. В., 2014

Відповідно до сучасних уявлень, біполярний афективний розлад (БАР) є психічним захворюванням, що характеризується зміною полярності афекту, хронічним рецидивуючим перебігом, високим коефіцієнтом коморбідності, супроводжується суїцидальною поведінкою, скороченням тривалості життя, погіршенням соціального функціонування та якості життя пацієнтів та їхнього оточення [5, 9, 10, 22, 24].

Оцінка реальної поширеності БАР суттєво ускладнюється у зв'язку з розходженням діагностичних критеріїв у МКХ-10 та DSM-5. Разом з цим, здійснений аналіз свідчить про те, що БАР I та II типу протягом життя спостерігається у 3,9 % населення, а протягом року — у 2,6 %. У сучасних дослідженнях наголошується, що основні медико-соціальні наслідки БАР є обумовленими високим рівнем коморбідності та суїцидальної поведінки, що асоційовані з даною формою патології [1, 11, 29].

Під час вивчення етіології БАР доведено, що захворювання характеризується значною питомою вагою спадкових чинників у ґенезі. При цьому наголошується участь великої кількості генів у формуванні спадкової передачі та невизначений вплив чинників навколишнього середовища та дефектів нейронального розвитку. Сімейні дослідження демонструють високу поширеність уніполярної депресії та психозів серед пацієнтів з БАР, що обумовлено фенотиповою подібністю при полігенній спадковості [8, 12, 18, 27].

Дослідження останнього періоду довели, що ризик скоєння суїциду при БАР у 20—30 разів перевищує середньопопуляційний та складає 20,0—37,7 %. При цьому наголошується, що найстабільніший суїцидальний ризик є притаманним хворим на БАР II типу (24 %) при порівнянні з хворими на БАР I типу (17 %) та хворими на рекурентну депресію [1, 4, 6, 13, 14, 28].

Наслідком суїцидальної поведінки пацієнтів з БАР є скорочення тривалості життя на 10 років (порівняно зі здоровими), що корелює з несвоєчасним призначенням адекватної терапії та порушенням комплаєнсу [2, 7, 21, 25].

У проведених дослідженнях показано, що суїцидальна поведінка хворих на БАР спричинена психопатологічними феноменами та ситуаційними чинниками, тобто є результатом поєднання ендогенних та екзогенних складових. Але невивченими лишаються роль цих чинників у різних фазах розвитку патологічного процесу, вплив поліморфозу клінічних проявів БАР на структуру суїцидальної поведінки, вираженість суїцидального ризику в різних фазах та періодах захворювання та ін. Особливу проблему становлять патопсихологічні механізми формування суїцидальної поведінки, що перебувають під впливом ціннісно-смислової сфери особистості, чинників психологічного захисту, індивідуального життєвого стилю [17, 19, 20, 23].

Вищезазначене свідчить про необхідність поглибленого вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР, що створить основу для розроблення профілактичних заходів для цього контингенту хворих.

Мета даного дослідження — розробити систему психопрофілактики суїцидальної поведінки у хворих з БАР на підставі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей її формування.

У роботі використовували комплекс методів дослідження, до якого увійшли клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний методи та методи статистичної обробки отриманих результатів.

У процесі виконання дослідження було обстежено 227 пацієнтів з БАР, 117 з яких склали основну групу (з ознаками суїцидальної поведінки), а 110 увійшли до контрольної (без ознак суїцидальної поведінки).

Серед 117 пацієнтів основної групи у 38 був діагностований маніакальний епізод (F31.1), у 45 — депресивний епізод (F31.3, F31.4), у 34 — змішаний епізод (F31.6).

Розподіл за варіантами полярності афекту в контрольній групі був таким: 33 пацієнти з маніакальним епізодом (F31.1), 41 — з депресивним епізодом (F31.3, F31.4) та 36 — зі змішаним епізодом (F31.6).

Серед обстежених основної групи 55,6 % складали жінки та 44,4 % — чоловіки, серед пацієнтів контрольної групи ці показники дорівнювали 58,2 % та 41,8 %, відповідно.

Вік пацієнтів основної та контрольної групи був у межах від 20 до 65 років. Серед пацієнтів основної групи переважали особи віком 41—50 років (35,9 %) та 61—65 років (25,6 %). В контролі більшість пацієнтів належала до вікових категорій 31—40 та 51—60 років (41,8 % та 27,3 %).

Переважна кількість обстежених основної групи мешкали у місті (83,8 %) у задовільних матеріально-побутових умовах; були самотніми, не мали родини (70,1 %), мали вищу (незакінчену вищу) освіту (68,4 %), працювали у сфері розумової праці (60,7 %), перебували на пенсії (21,4 %).

Обстежені контрольної групи характеризувалися достовірним переважанням мешканців міста (85,5 %) з задовільними матеріально-побутовими умовами (52,7 %); які мали родину, були одружені (90,9 %); мали вищу (незакінчену вищу) освіту (68,2 %), були працевлаштовані у сфері розумової (43,6 %) або фізичної (44,5 %) праці.

Вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР показало, що у 61,5 % обстежених реєструвалися суїцидальні рішення, наміри та задуми, а у 38,5 % — пасивні та активні суїцидальні думки, фантазування та переживання. Суїцидальні спроби в групі пацієнтів з БАР не реєструвалися.

Зіставлення феноменології суїцидальної поведінки з фазами БАР свідчило про те, що у пацієнтів з маніакальним епізодом переважали активні та пасивні суїцидальні думки, фантазування та переживання (63,2 %; $p \leq 0,05$); у пацієнтів з депресивним епізодом та змішаним епізодом БАР — суїцидальні рішення, наміри та задуми (80,0 % при $p < 0,01$ та 64,7 % при $p < 0,05$ відповідно).

Під час дослідження видів суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР виявлено домінування психопатологічного виду (48,7 % при $p < 0,05$). Ситуаційний та змішаний види суїцидальної поведінки спостерігалися у 32,5 % та 18,8 % випадків, відповідно.

При цьому відзначено, що при маніакальному епізоді БАР домінуючим був ситуаційний вид суїцидальної поведінки (63,2 %; $p < 0,01$); при депресивному та змішаному епізоді — психопатологічний вид (68,9 % та 58,8 %, відповідно, $p < 0,01$).

Основні клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування суїцидальної поведінки при БАР вивчалися у відповідності до фаз полярності афекту.

Під час дослідження суїцидальної поведінки у пацієнтів **з маніакальним епізодом БАР** встановлено, що серед обстежених достовірно переважали особи жіночої статі (65,8 %; $p < 0,01$), у віці 46,2 ± 5,5 роки ($p < 0,05$),

з середньою спеціальною освітою (34,2 %; $p < 0,05$), які працювали у сфері фізичної праці (42,1 %, $p < 0,05$) та мешкали у сільській місцевості (28,9 %; $p < 0,01$).

Аналіз анамнестичних даних дозволив визначити предиктори суїцидальної поведінки у пацієнтів з маніакальним епізодом БАР. До них були віднесені виховання у неповних сім'ях, спадкова обтяженість афективними розладами, демонстративні та гіпертимні особистісні особливості, хронічні захворювання сечовивідної системи та гострі психогенні чинники (службові конфлікти, незадоволеність роботою та розрив дружніх стосунків).

Клініко-психопатологічний аналіз особливостей маніакального епізоду та їх взаємозв'язку з суїцидальним ризиком показав переважання в структурі клінічних проявів гнівливої форми манії (47,4 %; $p < 0,05$), що супроводжувалися руховим збудженням у вигляді підвищення рухової активності, дратівливості, гнівливості, прискіпливості (68,4 %; $p < 0,05$).

Серед клініко-психопатологічних порушень розлади мислення та когнітивних функцій характеризувалися наявністю ідей самосхвалення та самовпевненості (підвищена самооцінка, перебільшення своїх досягнень, реальних можливостей, надмірно оптимістична оцінка життєвої ситуації у цілому) у 73,7 % ($p < 0,01$); підвищенням швидкості мислення (необмежений та прискорений потік ідей) у 71,1 % ($p < 0,05$); труднощами в прийнятті рішень у 52,6 % ($p < 0,05$); підвищеною чутливістю до критики на свою адресу у 36,8 % ($p < 0,05$). Вираженість цих проявів за шкалою YMRS складала 28,8 ± 5,1 бали.

Емоційні розлади в цих пацієнтів проявлялися у вигляді вираженого відчуття радості (55,3 %, $p < 0,05$), емоційної лабільності (36,8 %, $p < 0,01$), відчуття прикрості (31,6 %, $p < 0,05$) та образи (26,3 %, $p < 0,01$).

Соматовегетативні порушення доповнювали клінічну картину маніакального епізоду, реєструвалися у вигляді головного болю (переважно психалгії) та порушення дихання (розлади ритму дихання, ларінгоспазм, кашель) у 26,3 % та 21,1 % пацієнтів, відповідно (при $p < 0,05$ та $p < 0,01$). Особливістю даної групи обстежених була наявність у них сенсорних (60,5 %) та психосенсорних (23,7 %) розладів, $p < 0,05$.

Дослідження вираженості суїцидального ризику серед пацієнтів з маніакальним епізодом БАР свідчило про низький ризик скоєння суїциду, що підтверджувалося показником за відповідною шкалою за методикою Старшенбаума Г. В. — 9,3 ± 1,6 бали (7,7—10,9 бали, при $p < 0,05$).

Вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів **з депресивним епізодом БАР** показало, що в даній групі обстежених переважали чоловіки (62,2 %; $p < 0,05$), середній вік яких складав 58,6 ± 6,1 роки, які були самотніми та не мали родини (31,1 %; $p < 0,01$), працювали в сфері розумової праці (73,3 %; $p < 0,01$).

Аналіз чинників преморбіду дозволив виявити групу факторів, які асоціювалися з суїцидальною поведінкою. До таких чинників належать: невротична конституція в дитинстві; спадкова обтяженість алкогольною залежністю; наявність акцентуйованих дистимічних та емотивних особистісних особливостей; хронічні захворювання кишково-шлункового тракту; наявність хронічних чинників психічної травматизації (самотність, потреба у любові та близьких стосунках, конфлікти у родині, зради, розлучення).

Серед клінічних проявів депресивного розладу в цієї групі відзначалося переважання тужливого (37,8 %; $p < 0,05$) та апато-адинамічного (22,2 %; $p < 0,01$) варіантів депресії. Вираженість цих проявів за шкалою Гамільтона (HDRS) складала 34,7 ± 4,4 бали.

Депресивні розлади в даній групі хворих проявлялися загальмованістю рухів, мови, міміки (20,0 %; $p < 0,01$), вираженим відчуттям провини (68,9 %; $p < 0,01$), зниженням інтересів (84,4 %; $p < 0,05$), ідеями малоцінності (71,1 %; $p < 0,05$) та підвищенням чутливості щодо критики на свою адресу (31,1 %; $p < 0,05$).

Виявлені клініко-психопатологічні характеристики підтверджувалися даними шкали HDRS, які свідчили про домінування у пацієнтів цієї групи ангедонії (66,7 %; $p < 0,05$), добових коливань настрою (68,9 %; $p < 0,05$), туги (42,2 %; $p < 0,01$) та суму (33,0 %).

Соматовегетативні розлади реєструвалися в структурі депресивного епізоду у вигляді порушень сну (64,4 %; $p < 0,05$), зниження маси тіла (42,2 %; $p < 0,01$) та запорів (28,9 %; $p < 0,05$).

Дослідження рівня суїцидального ризику за шкалою Старшенбаума Г. В. (1977) показало наявність середньовисокого рівня суїцидального ризику в цих пацієнтів — 14,4 ± 2,1 бали, $p < 0,05$ (12,3—16,5 бали).

Вивчення закономірностей формування суїцидальної поведінки **при змішаному епізоді БАР** свідчило про те, що серед обстежених даної групи переважали особи чоловічої статі (32,4 %; $p < 0,01$); такі, що не мали родини (47,1 %; $p < 0,01$); мешкали у місті (91,2 %; $p < 0,05$); займалися розумовою працею (61,8 %; $p < 0,05$) або були пенсіонерами (32,4 %; $p < 0,01$).

Серед чинників преморбіду достовірністю характеризувалися: виховання у неповних сім'ях; спадкова обтяженість алкогольною залежністю; акцентуйовані циклоїдні та тривожні особистісні особливості; хронічні захворювання серцево-судинної та сечовивідної систем; наявність хронічних психогенних чинників (погіршення матеріального стану, загроза або реальна втрата соціального статусу, вихід на пенсію).

Основними формами клініко-психопатологічних проявів в цієї групі були поєднані варіанти гнівливої манії (32,4 %; $p < 0,05$) та тривожної депресії (35,3 %; $p < 0,01$), які супроводжувалися у 41,2 % випадків ($p < 0,01$) руховим збудженням.

Серед розладів мислення та когнітивних функцій спостерігалися зниження рівня інтересів (64,7 %; $p < 0,05$), порушення критики по відношенню до хвороби (44,1 %; $p < 0,05$), ідеї малоцінності (41,2 %; $p < 0,05$), ригідність мислення (38,2 %; $p < 0,05$).

Дані за шкалою Гамільтона свідчили про те, що вираженість депресивного настрою складала 2,0 ± 0,3 бали, тривоги — 2,6 ± 0,4 бали, ажитації — 1,5 ± 0,5 бали.

Емоційні порушення в цієї групі характеризувалися переважанням (порівняно з контролем) незадоволення (38,2 %; $p < 0,01$), гніву (35,3 %; $p < 0,05$), емоційної лабільності (32,4; $p < 0,05$), роздратованості (29,4 %; $p < 0,05$), обурення (29,4 %; $p < 0,01$).

Соматовегетативні розлади відрізнялися наявністю розладів сну у 38,2 % пацієнтів ($p < 0,05$) у вигляді ранніх пробуджень та частих пробуджень серед ночі.

Дослідження вираженості суїцидального ризику за шкалою Старшенбаума Г. В. виявило у пацієнтів зі змішаним епізодом БАР середньовисокий рівень

ризику розвитку суїциду 12,0 ± 1,9 бали (10,1—13,9 бали, при $p < 0,05$).

Під час аналізу коморбідної соматичної патології встановлено, що в 41,9 % пацієнтів основної групи та 38,2 % контрольної групи реєструвалися супутні соматичні захворювання ($p < 0,05$). Серед цих коморбідних розладів найбільш часто спостерігалися хронічні захворювання сечовивідної системи (23,9 %), серцево-судинної системи (22,2 %) та шлунково-кишкового тракту (10,3 %). Достовірністю характеризувалися показники частоти захворювань сечовивідної системи та шлунково-кишкового тракту.

Вивчення патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки при різних фазах БАР показало, що основними чинниками суїцидоґенезу є фрустрація певних життєвих потреб, яка у поєднанні з високим рівнем інтернальності обумовлює активність специфічних форм психологічного захисту, що є передумовою реалізації аутоаґресії. При цьому у пацієнтів з різними фазами БАР виявлені певні особливості.

У пацієнтів з маніакальним епізодом БАР визначено виражений ступінь фрустрації потреб: в активному діяльному житті — у 42,1 % ($p < 0,01$) пацієнтів (8,1 ± 1,4 бали, $p < 0,05$); в свободі та незалежності вчинків та дій — у 52,6 % ($p < 0,05$) пацієнтів (7,9 ± 1,2 бали, $p < 0,01$); в цікавій роботі — у 31,6 % ($p < 0,05$) пацієнтів (7,5 ± 1,3 бали, $p < 0,05$).

Високий рівень інтернальності в галузі досягнень (8,0 ± 1,7 стени, $p < 0,05$) та низький — в галузі невдач (1,9 ± 0,4 стени, $p < 0,05$) сприяли в пацієнтів цієї групи загостренню фрустраційного конфлікту, активуючи низькорезультативну діяльність особи щодо реалізації фрустраційних потреб.

Наявність демонстративних та гіпертимних особистісних рис обумовлювала переважання психологічного захисту у формах заперечення (в 34,2 % випадків, $p < 0,01$; вираженість у 77,9 ± 9,2 процентілей при $p < 0,05$) та витіснення (в 31,6 % випадків вираженістю у 66,7 ± 5,8 процентілей при $p < 0,05$), що проявлялося у вигляді заперечення небажаних для особистості зовнішніх подій та виключення із свідомості бажань, думок, спогадів, обумовлених негативним ставленням до особи. В цих умовах відбувалося формування розладів міжособистісних контактів (12,5 ± 2,02 бали, $p < 0,05$), когнітивних функцій (20,3 ± 3,2 бали, $p < 0,05$) та імпульсивності (26,2 ± 4,1 бали, $p < 0,01$), результатом чого було переважання образи (71,4 ± 8,3 бали, $p < 0,01$) та непрямої аґресії (64,4 ± 7,1 бали, $p < 0,05$) з високим індексом ворожості (47,6 ± 6,2 бали, $p < 0,05$).

Суїцидальна поведінка в цієї групі розвивалася як імпульсивний протест проти оточуючих, які чинять опір реалізації фрустрованих потреб, й бажання привернути увагу до своєї особистості та власної діяльності.

Дослідження патопсихологічних чинників у пацієнтів з депресивним епізодом БАР довело наявність вираженого ступеня фрустрації в сфері любові (7,6 ± 1,6 бали, $p < 0,01$) та щасливого родинного життя (7,2 ± 1,8 бали, $p < 0,05$), які спостерігалася на тлі високого рівня інтернальності у сфері сімейних стосунків (7,7 ± 1,1 стени, $p < 0,01$), невдач (7,4 ± 1,2 стени, $p < 0,05$) та низького рівня інтернальності в сфері досягнень (2,5 ± 1,3 стени, $p < 0,01$).

Наявність характерологічних акцентуацій за динамічним та емотивним типами з переважанням психологічного захисту у формі регресії (у 37,8 % випадків, $p < 0,01$; вираженість 62,3 ± 6,4 процентілей, $p < 0,01$), що асоціюється з поверненням до форм поведінки ранніх етапів психофізіологічного розвитку, посилювала депресивний афект та аутоаґресію до помірно високого ступеня вираженості (26,7 ± 5,4 бали та 28,9 ± 3,3 бали, відповідно, при $p < 0,05$).

Таке поєднання обумовлювало поглиблення відчуття провини перед близькими та оточуючими за свою хворобу, бездіяльність, безпорадність; єдиний шлях звільнення від тягаря провини пацієнт бачив у вигляді скоєння суїциду.

У хворих зі змішаним епізодом БАР визначено такі патопсихологічні особливості формування суїцидальної поведінки: виражений ступінь фрустрації потреб у матеріально забезпеченому житті (7,5 ± 1,7 бали, $p < 0,01$) та помірно виражений — потреб в діяльному житті (6,9 ± 2,0 бали, $p < 0,05$). Наявність високого рівня інтернальності в сфері невдач (7,2 ± 1,4 стени, $p < 0,01$) та низького рівня інтернальності в сфері досягнень (2,4 ± 1,0 стени, $p < 0,01$) призводила до поглиблення фрустраційного конфлікту. Наявність циклоїдних та тривожних рис акцентуації характеру обумовлювала використання психологічного захисту у формі реактивного утворення (55,9 % випадків, $p < 0,01$; вираженість 58,5 ± 6,1 процентілей, при $p < 0,01$), для якого притаманні позбавлення від неприємних відчуттів, думок, емоцій шляхом реверсії, тобто формування протилежних прагнень у вигляді роздратованості (69,7 ± 5,6 бали, $p < 0,05$), аутоаґресії (60,1 ± 5,1 бали, $p < 0,01$) з вираженим індексом ворожості (38,6 ± 4,6 бали, $p < 0,05$).

Ворожість по відношенню до оточуючих та ситуації підсилювала особистісну тривожність, спричиняла ажитацію та напруження, що й формувало суїцидальну поведінку.

На підставі дослідження клініко-психопатологічних особливостей БАР та патопсихологічних механізмів формування суїцидальної поведінки у пацієнтів з даною патологією було розроблено та апробовано **програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки**. В основу програми покладено два підходи: принцип диференційованого підходу та принцип системності психопрофілактичних заходів.

Принцип диференційованого підходу в реалізації психопрофілактики включав відбір лікувальних та профілактичних засобів з урахуванням особливостей формування, клініки, перебігу та виходу різних фаз БАР; стану предикторів аутоаґресії та антисуїцидальних чинників; основних патопсихологічних механізмів розвитку суїцидальної поведінки; соматичного стану та коморбідної патології; особистісних, професійних та соціальних можливостей пацієнта.

Принцип системності розробленої програми визначається своєчасністю проведення діагностичних та лікувально-профілактичних заходів; єдністю біологічних, психологічних та соціальних заходів; спадкоємністю між закладами психіатричної та соціальної допомоги; етапністю здійснення заходів.

Розроблена програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки хворих на БАР складається з п'яти етапів: кризової терапії, розгорнутої діагностики, основних та підтримувальних лікувально-профілактичних заходів, соціально-психологічної допомоги.

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

Фармакотерапію в розробленій програмі застосовували у вигляді монотерапії та комбінованої терапії.

На перших трьох етапах монотерапія при депресивному епізоді БАР базувалася на використанні ламотриджину або кветіапіну; при маніакальному епізоді — літію карбонату, або вальпроєвої кислоти, або оланзапіну; при маніакальному епізоді — рисперидону.

Комбінована терапія перших трьох етапів включала застосування при депресивному епізоді БАР літію карбонату з пароксетином або вальпроєвої кислоти з сертраліном; при маніакальному епізоді — поєднання вальпроєвої кислоти з оланзапіном; при змішаному епізоді — поєднання літію карбонату з вальпроєвою кислотою або рисперидоном.

На етапах підтримувальних лікувально-профілактичних заходів монотерапію проводили за допомогою стабілізаторів настрою (вальпроєва кислота, або літію карбонат, або ламотриджин) або атипових антипсихотиків (оланзапін або кветіапін). Комбіновані впливи реалізовували із застосуванням поєднання літію карбонату з кветіапіном або вальпроєвої кислоти з арипіпразолом.

На етапі соціально-психологічної допомоги (при потребі) продовжувалося використання попередньо ефективних засобів.

Психотерапію на етапах кризової допомоги та розгорнутої діагностики проводили у формах кризової підтримки та кризового втручання (Пілягіна Г. Я., 2004) та індивідуальної раціональної психотерапії за П. Дюбуа, (1912) [3, 15].

Психотерапевтичний комплекс на етапах основних та підтримувальних лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів з депресивним та змішаним епізодом БАР включав використання індивідуально-орієнтованої короткотермінової психодинамічної психотерапії (Карвасарський Б. Д., 1999), індивідуальної та групової когнітивно-поведінкової терапії (Beck A. T., 2006), сімейної терапії (Ейдеміллер Е. Г., 2003) та прогресивної м'язової релаксації за Jacobson E. (1963) [15, 16, 26].

Основними формами психотерапевтичного впливу при маніакальному епізоді були індивідуальна раціональна психотерапія за П. Дюбуа, (1912) та групова когнітивно-поведінкова аналітична психотерапія за Д. МакКаллоу (2002) [15, 26].

Психотерапію на етапі соціально-психологічної допомоги проводили з використанням індивідуальної раціональної психотерапії за Дюбуа П., (1912) та сімейної психотерапії (Ейдеміллер Е. Г., 2003).

Психосоціальна терапія забезпечувалася за допомогою індивідуальної та групової психоосвіти, тренінгів щодо формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії (Марута Н. О. з співавт., 2010). На перших трьох етапах важлива роль належить психоосвіті та зміцненню комплаєнса, на завершальних — тренінгам інтерперсональної взаємодії.

Тривалість кожного з етапів коливалась в межах 7—10 днів для етапів кризової допомоги та розгорнутої діагностики, 2—4 місяці — для етапу основних лікувально-профілактичних заходів, 3—5 місяців — для підтримувального лікування та соціально-психологічної допомоги.

Зміст лікувально-профілактичних заходів на кожному етапі та його тривалість визначалися у кожному випадку індивідуально.

Ефективність розробленої диференційованої програми психопрофілактики суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР визначалася у зіставленні з традиційними заходами на підставі оцінки динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей, суїцидологічного стану та якості життя.

В апробації розробленої системи взяли участь 55 пацієнтів з БАР основної групи та 49 пацієнтів з БАР контрольної групи. Основна група отримала лікування відповідно до розробленої програми, контрольна — за традиційними принципами.

Аналіз клінічних результатів використання розробленої системи показав, що в основній групі стабільна інтермісія реєструвалася у 74,5 % пацієнтів, покращання психічного стану — у 10,9 %, відсутність позитивної динаміки психічного стану — у 9,1 %, погіршення психічного стану — у 5,5 % пацієнтів. В контрольній групі ці показники дорівнювали відповідно 53,1 %, 12,2 %, 28,6 %, 6,1 % та відрізнялися достовірним переважанням осіб з відсутністю динаміки й меншою кількістю осіб, які досягли стабільної інтермісії.

Відповідно до результатів дворічного катамнестичного дослідження, у 5,5 % пацієнтів основної групи досліджуваних реєструвалися прояви суїцидальної поведінки, які характеризувалися низьким рівнем суїцидального ризику (7,8 ± 2,1 бали). Аналогічні показники контрольної групи були достовірно вищими і складали 28,6 % ($p < 0,01$) та 13,2 ± 1,3 бали ($p < 0,05$), що свідчить про виражену перевагу ефективності розробленої системи диференційованої профілактики суїцидальної поведінки при БАР.

Список літератури

1. Завершені суїцидальні спроби у популяції психічно хворих [Текст] / [А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна та ін.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1—2 (24—25). — С. 10—15.

2. Беро, М. П. Досвід організації роботи з особами з суїцидальним ризиком і схильних до самоушкодження [Текст] / М. П. Беро, С. Я. Беро // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 70—72.

3. Психотерапевтическая хрестоматия [Текст] : Т. 1 / [В. А. Вербенко, Н. В. Вербенко, В. Н. Клинков и др.]; под ред. В. П. Самохвалова, О. С. Чабана. — Тернополь : ТГМУ, 2012. — 428 с.

4. Визначення специфічних факторів рецидивування аутоагресивної поведінки [Текст] / [Г. Я. Пілягіна, С. А. Чумак, Є. М. Харченко та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 85.

5. Войцех, В. Ф. Клиническая суицидология [Текст] / В. Ф. Войцех. — М.: Миклош, 2008. — 280 с.

6. Денисенко, М. М. Суїцидальна поведінка у хворих на екзогенні та ендогенні депресії (клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, принципи профілактики) [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / М. М. Денисенко. — Х., 2011. — 20 с.

7. Діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади [Текст] : метод. рек. / МОЗ України, НАМН України, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи; уклад.: Н. О. Марута, А. М. Бачериков, Т. В. Ткаченко та ін. — Х., 2011. — 17 с.

8. Кожина, А. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Психічне здоров'я. — 2009. — Т. 3—4 (24—25). — С. 60—62.

9. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра [Текст] / В. Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.

10. Марута, Н. А. Современные принципы терапии биполярного расстройства [Электронный ресурс] / Н. А. Марута // Нейро News. — 2011. — № 6 (33). — Режим доступа : http://www.neuro.health-ua.com/article/537.html.

11. Марута, Н. А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики [Электронный ресурс] / Н. А. Марута // Нейро News. — 2011. — № 2 (29). — Режим доступа : http://www.neuro.health-ua.com/article/439.html.

12. Нуллер, Ю. Л. Аффективные психозы [Текст] / Ю. Л. Нуллер, И. Н. Михайленко // Аффективные расстройства. Междисциплинарный подход : сб. науч. тр., посвященный памяти проф. Ю. Л. Нуллера. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. — Т. 140. — С. 233—248.

13. Очеретяная, Н. Биполярное расстройство: клинический обзор [Текст] / Н. Очеретяная // Здоров'я України. — 2011. — № 4 (19). — С. 36—37.

14. Подкорытов, В. С. Современные подходы к лечению «фармакорезистентных» депрессий [Текст] / В. С. Подкорытов // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 2 (55). — С. 55—58.

15. Психотерапия [Текст] / Б. Д. Карвасарский. — М.; СПб.: Питер, 2008. — 672 с.

16. Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии [Текст] / [М. П. Беро, Р. Краузе, Т. Д. Бахтеева, Н. А. Марута и др.] ; под общ. ред. М. П. Беро. — Донецк : Каштан, 2010. — 358 с.

17. Смулевич, А. Б. Депрессии в клинической практике врачей общемедицинских специальностей [Электронный ресурс] / А. Б. Смулевич // РМЖ. — 2011. — № 9. — Режим доступа : http://www.rmj.ru/articles_7662.htm.

18. Чабан, О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии [Электронный ресурс] / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // Нейро News. — 2011. — № 5 (32). — Режим доступа : http://www.neuro.health-ua.com/article/509.html.

19. Шестакова, М. В. Суїцидальна поведінка при депресіях у хворих похилого віку (клініко-психопатологічна характеристика та система профілактики) [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Марина Володимирівна Шестакова. — Х., 2010. — 20 с.

20. Юр'єва, Л. М. Доказова медицина в сучасній тактиці профілактики суїцидів [Текст] / Л. М. Юр´єва, Ю. М. Шевченко // Таврический журнал психиатрии. — 2011. — Т. 15. — № 2 (52). — С. 54.

21. Altamure, A. C. Long-term management of bipolar disorders: combination of mood stabilizers and atypical antipsychotics [Text] / A. C. Altamure. — Prague : WPA International Congress, 2012. — Vol. 108, suppl. 1. — P. 108.

22. Chang, H. Ведение пациентов с биполярной депрессией [Электронный ресурс] / H. Chang // Нейро News. — 2012. — № 3 (38). — Режим доступа : http://www.neuronews.com.ua/article/629.html.

23. Fossati, P. Functional brain imaging of unipolar and bipolar depression: differences and similarities [Text] s : abstract / P. Fossati // 12th international review of Bipolar Disorder. — Nice, France, 2012. — P. 30.

24. Frye, M. Биполярное расстройство — акцент на депрессии [Электронный ресурс] / M. Frye // Нейро News. — 2012. — № 2 (37). — Режим доступа : http://www.neuronews.com.ua/article/579.html.

25. Goodwin, G. M. Особенности терапии биполярных расстройств [Электронный ресурс] / G. M. Goodwin // Нейро News. — 2010. — № 4 (23). — Режим доступа : http://www.neuronews.com.ua/article/324.html.

26. Хайл-Эверс, А. Базисное руководство по психотерапии [Текст] / А. Хайл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отт. — СПб.: «Восточно-Европейский Институт Психоанализа»; «Речь», 2001. — 784 с.

27. Hirschowitz, J. Современные достижения медикаментозной терапии биполярного расстройства [Электронный ресурс] / J. Hirschowitz, A. Kolevzon, A. Garakani // Нейро News. — 2010. — № 8 (27). — Режим доступа : http://www.neuronews.com.ua/article/414.html.

28. Kutcher, S. Suicide Risk Management [Text] / S. Kutcher, S. Chehil. — Halifax : Lundbeck Institute, 2007. — 134 p.

29. Maruta N. A. The neurocognitive dysfunction in adult patients with bipolar disorder I type / Maruta N. A., Verbenko V. A., Verbenko G. N. // Crimea Journal of Experimental and Clinical Medicine. — 2013. — Vol. 3. — № 1—2 (9—10) — P. 21—23.

Надійшла до редакції 16.09.2014 р.

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

ТАХТАШОВА Діна Рашидовна, позаштатний співробітник відділу неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України»; завідуюча психіатричним відділенням № 5 Комунальної лікувально-профілактичної установи «Обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Донецьк; e-mail: donokpb55@mail.ru

MARUTA Nataliia Oleksandrivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

PANKO Tamara Vasylivna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

TAKHTASHOVA Dina Rashydovna, Out-Staff Collaborator of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI; Head of the Department of Psychiatry No. 5 of the Communal Institution for Treatment and Prevention "Regional Clinical Psychiatric Hospital", Donets'k; e-mail: donokpb55@mail.ru