

О. П. Романів, К. М. Погоріляк

СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК У ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ РОЗЛАДОМ ПЕРШОГО ТИПУ
У ПЕРІОД АКТИВНОГО ТА ПІДТРИМУВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Ужгородський національний університет

oleks.romaniv@gmail.com

Актуальність. Біполярний розлад – значно поширене, гіподіагностоване та часто недоліковане захворювання. Обізнаність в діагностиці та коректному лікуванні біполярного розладу є особливо важливою, адже даний розлад несе виключно високий ризик тяжкого ускладнення, а саме суїцидальної поведінки.

Мета – визначити ризик здійснення суїциду у пацієнтів з біполярним розладом першого типу в період активного та підтримувального лікування.

Матеріали та методи. Пацієнти, які були включені в дослідження, перебували в період гострого порушення розладів настрою та отримували лікування фармакотерапією та психотерапією, специфічними для біполярного розладу. Дані про попередні спроби самогубства отримані ретроспективно з інтерв'ю за Колумбійською шкалою оцінки тяжкості суїциду. Дані про спроби самогубства під час дослідження систематично збирали впродовж всього періоду його тривалості.

Результати. У ході дослідження аутоагресивна активність з високим ризиком смерті була виявлена у 25 % пацієнтів (одна або декілька спроб на особу), думки про можливе самогубство без конкретних намірів та спроб – у 18,75 % пацієнтів. Ці дані дозволяють стверджувати, що в більшості випадків така поведінка є передбачуваною. Є також неодноразові свідчення, опубліковані у багатьох наукових дослідженнях, які також підтверджують, що тривале перманентне та коректне лікування біполярного розладу та адекватна психосоціальна підтримка суттєво знижують ризик виникнення та реалізації аутоагресивних тенденцій.

Висновки. Програма лікування в максимально підтримувальному клінічному середовищі може суттєво зменшити суїцидальну поведінку із високим ризиком смерті у пацієнтів з біполярним розладом першого типу.

Ключові слова:

біполярний афективний розлад, суїцид, ризик, лікування, профілактика, гоміцид.

Актуальність. Біполярний афективний розлад (БАР) – поширене психічне захворювання, яке включає гетерогенну групу розладів, представлену циклічним порушенням настрою, когнітивних функцій та поведінки. Характеризується хронічним рецидивуючим перебігом і наявністю коморбідних розладів, часто супроводжується суїцидами, зниженням тривалості життя, погіршенням соціального функціонування та якості життя пацієнтів. Епідеміологію розладу було визначено в результаті досліджень, що включали 61 392 особи з країн Північної та Південної Америки, Європи, Азії. Результати показують, що прижиттєва та річна поширеність БАР I становить 0,6 і 0,4 %, БАР II – 0,4–0,3 %, підпорогового БАР – 1,4–0,8 % відповідно. Біполярний розлад є доволі поширеним захворюванням, яке досить складно діагностувати. Раніше існувала тенденція до переоцінки значення віку маніфестації БАР, тобто більшість підлітків з розладами афективної сфери розцінювали як таких, що страждають на розлади особистості, поведінки, шизофренію. Деякі пацієнти хворіють 10 або більше років, перш ніж їм встановлюють вірний діагноз. Причиною цього є по-

двійна природа розладів. В епізодах манії або гіпоманії пацієнти повні енергії і зазвичай почуваються добре, тому рідко звертаються за медичною допомогою, однак у разі виникнення депресивного епізоду звертаються частіше. У цей період пацієнти описують тільки депресивні симптоми. У 35–60 % випадків першим маніфестує депресивний епізод, пацієнти можуть мати кілька таких епізодів до першого маніакального, причому багато з них не повідомляють про пережиті епізоди манії / гіпоманії. Тому близько 73 % хворих спочатку встановлюють неправильний діагноз (зазвичай діагностують депресію).

Своєчасне діагностування та коректна терапія біполярних розладів особливо важлива. Переживання цього розладу несе виключно високий ризик тяжкого ускладнення, такого як аутоагресивна поведінка. У загальній популяції немає осіб з вищим ризиком захворюваності та смертності пов'язаної, з суїцидами, ніж у пацієнтів, які страждають від біполярного розладу. Тоді як показник поширеності спроб самогубства в загальній популяції становить від 3 до 5 % (Вайсман та ін., 1999), у осіб з уніполярними депресивними розладами – від 9 до 30 %, то

відсоток осіб з біполярними депресивними розладами, які мають у минулому одну спробу самогубства, складає до 61 % (Гудвін і Джемісон, 1990). У ході мета-аналізу 15 досліджень було виявлено поширеність суїцидальних спроб серед пацієнтів з БАР I – 36,6 %, БАР II – 32,4 % (Новік та ін., 2010). У системному огляді посиленних програм лікування БАР (STEP-BD), які включали 4 360 пацієнтів, рівень завершених суїцидів склав 0,0014 на 100 людино-років (Деннегі та ін., 2011). У масштабному когортному дослідженні було виявлено, що серед чоловіків з БАР ризик суїцидів був найвищим (7,8 %), порівняно з іншими психіатричними станами, а серед жінок цей показник займав друге місце (4,8 %), незначно поступаючи шизофренії (Нордентофт та ін., 2011).

Такі показники серйозно впливають на популяцію в цілому, а також призводять до серйозних економічних наслідків. Так, здійснення суїцидальної спроби у поточному році подвоює витрати на пацієнта, порівняно з попереднім роком. Прогресивний, епізодичний і хронічний характер біполярної депресії становить унікальну проблему і диктує потребу в постійному фокусуванні на суїцидальній поведінці, не тільки під час гострих депресивних епізодів манії, але й під час превентивного та підтримувального клінічного обслуговування у фазі ремісії.

Запобігання суїцидальній поведінці серед психіатричних пацієнтів не тільки великий виклик для психіатрів, а й один із найнадійніших індикаторів ефективності роботи психіатричної служби. Враховуючи вивченість та відомість клінічних факторів суїцидального ризику в пацієнтів з біполярними розладами (особиста та сімейна історія суїцидальної поведінки, змішані епізоди, супутні розлади осей I і II, біполярний розлад II типу, несприятливі життєві події, недостатність соціальної та медичної підтримки), у більшості випадків суїцидальна поведінка є передбачуваною. Є також свідчення того, що тривале лікування пацієнтів з біполярними розладами стабілізаторами настрою та антипсихотиками нового покоління істотно знижує ризик виникнення суїцидальних намірів, спроб та завершених суїцидів, навіть у групі населення з високим ризиком скоєння суїциду.

До факторів, які значно підвищують суїцидальний ризик у хворих як з БАР I, так і з БАР II, найчастіше відносять наступні:

- наявність суїцидальних спроб в анамнезі;
- ранній початок захворювання (до 25 років);
- актуальна депресія (особливо тривожна і затяжна) або змішаний стан;
- остання попередня фаза – тяжка депресія;
- адиктивна поведінка;
- різка відміна або перерва в терапії;
- неефективність проведеної нормотимічної або антидепресивної терапії;
- низький рівень психоосвіти;
- спосіб життя зі схильністю до ризикованої поведінки та вчинення екстремальних дій.

Рідше вказуються й інші фактори, в тому числі несподівана втрата соціальної підтримки, наявність суїцидального досвіду у родичів, застосування фізичних заходів виховання або сексуальні домагання в сім'ї, особистісна патологія, коморбідні соматичні розлади тощо. Все це важливо враховувати для своєчасного виявлення таких

хворих, вжиття належних заходів і швидкого призначення адекватної терапії.

Об'єднані дані з натуралістичних досліджень показали ефективність підтримувального медикаментозного лікування у запобіганні самогубств. Після припинення лікування ризик самогубства для людини з БАР збільшується в 16 разів. Проте деякі з досліджень вказують на значне зниження ризику суїциду тільки коли медикаментозну терапію проводили спільно з підтримувальною. Без психологічної програми лікування психофармакологія не забезпечить протекцію від самогубства. За нашими спостереженнями, на даний час майже немає даних про вплив на суїцидальну поведінку комплексних психофармакологічних та психосоціальних методик лікування, які спеціально спрямовані на терапію БАР або підпорогових цього розладу станів у гострому періоді поточного епізоду та в період ремісії. У другій половині XX століття психосоціальні методи лікування, як правило, вважали зайвими в лікуванні пацієнтів з БАР, більше того, за аналогією з чітким розумінням шкоди будь-якого психотерапевтичного втручання при психотичному рівні розладу, що часто буває як при маніакальному, так і при депресивному епізодах, такі методи вважали неприпустимими. Дослідники проаналізували ефективність цих заходів для зменшення кількості синдромальних рецидивів і для поліпшення психосоціального функціонування. Ці психосоціальні втручання можуть побічно зменшити ризик самогубства, що і зумовлює необхідність подальшого наполегливого спостереження та вивчення.

Мета дослідження – оцінити рівень ризику виникнення аутоагресивної поведінки в період загострень, представлених маніакальними, депресивними та змішаними епізодами, а також у період стабілізації стану, стійкої та нестійкої ремісії. В дослідженні проводили спостереження за пацієнтами, що приймали медикаментозну терапію згідно з стандартами лікування, а також отримували психосоціальну підтримку. В даному дослідженні не висвітлено особливостей перебігу вказаного захворювання в усіх його проявах, а зосереджено увагу саме на дослідженні аутоагресивних тенденцій. Також метою було висвітлення окремого аспекта суїцидології, а саме – феномену аутоагресивної, ризикованої поведінки з можливими смертельними наслідками в період епізоду манії.

Матеріали та методи дослідження

Дослідну групу склали 34 пацієнти, які перебували на активному та підтримувальному лікуванні з діагнозом БАР I в період з вересня 2015 р по вересень 2016 р. Критерії включення – повнолітні дієздатні пацієнти віком від 18 до 74 років з біполярним розладом I типу, діагностованим за критеріями Діагностичного і статистичного посібника з психічних захворювань, четверта редакція, перероблена [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, Text Revision, DSM-IV-TR] і підтверджений оцінкою за Коротким міжнародним нейропсихіатричним опитувальником [Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI], які отримували терапію БАР згідно з діючими протоколами лікування. Також для підтвердження діагнозу та моніторингу за станом пацієнта впродовж всього дослідження проводили оцінку пацієнтів за шкалами:

- Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety;
- MADRS Structured Interview;
- Columbia Suicide Severity Rating Scale;
- Young Mania Rating Scale.

Критеріями виключення були діагноз шизофренії, антисоціальний розлад особистості, поточне зловживання алкоголем або наркотиками і вагітність. Усі опитані були обстежені та консультовані психіатром.

Суб'єкти отримували терапію БАР I згідно зі стандартними протоколами лікування, тобто поєднання психофармакотерапії і психосоціальної інтервенції. Фармакотерапія полягала в поєднанні атипичних антипсихотиків останньої генерації зі стабілізаторами настрою. Кінцевою метою алгоритму психофармакологічного лікування було виведення максимальної кількості пацієнтів у фазу підтримувального лікування та спостереження за суїцидальними тенденціями в цій фазі, порівняння з такими в період до проведення дослідження, а також в період активного лікування гострої фази. Крім медикаментозної терапії були задіяні неспецифічні психосоціальні заходи підтримки, а саме: елементи когнітивно-поведінкової терапії, психоосвітня робота з пацієнтом та його сім'єю. Суб'єкти спостерігались від двох–чотирьох тижнів у стаціонарі психіатричного відділення під час гострої фази; два рази на тиждень до стабілізації стану; один раз на місяць у період стабільного стану (ремісії) для проведення перманентного підтримувального лікування.

Результати та їх обговорення

У дослідженні брали участь 34 особи з біполярним розладом в маніакальному, депресивному, змішаному епізодах, а також у період ремісії. 2 пацієнти за власним бажанням припинили участь у дослідженні. Середній вік обстежених становив 31,5 років; 62,5 % пацієнтів були одружені; 68,25 % – чоловіки, 31,25 % – жінки. Під час гострої фази лікування пацієнти були переважно в епізоді депресії – 56,25 %, манії – 31,25 % і – змішаному, або БАР I типу з швидкою циклічністю – 12,50 % епізодів.

Період для розрахунку – починаючи з дати маніфестації захворювання до часу, коли пацієнти стали учасниками дослідження. Отже, за цей період відбулося 19 спроб з високим ризиком смерті у 14 суб'єктів (43,75 %), а також у 12 пацієнтів (37,5 %) спостерігали аутоагресивні тенденції без конкретних намірів та спроб. З цих 19 спроб дві відбулися в осіб, які на час здійснення спроби приймали тимолептики, дві – в осіб, які приймали антидепресанти, одна – в особи, яка приймала нейролептики і 14 – в осіб, які не приймали жодних препаратів для лікування розладів настрою у момент спроби. Жоден з пацієнтів, які здійснили спробу самогубства або проявляли іншу аутоагресивну активність, не отримували постійно повноцінного лікування.

Під час дослідження було встановлено аутоагресивну активність з високим ризиком смерті в 25 % пацієнтів (одна або декілька спроб в одній особі), а також були виявлені думки про можливе припинення життя без конкретних намірів та спроб у 18,75 % пацієнтів.

Одна особа піддалась високому ризику смерті через аутоагресію під час підтримувальної терапії в період ремісії, а саме через місяць стабільного стану після перенесеного маніакального епізоду, 7 пацієнтів – під час

гострої фази лікування, з них 4 – в епізоді депресії, 1 – в змішаному епізоді, 2 – в епізоді манії. Особливо слід зазначити, що аутоагресивна активність з високим ризиком смерті реалізувалась під час манії через непрямі спроби, а саме шляхом провокування гоміциду.

Аутоагресивні тенденції без конкретних намірів та спроб розподілились таким чином: 1 спроба в епізоді депресії, 1 спроба в особи з швидкою циклічністю епізодів, 4 спроби в осіб в період манії, серед них одна спроба демонстративно-шантажного типу, 3 інші – шляхом аутоагресивної, ризикованої поведінки, а також провокації до гоміциду. В трьох осіб суїцидальні думки виникали під час гострої фази захворювання, в трьох інших – в період підтримувального лікування, під час перебування в ремісії. (рис. 1)

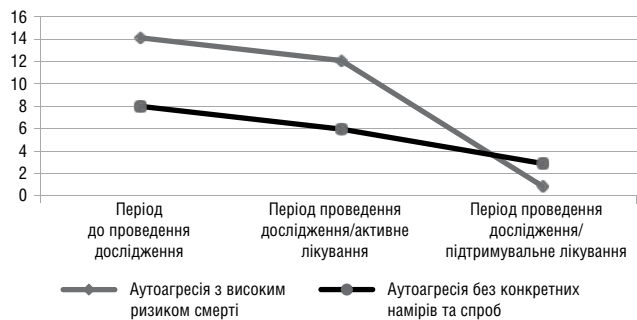


Рис. 1. Аутоагресивні тенденції у осіб з біполярним афективним розладом протягом життя

Спроба точно вивчити вплив активного та підтримувального лікування у пацієнтів з БАР I типу у проведенні нами дослідженні обмежена кількома способами. По-перше, ми визнаємо, що критерії включення і виключення з дослідження можуть мати зміщення у відборі на користь пацієнтів з вищим соціальним статусом, рівнем освіти та рівнем психосоціальної підтримки оточуючими особами, що, звичайно знижує ризик виникнення аутоагресивної поведінки в усіх її проявах. По-друге, сам факт проведення клінічного дослідження, його процедури, етапи, мета є для пацієнта психологічним фактором, що сприяє зниженню суїцидальної налаштованості. Учасниками дослідження стали особи з БАР I типу, різного віку, з різною тяжкістю та циклічністю перебігу захворювання та різним досвідом лікування чи його відсутністю, але для більш показової результативності роботи ми відібрали осіб, у яких в анамнезі були думки, наміри та спроби суїцидального характеру. Тому кількість спроб самогубства до початку дослідження не представляє рівень суїцидальних тенденцій у загальній популяції. В дослідженні показана саме динаміка таких тенденцій у схильних до аутоагресивної активності осіб під впливом проведеного нами перманентного активного та підтримувального лікування в поєднанні з психосоціальними інтервенціями.

Ми простежили послідовне зниження рівня аутоагресивних тенденцій у період проведення дослідження у пацієнтів з БАР I типу, пов'язане з поєднанням фармакотерапії і добре структурованого психосоціального підходу, розробленого спеціально для людей з біполярним розладом. Це зниження є більш вираженим під час підтримувального лікування, ніж під час активного лікування в період гострої фази, що є доказом важливості

інтенсивного клінічного ведення пацієнта, яке включає і фармакотерапію, психосоціальні інтервенції.

Дизайн дослідження є унікальним в тому, що пацієнтів обстежували мінімум раз на місяць. Здійснювали контроль за дотриманням лікування, тобто простежували випадки, якщо пацієнт пропускав виконання призначень або відмовлявся від них зовсім. Також відстежували рівень психосоціальної підтримки, що представлений психоосвітою пацієнта, його сім'ї та проведених психотерапевтичних інтервенцій. Важливу роль зіграла можливість екстреного звернення до співробітників клініки в разі такої необхідності.

Підсумувавши, ми можемо запропонувати так звану «мережу безпеки», яка включає такі ланки, як параметри дослідження, які нами були використані в даному клінічному дослідженні, а саме:

Першу лінію оборони забезпечує структурований клінічний підхід до спостереження за такими пацієнтами «згідно з календарем». Для пацієнтів у депресії, при змішаних станах та у фазі ремісії необхідність відвідати клініку для проведення консультації, певних процедур є стимулом до соціальної активності та необхідним для них обмеженням для рефлексії. Для осіб у маніакальному і, здебільшого, гіпоманіакальному стані такі обставини є важливим стимулом до певного обмеження в ризикованій для життя поведінці, а також необхідний їм тонус в критичній оцінці власних дій, стану та наявності в них проблем психічного здоров'я. На цьому рівні не можна недооцінювати важливість високого рівня комплаєнтних стосунків лікаря з пацієнтом.

Друга лінія оборони нерозривно пов'язана з першою і представлена якісною психофармакологічною та психосоціальною інтервенцією, включеною в вищеописаний структурований клінічний підхід до спостереження за пацієнтом.

Третя лінія оборони – наявність спеціалізованої аварійної служби для екстреної психолого-психіатричної, соціальної, сервісної та реанімаційної допомоги, що буде мати серйозну роль у профілактиці самогубств.

Висновки

Високий рівень аутоагресивних тенденцій, який не може залишитись поза увагою, представлений суїцидальною, ризикованою поведінкою, провокаціями до гоміциду серед пацієнтів в епізодах манії, гіпоманіакальних станах, а також наявних коморбідних розладів особи та поведінки.

Лікування пацієнтів з БАР I типу та зниження суїцидального ризику у таких хворих максимально результативне в сприятливій, професійно структурованій системі терапевтичного середовища. Створення такого середовища може базуватись на етапах та процедурах, що використовувались нами в проведеному клінічному дослідженні.

Список використаної літератури

1. Psychosocial treatment for bipolar disorder / W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, F. C. Vajk [et al.] // A Guide to Treatments That Work; Eds. P. E. Nathan and J. M. Gorman. – 2002. – New York: Oxford University Press. – Vol. 2. – P. 263–275.
2. Джекобсон Д. Л. Секреты психиатрии / Д. Л. Джекобсон, А. М. Джекобсон; пер. с англ.; под общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 2-е изд. – 576 с.
3. Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder / E. Frank, H. A. Swartz, D. J. Kupfer // Biol. Psychiatry. – 2000. – Vol. 48, issue 6. – P. 593–604.

4. Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy / P. Rucci, E. Frank, B. Kostelnik [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159, issue 7. – P. 1160–1164. DOI:10.1176/appi.ajp.159.7.1160.
5. The Increasing Frequency of Mania and Bipolar Disorder. Causes and Potential Negative Impacts / S. H. Yutzy, C. R. Woofter, C. C. Abbott [et al.] // J. Nerv. Ment. Dis. – 2012. – Vol. 200, issue 5. – P. 380–387. DOI:10.1097/NMD.0b013e3182531f17.
6. Jamison K. Suicide and bipolar disorder / K. Jamison // J. Clin. Psychiatry. – 2000. – Vol. 61, suppl. 9. – P. 47–51.
7. Романів О. П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О. П. Романів, О. О. Хаустова // Ліки України. – 2013. – № 1 (167). – С. 89–94.
8. Хаустова Е. А. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, А. П. Романів // Нейро News. – 2012. – № 1 (36). – С. 38–42.
9. Лайнен М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства / М. М. Лайнен. – М.: Издательский дом «Вильямс». – 2008. – 592 с.
10. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под ред. С. Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
11. Oquendo M. A. Identifying and managing suicide risk in bipolar patients / M. A. Oquendo, J. J. Mann // J. Clin. Psychiatry. – 2001. – Vol. 62, suppl. 25. – P. 31–34.
12. Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders / Z. Rihmer // Clinical Neuropsychiatry. – 2005. – Vol. 2. – P. 48–54.
13. Романів О. П. Модель корекції саморуйнівної поведінки на основі вивчення схильності до аутоагресії / О. П. Романів // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 3 (78). – С. 84–88.
14. Романів О. П. Особливості аутоагресії у пацієнтів з інфарктом міокарду та осіб з незавершеним суїцидом // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Т. 17, № 2 (63). – С. 68.
15. Шацберг А. Ф. Руководство по клинической психофармакологии / А. Ф. Шацберг, Д. О. Коул, Ч. ДеБаттиста. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 608 с.
16. Tondo L. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis / L. Tondo, J. Hennen, R. J. Baldessarini // Acta Psychiatr. Scand. – 2001. – Vol. 104, issue 3. – P. 163–172.
17. European mania in bipolar longitudinal evaluation of medication (EMBLEM) study: Pan-European baseline results of a two year European, observational health outcomes study in bipolar disorder / C. Touloumis, V. Drossinos, M. Kyranas, D. Massaras // Annals of General Psychiatry. – 2006. – Vol. 5, suppl. 1. – P. S197. DOI:10.1186/1744-859X-5-S1-S197.
18. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: монография / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.

References

1. Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., Vajk, F. C., & Frank, E. (2002). Psychosocial treatments for bipolar disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (2nd ed.) (pp. 263–275). New York: Oxford University Press.
2. Jacobson, J. L., & Jacobson, A. M. (2007). *Sekrety psikiatrii* [Psychiatric secrets] (2nd ed.). (P. I. Sidorov (Ed.), Trans.). Moscow: "MEDpress inform" Publ., 576 p. (In Russian).
3. Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, vol. 48, issue 6 pp. 593–604.
4. Rucci, P., Frank, E., Kostelnik, B., Fagiolini, A., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., ... Kupfer, D. J. (2002). Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *Am. J. Psychiatry*, vol. 159, issue 7, pp. 1160–1164. DOI:10.1176/appi.ajp.159.7.1160.
5. Yutzy, S. H., Woofter, C. R., Abbott, C. C., Melhem, I. M., Parish, B. S. (2012). The Increasing Frequency of Mania and Bipolar Disorder. Causes and Potential Negative Impacts. *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 200, issue 5, pp. 380–387. DOI:10.1097/NMD.0b013e3182531f17.
6. Jamison, K. (2000). Suicide and bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 61, suppl. 9, pp. 47–51.
7. Романів, О. П., & Хаустова, О. О. (2013). Суїцид: сучасні підходи до профілактики [Suicide: Modern Approaches to Prevention]. *Ліки України – Medication of Ukraine*, no. 1 (167), pp. 89–94. (In Ukrainian).
8. Хаустова, О. О., Безшейко, В. Г., & Романів, О. П. (2012). Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии [Modern aspects of diagnosis and treatment of bipolar depression]. *NeuroNews – NeuroNews*, no. 1 (36), pp. 38–42. (In Russian).
9. Linehan, M. M. (2008). *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства* [Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder]. (Trans.). Moscow: Williams Publ., 592 p. (In Russian).
10. Mosolov, S. M. (2008). *Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение* [Bipolar affective disorder: diagnosis and treatment]. Moscow: «MEDpress inform» Publ., 384 p. (In Russian).
11. Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2001). Identifying and managing suicide risk in bipolar patients. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 62, suppl. 25, pp. 31–34.
12. Rihmer, Z. (2005). Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, vol. 2 pp. 48–54.

13. Romaniv, O. P. (2014). Model korektsii samoruivnoi povedinky na osnovi vvychnennia skhylnosti do autoahresii [Correction model of self-destructive behavior by studying the tendency to self-aggression]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 20, no. 3 (78), pp. 84-88. (In Ukrainian).
14. Romaniv, O. P. (2013). Osoblyvosti autoahresii u patsientiv z infarktom miokardu ta osib z nezavershenym suitsydom [Features of autoaggression in patients with myocardial infarction and persons with incomplete suicide]. *Tavrisheskij zhurnal psykhiatrii – Taurian Journal of Psychiatry*, vol. 17, issue 2 (63), pp. 68. (In Ukrainian).
15. Schatzberg, A. F., Cole, J. O., & DeBattista, C. (2014). *Rukovodstvo po klinicheskoi psikhofarmakologii* [Manual of Clinical Psychopharmacology]. (Trans.). Moscow: «MEDpress inform» Publ., 608 p. (In Russian).
16. Tondo, L., Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2001). Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 104, issue 3, pp. 163-172.
17. Touloumis, C., Drossinos, V., Kyra, M., & Massaras, D. (2006). European mania in bipolar longitudinal evaluation of medication (EMBLEM) study: Pan-European baseline results of a two year European, observational health outcomes study in bipolar disorder. *Annals of General Psychiatry*, vol. 5, suppl. 1, pp. S197. DOI:10.1186/1744-859X-5-S1-S197.
18. Yurieva, L. M. (2006). *Klinicheskaja suidologija* [Clinical Suicidology]. Dnipropetrovsk: Porohy, 472 p.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПЕРВОГО ТИПА В ПЕРИОД АКТИВНОГО И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ

А. П. Романив, К. М. Погоріляк

Актуальность. Биполярное расстройство – широко распространенное, гиподиагностированное и часто недолеченное заболевание. Информированность в диагностике и корректном лечении биполярного расстройства особенно важна, поскольку без таковой данное расстройство имеет исключительно высокий риск тяжелого осложнения, а именно суицидального поведения.

Цель – определить риск совершения суицида у пациентов с биполярным расстройством первого типа в период активного и поддерживающего лечения.

Материалы и методы. Пациенты, включенные в исследование, находились в обострении нарушения настроения, лечились фармакотерапией и психотерапией, специфическими для биполярного расстройства. Данные о предыдущих попытках суицида были получены ретроспективно из интервью по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида. Данные о попытках самоубийства во время клинического испытания были систематически собраны на протяжении всего протокола.

Результаты. Во время исследования аутоагрессивная активность с высоким риском смерти была обнаружена у 25 % пациентов (одна или несколько попыток на человека) и мысли о возможном самоубийстве без особых намерений и попыток у 18,75 % пациентов. Учитывая выявленное наблюдение суицидального риска, в большинстве случаев такое поведение является предсказуемым. Есть также неоднократные свидетельства, опубликованные во многих научных исследованиях, которые также подтверждают, что длительное, перманентное и корректное лечение биполярного расстройства и адекватная психосоциальная поддержка существенно снижают риск возникновения и реализации аутоагрессивных тенденций.

Выводы. Программа лечения в максимально благоприятной клинической среде может значительно снизить суицидальное поведение высокого риска смерти у пациентов с биполярным расстройством первого типа.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, суицид, риск, лечение, профилактика, гомицид.

SUICIDAL RISK IN PATIENTS WITH BIPOLAR I DISORDER DURING THE PERIOD OF ACTIVE AND MAINTAINANCE TREATMENT

O. P. Romaniv, K. M. Pohoriliak

Background. Bipolar disorder is a widespread, undiagnosed and often untreated disease. Awareness in diagnosis and correct treatment of bipolar disorder is particularly important, as without it, experience of this disorder has an extremely high risk of severe complications such as suicidal behavior.

Objective – to determine the risk of suicide in patients with bipolar disorder type I during the period of active and maintenance treatment.

Materials and methods. Patients entered the study during an acute mood episode and were treated with pharmacotherapy and with psychotherapy specific to bipolar disorder. Data on prior suicide attempts were obtained retrospectively from interviews with the Columbia Suicide Severity Rating Scale. Data on suicide attempts during the clinical trial were collected systematically throughout the protocol.

Results. During the study, an auto-aggressive activity with a high risk of death was detected in 25 % of patients (one or more attempts per person) and thoughts about a possible suicide without specific intentions and attempts in 18.75 % of patients. Considering the clinical suicide risk observation, in most cases this behavior is predictable. There are also numerous proofs of many scientific studies that long-term, permanent and correct treatment of bipolar disorder and adequate psychosocial support significantly reduces the risk of the emergence and implementation of auto aggressive tendencies.

Conclusions. A treatment program in a maximally supportive clinical environment can significantly reduce suicidal behavior in high-risk patients with bipolar I disorder.

Keywords: bipolar disorder, suicide, risk, treatment, prophylaxis, homicide.

Стаття надійшла до редакції 10.05.2017 р.

РОМАНІВ Олександр Петрович, к. мед. н., завідувач психіатричним відділенням Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, директор МЦ «Нейромед», асистент кафедри пульмонології, фізіатрії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, м. Ужгород, Україна; e-mail: oleks.romaniv@gmail.com

ПОГОРІЛЯК Катерина Миколаївна, лікар-психіатр МЦ «Нейромед», клінічний ординатор кафедри пульмонології, фізіатрії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, м. Ужгород, Україна; e-mail: pohokate@gmail.com

РОМАНІВ Олександр Петрович, к. мед. н., заведуючий психіатрическим отделением Закарпатского областного наркологического диспансера, директор МЦ «Нейромед», ассистент кафедры пульмонологии, физиатрии и физиотерапии факультета последипломного образования и доуниверситетской подготовки Ужгородского национального университета, г. Ужгород, Украина; e-mail: oleks.romaniv@gmail.com

ПОГОРІЛЯК Катерина Николаевна, врач-психиатр МЦ «Нейромед», клинический ординатор кафедры пульмонологии, физиатрии и физиотерапии факультета последипломного образования и доуниверситетской подготовки Ужгородского национального университета, г. Ужгород, Украина; e-mail: pohokate@gmail.com

ROMANIV Oleksandr Petrovych, MD, PhD, Head of the Psychiatric Department of the Transcarpathian Regional Narcological Dispensary, director of the MC «Neyromed», assistant of the department of pulmonology, phthisiology, physiotherapy of the Faculty of Postgraduate Education and pre-university Preparation of Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: oleks.romaniv@gmail.com

POHORILIAK Kateryna Mykolaivna, Physician psychiatrist of the MC «Neyromed», clinical resident of the department of pulmonology, phthisiology, physiotherapy of the Faculty of Postgraduate Education and pre-university Preparation of Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: pohokate@gmail.com