

УДК [616.89-008.454:616-006-052]-036-08-084

С. В. Ісаєнко
**МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ
 З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

С. В. Ісаєнко
**Механизмы формирования суицидального поведения у онкологических больных
 с депрессивными расстройствами**

S. V. Isaienko
Mechanisms for the formation of suicidal behavior in oncology patients with depressive disorders

З метою вивчення особливостей депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих було проведено комплексне обстеження 154 онкологічно хворих з депресивними розладами.

Встановлено, що у формуванні суїцидальної поведінки онкологічно хворих провідну роль відіграють високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, онкологічно хворі, депресивна реакція, депресивний епізод, органічний депресивний розлад

С целью изучения особенностей депрессивных расстройств и суицидального поведения у онкологических больных было проведено комплексное обследование 154 онкологических больных с депрессивными расстройствами.

Установлено, что в формировании суицидального поведения онкологических больных ведущую роль играют высокие показатели по клиническим шкалам тревоги и депрессии, высокий уровень суицидального риска и низкий уровень самосознания смерти.

Ключевые слова: суицидальное поведение, онкологические больные, депрессивная реакция, депрессивный эпизод, органическое депрессивное расстройство

In order to study the features of depressive disorders and suicidal behavior in oncology patients, a comprehensive survey of 154 oncology patients with depressive disorders was conducted.

It was established that in the formation of suicidal behavior of oncology patients, the leading role is played by high indicators on the clinical scale of anxiety and depression, the high level of suicidal risk and low level of self-awareness of death.

Keywords: suicidal behavior, cancer patients, depressive reaction, depressive episode, organic depressive disorder

Питання онкологічних захворювань у світі визнає на останніх сесіях ВООЗ пріоритетним у медицині. Наведений прогноз на 2020 рік пророкує зростання

кількості онкологічних хворих до 20 млн щорічних випадків. Захворюваність на злоякісні пухлини в Україні з кожним роком зростає [2—4].

Дані багатьох досліджень дозволяють розглядати депресивні розлади як один з важливих факторів

погіршення прогнозу онкологічного захворювання і підвищення смертності хворих на рак на 25 %. Крім того, деякі дослідження переконливо показують, що тривалість життя пацієнтів із злоякісними новоутвореннями різко скорочується при наявності симптомів депресії. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії [1, 5—7].

Вищевикладене зумовило актуальність і необхідність проведення цього дослідження.

Мета дослідження: вивчення механізмів формування та перебігу депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих.

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології нами було проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 154 хворих обох статей (78 жінок та 76 чоловіків), у віці 25—55 років (середній вік — $43,0 \pm 2,0$ роки) з онкологічною патологією I та II стадії позамозкової локалізації, у яких було діагностовано депресивні розлади: розлади адаптації у вигляді депресивної реакції (F43.21, F43.22) — 48,4 %; помірного та важкого депресивного епізоду (F32.1, F32.2) — 38,2 %, органічного депресивного розладу (F06.32) — 13,4 %.

Основну групу склали 103 хворих з ознаками суїцидальної поведінки (56 жінок та 47 чоловіків), контрольну — 51 хворий без ознак суїцидальної поведінки (26 жінок та 25 чоловіків).

Усі обстежувані хворі (100 %) наголошували психотравматичність факту діагностування у них злоякісного новоутворення, вони відчували почуття небезпеки (69,3 %); тривогу (78,2 %) аж до паніки (45,8 %); депресію (72,9 %); страх смерті (66,8 %); безнадію (39,2 %) та апатію (38,2 %); відчай (35,6 %); втрату сенсу життя (35,2 %), відчуття гідності (29,8 %) та контролю над ситуацією (48,6 %); вони становилися замкнутими (44,6 %).

Дані клініко-психопатологічного дослідження дозволили виокремити такі особливості психічних розладів у обстежуваних хворих: пригніченість настрою й афект туги (нудьга, зневіра, смуток, сум), астеничний симптомокомплекс, внутрішнє напруження із неможливістю розслабитися, невмотивоване занепокоєння, тривога, схильність до бурхливих афективних реакцій зі сльозами, що часто переходять у ридання, різного роду страхи і нав'язливі спогади стресової ситуації, втрата інтересу до колишніх занять, ідеї самозвинувачення і самознищення, транзиторне зниження пам'яті. У низці випадків спостерігалася повна дисоціативна амнезія психотравмуючої ситуації, у 76,5 % обстежуваних виявлено різні розлади сну, у 79,5 % — вегетативна лабільність.

На ґрунті даних клініко-психопатологічного дослідження, залежно від кількості присутніх у клінічній картині психопатологічних симптомів і ступеня їхньої виразності, з урахуванням додаткового аналізу ступеня важкості депресивної і тривожної симптоматики за шкалами Гамільтона, Монтгомері — Асберга і лікарняною шкалою тривоги і депресії було виокремлено такі варіанти психопатологічної симптоматики: тривожний — у 44,2 % обстежених, астено-тривожний (38,9 %), астеничний (9,7 %), і тривожно-тужливий — у 7,3 % обстежених.

Під час аналізу клінічної симптоматики виявлені деякі гендерні відмінності: у жінок порівняно з чоловіками депресивні епізоди характеризувалися більшою вираженістю туги та іпохондричних проявів, частіше, ніж у чоловіків, виявлялися тенденції до вегетативних кризів,

тахікардії, аритмії. У чоловіків в клінічній структурі домінували тривожні прояви та дратівливість.

Вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів основної групи показало, що 31,1 % хворих с депресивною реакцією, 32,1 % хворих с депресивним епізодом, 28,9 % з органічним депресивним розладом здійснювали суїцидальні спроби; у 42,3 %, 48,5 % та 44,2 % хворих, відповідно, реєструвалися суїцидальні рішення та наміри; у 26,6 % хворих с депресивною реакцією, 19,4 % хворих с депресивним епізодом, 26,9 % з органічним депресивним розладом виявлено пасивні та активні суїцидальні думки, фантазування та переживання.

Згідно з даними клініко-психопатологічного дослідження, для осіб молодого віку, що скоїли суїцидальну спробу, найбільш типовими є такі особистісні риси: низька комунікативність, замкнутість, тривожна мстивість, яскраво виражене почуття провини, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, неврівноваженість, підвищена чутливість, вразливість, домагання особливої уваги, визнання.

Під час дослідження вираженості суїцидального ризику встановлено, що у хворих основної групи цей показник вірогідно перевищував такий в контролі ($42,7 \pm 2,7$ бали та $20,4 \pm 3,4$ бали). Водночас показник рівня самосвідомості смерті в основній групі склав $17,6 \pm 3,2$ бали, а в контрольній — $28,4 \pm 1,3$ бали). Отже, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті у онкохворих з депресивними розладами є передумовою формування суїцидальної поведінки.

Аналіз самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів за Г. Я. Пилягіною показав, що для обстежених основної групи характерні високі рівні за шкалами аутоагресії та агресії, внутрішнього напруження, імпульсивності, звуження когнітивних функцій, при яких знижується критика до здійснюваних аутоагресивних вчинків, проблем міжособистісних комунікацій, афективних та вегетативних порушень, обстежені групи контролю демонстрували піки за шкалами афективних порушень.

Отже, як показали результати дослідження, маркерами суїцидального ризику в онкологічно хворих з депресивними розладами є високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самоусвідомлення смерті, клінічні прояви тривоги і депресії за госпітальною шкалою, важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері — Асберга. При цьому індикаторами суїцидальної поведінки є низька комунікативність, замкнутість, тривожна мстивість, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, неврівноваженість, підвищена чутливість, вразливість, відчуття ізоляції, відсутності соціальної підтримки.

На ґрунті отриманих у процесі роботи даних було розроблено та апробовано програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами.

Список літератури

1. 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. 64 с.
2. Маркова, М. В., Піонтовська О. В., Кужель І. Р. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, № 4 (73). С. 86—91.
3. Мухаровська, І. Р. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування // Там само. 2016. Т. 24, № 4 (89). С. 69—71.

4. Савин, А. И., Володин Б. Ю. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) // Наука молодых — Eruditio Juvenium. 2015. № 3. С. 82—86.

5. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers / K. Z. Bambaauer, B. Zhang, P. K. Maciejewski [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006. Vol. 41, Issue 10. P. 819—824. doi: 10.1007/s00127-006-0103-x.

6. Maruta, N., Yatsyna A., Cherednyakova O. Gender specificity of clinical manifestations of depressive disorders in male patients // XVI World Congress of Psychiatry. Madrid, 2014. Vol. 4. P. 51.

7. The Andersen Model of Total Patient Delay: A Systematic Review of Its Application in Cancer Diagnosis / [F. Walter, A. Webster,

S. Scott, J. Emery] // Journal of Health Services Research & Policy. 2012. Vol. 17, Issue 2. P. 110—118. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010113.

Надійшла до редакції 10.10.2017 р.

ІСАЄНКО Світлана Володимирівна, лікар-психіатр Комунального закладу охорони здоров'я Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, м. Харків, Україна

ISAIENKO Svitlana, Physician-psychiatrist of Public Health Institution of Health Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3, Kharkiv, Ukraine