

С. В. Ісаєнко

**ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ
У ХВОРИХ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Харківський національний медичний університет, м. Харків

isaenko217@gmail.com

Актуальність. Психічна патологія чинить значний несприятливий вплив на клінічний і соціальний прогноз онкологічних захворювань. Тому актуальність проблеми депресій в онкологічній практиці, де їх поширеність коливається від 40 до 60 %, беззаперечна.

Мета – вивчення феноменології суїцидальної поведінки (СП) при депресивних розладах у онкологічних хворих.

Матеріали та методи. Обстежено 154 пацієнти обох статей з онкологічною патологією I та II ступенів, у яких було діагностовано депресивні розлади (F43.21, F43.22, F32.1, F32.2, або F06.32). Основну групу склали 103 пацієнти з ознаками СП, контрольну – 51 пацієнт без ознак СП. Використано наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (HADS, HDRS, MADRS, «Спосіб оцінки самосвідомості смерті»), статистичний.

Результати. Виділено наступні варіанти депресивних розладів: тривожний, астеничний, апато-адинамічний, меланхолійний та дисфоричний. Встановлена частота здійснення суїцидальних спроб, суїцидальних рішень та намірів, пасивних та активних суїцидальних думок, фантазування та переживання залежно від нозології. Суїцидальні думки та фантазування частіше притаманні жінкам; рішення, наміри та спроби – чоловікам.

Висновки. У формуванні СП пацієнтів з онкологічною патологією провідну роль відіграють тривожний та астеничний варіанти депресивних розладів, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез.

Ключові слова:
депресивні розлади,
суїцидальна поведінка,
онкологія, ризик.

Актуальність. Значна поширеність депресивних розладів, їх негативний вплив на працездатність та висока суїцидонебезпечність є однією з найгостріших медико-соціальних проблем [1, 2].

Останнім часом істотно зростає актуальність проблеми депресій в онкологічній практиці, де їх поширеність коливається, за даними різних авторів, від 40 до 60 % [3, 4].

Психічна патологія чинить значний несприятливий вплив на клінічний і соціальний прогноз онкологічних захворювань, включаючи скорочення термінів виживання, редукцію рівня адаптації та зниження рівня якості життя, а також прихильності до патогенетичного лікування. Дані багатьох досліджень дозволяють розглядати депресивні розлади як один із 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 при наявності симптомів депресії різко скорочується. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії [5–9].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета дослідження – вивчення феноменології суїцидальної поведінки при депресивних розладах у онкологічно хворих.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення визначеної мети ми провели комплексне обстеження 154 пацієнтів обох статей з онкологічною патологією I та II ступенів, у яких було діагностовано депресивні розлади: розлади адаптації у вигляді депресивної реакції (F43.21, F43.22) (48,4 %); помірний та тяжкий депресивні епізоди (F32.1, F32.2) (38,2 %), органічний депресивний розлад (F06.32) (13,4 %).

Основну групу склали 103 пацієнти з ознаками суїцидальної поведінки, контрольну – 51 пацієнт без ознак суїцидальної поведінки.

У роботі було використано наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний. Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювали із застосуванням критеріїв МКХ-10.

Психодіагностичний метод включав використання госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988) (HDRS); шкали Монтгомері–Асберг (Montgomery S. A., Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi G. D., 1993) (MADRS); методик «Спосіб визначення суїцидального ризику» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001) та «Спосіб оцінки самосвідомості смерті» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001).

Результати та їх обговорення

У клінічній картині депресивних розладів у обстежених хворих найчастіше спостерігали пригніченість настрою та афект туги, астеничні симптоми, а також різні тривожні прояви. На основі даних клініко-психопатологічного дослідження були виділені такі варіанти депресивних розладів: тривожний (45,8 % хворих основної та 25,4 % контрольної груп), астеничний (36,4 % хворих основної і 33,5 % контрольної груп), апато-адинамічний (5,6 % хворих основної і 17,5 % контрольної груп), меланхолійний (4,1 % хворих основної і 13,2 % контрольної груп) та дисфоричний (8,1 % хворих основної і 10,4 % контрольної груп).

Вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів І групи показало, що 31,1 % хворих з депресивною реакцією, 32,1 % хворих з 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 з депресивною реакцією, 19,4 % хворих з депресивним епізодом, 26,9 % з органічним депресивним розладом відмічалися пасивні та активні суїцидальні думки, фантазування та переживання. Гендерний аналіз суїцидальної поведінки показав, що суїцидальні думки та фантазування частіше відзначалися у жінок, рішення, наміри та спроби – у чоловіків, при скоєнні суїцидальної спроби чоловіки використовували більш травматичні засоби, а жінки – більш щадні, що створюють можливості збереження життя.

При дослідженні варіантів суїцидальної поведінки визначено, що у всіх пацієнтів виявлено домінування істинного варіанта: 53,2 % хворих з депресивною реакцією, 56,5 % хворих з депресивним епізодом, 51,2 % з органічним депресивним розладом, афективний спостерігався у 38,1 %, 40,1 % та 44,1 % відповідно; демонстративно-шантажний у 8,7 % хворих з депресивною реакцією, у 3,4 % хворих з депресивним епізодом, у 4,7 % з органічним депресивним розладом.

Як показали результати клініко-анамнестичного дослідження, у 23,8% обстежених основної групи відмічалася суїцидальна поведінка в минулому, у 20,1 % родичі здійснювали суїцид, 25,97 % родичів хворих страждали на депресивні розлади.

Як показали результати дослідження, для хворих основної групи характерні клінічні прояви тривоги і депресії за госпітальною шкалою, тяжка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері–Асберг, хворим контрольної групи притаманні клінічні прояви тривоги і субклінічні депресії за госпітальною шкалою, помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, помірний депресивний епізод за шкалою Монтгомері – Асберг.

При дослідженні вираженості суїцидального ризику встановлено, що у хворих основної групи цей показник вірогідно перевищував такий в контролі (42,7±2,7 бали та 20,4±3,4 бали). Водночас показник рівня самосвідомості смерті в основній групі складав 17,6±3,2 бали, а в контрольній – 28,4±1,3 бали. Таким чином, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті у хворих основної групи є передумовою формування суїцидальної поведінки.

Згідно з отриманими даними, для хворих основної групи характерні низька комунікативність, замкнутість, тривожна мстивість, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, підвищена чутливість, вразливість, охоплення переживаннями гострого горя у зв'язку із діагнозом онкологічної хвороби, зі звуженням когнітивних функцій і домінуванням змісту психічної травми у свідомості, оцінка ситуації, що склалася, як безвихідної, відчуття ізоляції, відсутності соціальної підтримки.

Висновки

У формуванні суїцидальної поведінки хворих з онкологічною патологією провідну роль відіграють тривожний та астеничний варіанти депресивних розладів, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез. На підставі отриманих у ході роботи даних було розроблено та апробовано програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у онкологічних хворих з депресивними розладами.

Список використаної літератури

1. Кожина А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4 (77). – С. 90–93.
2. Кожина Г. М. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади : монографія / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська. Харків : ХНМУ, 2014. – 64 с.
3. Мухаровська І. Р. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування / І. Р. Мухаровська // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 4 (89). – С. 69–71.
4. Psycho-Oncology / eds. J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. – Oxford University press, 2015. – 784 p.
5. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Пюнтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 4 (73). – С. 86–91.
6. Рак в Україні 2013–2014 [Електронний ресурс] / Режим доступу: http://www.ncsu.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm (дата звернення: 17.06.2017).
7. Савин А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2015. – № 3. – С. 82–86.
8. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers / K. Z. Bambauer, 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.
9. 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.

References

1. Kozhyna, G. M., & Zelenskaya, K. O. (2013). Sovremennyye podhody k terapii depressivnykh rasstroystv [Up-to-date approaches to the treatment of depressive disorders]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 21, issue 4 (77), pp. 90–93. (In Russian).
2. Kozhyna, G. M., Korostii, V. I., & Zelenska, K. O. (2014). *Mekhanizmy formuvannya ta shliakhy profilaktyky suitsydalnoi povedinky u khvorykh na depresyvni rozlady* [Mechanisms of formation and ways of prevention of suicidal behavior in patients with depressive disorders]. Kharkiv: KhNMU, 64 p. (In Ukrainian).
3. Mukharovska, I. R. (2016). Osoblyvosti psykhoemotsiynoho stanu onkologichnykh khvorykh na etapi pervynnoho likuvannya [Features of emotional condition

- cancer patients at the stage of primary treatment]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 4 (89), pp. 69–71. (In Ukrainian).
4. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (Eds). (2015). *Psycho-Oncology* (3rd ed.). Oxford University press, 784 p.
 5. Markova, M. V., Piontkovska, O. V., & Kuzhel, I. R. (2012). Stan ta perspektyvy rozvytku suchasnoi psykhoonkolohii [Status and prospects of contemporary psychooncology]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 20, issue 4 (73), pp. 86–91. (In Ukrainian).
 6. *Rak v Ukraini 2013–2014* [Cancer in Ukraine 2013–2014]. Available from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm (Accessed 17.06.2017).
 7. Savin, A. I., & Volodin, B. Ju. (2015). Osobennosti psihogenno obuslovlennykh psihicheskikh rasstroystv i psihologicheskie harakteristiki onkologicheskikh bol'nykh pri raznykh opuholevykh lokalizatsiyah (podhod k probleme) [Peculiarities of psychogenic conditioned mental disorders and psychological characteristics of patients with different tumor localizations (approaches to the problem)]. *Nauka molodyh – Eruditio Juvenium*, no. 3, pp. 82–86 (In Russian).
 8. Bambauer, K. Z., Zhang, B., Maciejewski, P. K., Sahay, N., Pirl, W. F., Block, S.D., & Prigerson, H. G. (2006). Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, issue 10, pp. 819–824. DOI: 10.1007/s00127-006-0103-x.
 9. Walter, F., Webster, A., Scott, S., & Emery, J. (2012). The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 17, issue 2, pp. 110–118. DOI: 10.1258/jhsrp.2011.010113.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

С. В. Исаенко

Актуальность. Психическая патология оказывает значительное неблагоприятное влияние на клинический и социальный прогноз онкологических заболеваний. Поэтому актуальность проблемы депрессий в онкологической практике, где их распространенность колеблется от 40 до 60 %, бесспорна.

Цель – изучение феноменологии суицидального поведения (СП) при депрессивных расстройствах у онкологических больных.

Материалы и методы. Обследовано 154 пациента обоих полов с онкологической патологией I и II степеней, у которых было диагностировано депрессивное расстройство (F43.21, F43.22, F32.1, F32.2, или F06.32). Основную группу составили 103 пациента с признаками СП, контрольную – 51 пациент без признаков СП. Использованы следующие методы обследования: клинико-психопатологический, психодиагностический (HADS, HDRS, MADRS, «Способ оценки самосознания смерти»), статистический.

Результаты. Выделены следующие варианты депрессивных расстройств: тревожное, астеническое, апато-адинамическое, меланхолическое и дисфорическое. Установлена частота осуществления суицидальных попыток, суицидальных решений и намерений, пассивных и активных суицидальных мыслей, фантазирования и переживания в зависимости от нозологии. Суицидальные мысли и фантазирование чаще присущи женщинам; решения, намерения и попытки – мужчинам.

Выводы. В формировании СП пациентов с онкологической патологией ведущую роль играют тревожный и астенический варианты депрессивных расстройств, высокие показатели по клиническим шкалам тревоги и депрессии, высокий уровень суицидального риска в сочетании с низким уровнем самосознания смерти, отягченный суицидологический анамнез.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, суицидальное поведение, онкология, риск.

PHENOMENOLOGY OF SUICIDAL BEHAVIOR IN DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ONCOLOGICAL PATHOLOGY

S. V. Isaenko

Background. Mental pathology has a significant adverse effect on the clinical and social prognosis of cancer. Therefore, the relevance of the problem of depression in cancer practice, where their prevalence ranges from 40 to 60 %, is undeniable.

Objective – to study the phenomenology of suicidal behavior (SB) in depressive disorders in patients with oncological pathology.

Materials and methods. We examined 154 patients of both sexes with oncological pathologies of I and II stage who were diagnosed with depressive disorder (F43.21, F43.22, F32.1, F32.2, or F06.32). The main group consisted of 103 patients with signs of suicidal behavior, control – 51 patients without signs of suicidal behavior. The following survey methods were used: clinical-psychopathological, psychodiagnostic (HADS, HDRS, MADRS, «Method for assessing the self-awareness of death»), statistical.

Results. We distinguished the following variants of depressive disorders: anxious, asthenic, apato-adyamic, melancholic and dysphoric. The frequency of suicidal attempts, suicidal decisions and intentions, passive and active suicidal thoughts, fantasies and experiences depending on nosology has been established. Suicidal thoughts and fantasies are more common in women; decisions, intentions and attempts – for men.

Conclusions. In the formation of suicidal behavior of patients with oncological pathology, the following factors play a leading role: anxious and asthenic variants of depressive disorders, high scores on clinical anxiety and depression scales, high level of suicidal risk combined with low level of self-awareness of death, weighed down by suicidal history.

Keywords: depressive disorders, suicidal behavior, oncology, risk.

Стаття надійшла до редакції 02.08.2017 р.

ИСАЕНКО Світлана Володимирівна, психіатр, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, м. Харків, Україна; e-mail: isaenko217@gmail.com

ИСАЕНКО Светлана Владимировна, психиатр, Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3, г. Харьков, Украина;

e-mail: isaenko217@gmail.com

ISAIENKO Svitlana Volodymyrivna, psychiatrist, Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3, Kharkiv, Ukraine; e-mail: isaenko217@gmail.com