

Н.П. Отрощенко

Національний медичний
університет імені О.О. Богомольця

Протирецидивна терапія депресії в попередженні суїцидальної поведінки при радіаційній надзвичайній ситуації

Радіаційні аварії являються надзвичайними ситуаціями, які мають передбачувані наслідки впливу на психічне здоров'я людини. До них належать депресія, тривога, страх, неспокій, соматичні симптоми, що не мають чіткої органічної основи, збільшення кількості випадків зловживання алкоголем і наркотичними речовинами. У віддаленому періоді переважають апатія, порушення міжособистісних стосунків, втрата задоволення від життя [2, 3, 4]. Бурхливий розвиток атомної промисловості в усьому світі, небезпека аварій, терористичних актів та військових дій на таких об'єктах визначають актуальність вивчення медико-соціальних проблем, які виникли в результаті наслідків таких надзвичайних ситуацій та техногенних аварій, як ядерні бомбардування Хіросіми та Нагасакі, наслідки ядерних випробувань, аварії на атомних електростанціях в Три-Майл-Айленді, Чорнобилі (ЧАЕС), Фукусімі [5, 6, 7].

Чорнобильська радіаційна катастрофа спричинила цілу низку екологічних, соціальних, психологічних, медичних проблем, що за останні роки не втратили актуальності, а набули ще більшого значення. В результаті аварії було завдано шкоди психічному здоров'ю людини, її наслідком стали психічні розлади з тривогою, страхом, неспокоєм, які входять до першої десятки основних факторів, що призводять до неадекватності та до першої четвірки чинників, які викликають депресію та асоційовану з нею аутоагресивну поведінку. Зазначені розлади не тільки погіршують якість життя та перебіг інших супутніх хвороб, але також можуть призвести до самогубства [1, 2, 14].

Депресії, пов'язані з радіаційними катастрофами, вважаються результатом комплексного впливу психогенних, радіаційних факторів катастроф та впливом традиційних факторів ризику,

соматоневрологічної патології, генетичного та преморбідного чинників [6, 8].

Виділені депресії помірного ступеня вираженості у 57,8 % учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА), легкої – у 34,0 %, важкої – у 8,2 %. Депресія в УЛНА діагностована в межах психічних розладів внаслідок пошкодження або дисфункції головного мозку, або внаслідок фізичної хвороби (МКХ-10: F06), розладів особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження і дисфункції головного мозку (МКБ-10: F07), а також судинної деменції (МКХ-10: F01). У клінічній картині депресивних розладів у ліквідаторів переважає астенодинамічна і астенопатична депресія з байдужістю, апатією, звуженням кола інтересів, відсутністю мотивації, адинамією, анергією (в 81 % випадків). Депресивна симптоматика у 46 % пацієнтів супроводжується тривогою, відчуттям постійного внутрішнього напруження і дискомфорту. Ступінь і глибина депресивних розладів асоційовані з суб'єктивним сприйняттям аварії, власною оцінкою свого стану здоров'я та сприйняттям отриманої дози опромінення. У віддалений період аварії на ЧАЕС продовжується підвищення частоти депресивних розладів, які мають тенденцію до прогресивності, є резистентними до традиційних методів лікування, представлених традиційною фармакотерапією, мають схильність до рецидивів та можуть призвести до самогубства [4, 10, 11, 12, 15].

Проблеми діагностики та лікування психічних розладів, пов'язаних з радіаційними аваріями, привернули до себе увагу багатьох спеціалістів, всебічно розроблені у друкованих працях та матеріалах міжнародних форумів. Своєчасне виявлення та вірна діагностика депресії при зазначених розладах в аспекті надання допомоги хворим набувають реального значення лише в сполученні з ефективною терапією, в тому числі, протирецидивною. Однак, на сьогодні, таких

матеріалів недостатньо, а питання протирецидивної терапії депресії, як попередження суїцидальної поведінки при вказаних розладах, не розроблялись [9, 13].

Мета роботи – підвищити рівень медичної допомоги хворим на депресію при психічних розладах, пов'язаних із радіаційною аварією на ЧАЕС та попередити суїцидальну поведінку за допомогою розробки системи протирецидивної терапії, яка складається з біологічної терапії в поєднанні з соціотерапією.

Матеріали та методи дослідження

З метою аналізу системи протирецидивної терапії депресії при психічних розладах у УЛНА обстежено 128 хворих у віці від 42 до 65 років (середній вік $47+0,5$ років). Серед них 90 (70,3 %) чоловіків і 38 (29,7 %) жінок, які обстежені амбулаторно на кафедрі психіатрії та наркології Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця і стаціонарно на базі психоневрологічного відділення Національного центру радіаційної медицини. Відібрані пацієнти, які на підставі архівної медичної документації були здоровими до участі в аварійних роботах по ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Дебютом психічної патології у них була вегетативна дисфункція (астено-вегетативні, вегетосудинні розлади або нейроциркуляторна дистонія). Серед соматичних розладів у обстежених частіше зустрічалися серцево-судинні розлади, захворювання ендокринної системи, органів зору, ЛОР-органів, шлунково-кишкової системи, крові, шкіри та інші. Соматична патологія могла бути наслідком впливу комплексу факторів аварії на ЧАЕС. Нерадіаційними факторами можна вважати травми, інфекційні захворювання. У зазначених хворих діагностовано, відповідно до МКХ-10, органічні афективні розлади (F 06.3). З дослідження виключені хворі на променевою хворобу та психотичні розлади. У той же час, 109 (85,2 %) учасників ліквідації аварії мали документально підтверджені дані про дозу опромінення від 3 до 96 Бер.

Застосовувалися клініко-психопатологічний, патопсихологічні методи, результати обстежень терапевта, невропатолога, офтальмолога, ендокринолога та інших спеціалістів. Використовувалися шкала Гамільтона, таблиці Шульте, коректурна проба, проба на запам'ятовування з 10 слів, шкала Спілбергера, методики САН та психоло-

гічної діагностики ставлення до хвороби, методика оцінки якості життя (Mezzlich J., Cohen N.), електрофізіологічні методи (ЕЕГ), інші лабораторні дослідження.

Результати та їх обговорення

Депресія в УЛНА протікала в структурі психічних розладів внаслідок пошкодження або дисфункції головного мозку, або внаслідок фізичної хвороби (МКХ-10: F06), розладів особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження і дисфункції головного мозку (МКБ-10: F07).

За даними клініко-психопатологічного обстеження у хворих на депресію виявлено знижений настрій, зниження загальної активності, підвищена стомлюваність, порушення сну, апетиту в поєднанні зі зниженням пам'яті, уваги, емоційною лабільністю, нестриманістю. Клініко-динамічне і катамнестичне спостереження виявило приєднання до описаних скарг у віддаленому періоді байдужості, апатії, звуження кола інтересів, відсутність мотивації, адинамії, анергії або тривоги, внутрішньої напруги, відчуття дискомфорту, дисфоричних і obsesивно-фобічних симптомів, суїцидальних висказувань антивітального характеру. Вираженість суб'єктивних скарг та об'єктивних симптомів кількісно оцінювалась за трибальною шкалою: симптоми відсутні, помірно виражені, значно виражені.

За шкалою Гамільтона легка депресія виявлена у 54 (42,2 %) хворих, помірна – у 71 (55,5 %), важка – у 3 (2,3 %) хворих.

У обстежених виявлена соціальна дезадаптація: сімейна дезадаптація відзначалася у 12 (9,4 %), трудова дезадаптація – у 42 (32,8 %) хворих, зниження загальної оцінки життєдіяльності за шкалою GAF (в середньому 60-51 бал) і зниження якості життя, особливо показників фізичного здоров'я, працездатності, особистісної реалізації, загального сприйняття життя (4-5 балів). Патопсихологічне обстеження зазначених хворих свідчить про зниження безпосереднього і відстроченого запам'ятовування (з 10 чотири рази повторюваних слів хворі в середньому відтворювали 6), порушення сенсомоторної діяльності, темпу, виснаження переважно по гіпостенічному типу, зниження функції активної уваги (в коректурній пробі досліджували при виконанні однієї проби допускали 14 помилок), підвищений рівень ситуативної тривожності (за шкалою Спілбергера середній показник 51 бал), низькі показ-

ники «самопочуття», «активності», «настрою», неадекватне ставлення до хвороби (більше ніж у половини обстежених відзначається неадекватне ставлення до хвороби, що супроводжується дезадаптивною поведінкою).

Проведене дослідження підтверджує наявність депресивного і екзогенно-органічного симптомокомплексу різного ступеня вираженості та є основою алгоритму комплексної діагностики депресії при непсихотичних психічних розладах внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку, або внаслідок фізичної хвороби (МКХ-10: F06), пов'язаних з аварією на ЧАЕС.

Протирецидивна терапія хворих починалась на стаціонарному етапі і продовжувалась амбулаторно. В стадії дозрівання ремісії продовжувалось лікування за схемою купувально-го курсу з поступовим зниженням потужності лікувальних впливів. Терапія в амбулаторних умовах передбачала в разі послаблення депресивної симптоматики зменшення медикаментозної садації та посилення стимулювальних засобів. Корекція неафективних проявів здійснювалась за поєднання медикаментозного лікування з психотерапією та соціотерапією. В стадії стабілізації ремісії остаточно визначався спектр психотропного впливу та оптимальних доз препаратів, які сприяють або хоча би не заважають виконанню соціальних (професійних, сімейних та інших) функцій. В стадії розвитку пререцидиву застосовувався інтервальний, індивідуально підібраний подальший прийом препаратів: один або два дні на тиждень вільних від прийому ліків, прийом препаратів через день – інтервал між прийомами становить 2, 3 і більше днів, аж до одноразового прийому на тиждень. Зменшення медикаментозного навантаження відбувається повільно, з переходом до кожного наступного етапу приблизно через 1 місяць. Виключалось різке обривання прийому препаратів, їх дози зменшувались до нуля протягом 7-10 днів.

При переважанні астено-депресивної симптоматики в структурі депресії пререцидивні прояви були представлені підвищеною стомлюваністю, емоційною лабільністю, порушенням сну. В разі депресії з тривожно-депресивною симптоматикою пререцидив характеризувався нервозністю, відчуттям дискомфорту, тривожністю, соматовегетативними зрушеннями. Депресія з переважанням апато-динамічних рис в пререцидиві проявлялись ангедонією, апатією, звуженням кола інтересів, відсутністю мотива-

ції, адинамією, анергією. Пререцидив депресії з дисфоричними симптомами характеризувався відчуттям внутрішньої напруги, дисфоричними включеннями. При депресії з obsesивно-фобічними порушеннями про початок рецидиву свідчили відчуття внутрішнього дискомфорту, фобії. При цьому суїцидальні висказування носили антивітальний характер, психопатологічні прояви не мали конкретного структурного оформлення.

При виявленні ранніх ознак повернення депресії та інших психічних і сомато-неврологічних порушень відновлювалась активна психотропна та соматотропна фармако- і психотерапія. Купування рецидиву починали на пререцидивній стадії, використовуючи ті самі терапевтичні засоби і в тих самих дозах, які були ефективними в попередній активній фазі захворювання, за потреби, корегуючи ці дози, а за досягнення зворотнього розвитку рецидиву вели хворого так, як і в стадії дозрівання ремісії. Ці заходи супроводжували динамічним спостереженням хворих.

Основну групу складали 58 хворих на депресію, яким призначали антидепресивну, нормотимічну, ноотропну терапію, нейротропну вітамінотерапію, детоксикацію, раціональну та сугестивну психотерапію. 70 хворих контрольної групи отримували з різних причин лише традиційну фармакотерапію: антидепресанти, транквілізатори, ноотропні препарати, вітамінотерапію. Для вказаних хворих була проведена програма з призначенням психофармакотерапії та психотерапії з метою зменшення та усунення зазначених розладів, формування позитивних життєвих установок, мобілізації резервних можливостей пацієнтів. В періоди дозрівання, стабілізації ремісії та пререцидиву переважали раціональна психотерапія з елементами сугестії, релаксаційні методики, аутотренінг. Психофармакотропна терапія складалась з антидепресивних препаратів (амітриптилін, доксерін, велаксин, міртазапін, м'ансерін, тразодон, сертралін) анксиолітичних (адаптол, афобазол, буспірон), нормотимічних (вальпроком, депакін), ноотропних (ніцеріум 30 уно, пірацетам, вінпоцетін) препаратів, передбачала призначення рослинних транквілізаторів (новопасит, настоянка валеріани, глоду) та антидепресантів (персен, ало-ра), фітотерапії (фіточай з мелісою, м'ятою, ромашкою). З метою детоксикації призначались за відповідними схемами мінеральні води «Трускавецька», «Моршинська», пробіотики (лактіале, лактофільтрум), лікувальна фізкультура.

Повна редукція зазначених розладів в основній групі відбулася у 18 (31 %) хворих, значне покращення – у 32 (55,2 %), незначне покращення стану – у 8 (13,8 %) хворих; в контрольній групі – в 3 (4,2%), 11 (15,7%), 56 (80 %) випадків відповідно.

За методикою оцінки якості життя у хворих основної групи показники суб'єктивного самопочуття покращувались в середньому на 3 бали, виконання соціальних ролей на 2 бали, зовнішніх життєвих умов на 1 бал.

В контрольній групі покращення самопочуття – 1 бал, виконання соціальних ролей – 1 бал, зовнішніх життєвих умов – 1 бал. Клініко-катамнестичне дослідження 52 (89,6 %) хворих основної групи та 56 (80 %) хворих контрольної групи, яке тривало від одного місяця до двох років, також підтвердило ефективність застосованої комплексної лікувальної програми. Емоційний стан вказаних хворих характеризувався стабільністю, відсутністю повторення рецидивів депресії, зазначені пацієнти зберегли сім'ю та продовжували працювати. Хворі, які отримали вчасно протирецидивне психофармакотерапевтичне та психотерапевтичне лікування, відзначалися кращою психосоціальною адаптацією до змін умов життя, відсутністю аутоагресивної поведінки. Вищесказане визначає сучасність та актуальність впровадження комплексних протирецидивних лікувальних програм, які містять комплекс сучасних біологічних та соціотерапевтичних заходів. Таким чином, проведено порівняльний аналіз ефективності комплексної протирецидивної терапії хворих на депресію в основній групі, представленої біологічними і соціотерапевтичними складовими, та традиційної, психофармакотропної терапії в контрольній групі. Встановлено, що протирецидивний терапевтичний ефект був більш виражений, ніж при застосуванні традиційної психофармакотропної терапії при редукції у хворих знервованості, емоційної напруженості, соматовегетативних розладів, ангедонії, байдужості, дисфоричних включень, втомлюваності, головної болі, запаморочення, зниження пам'яті, концентрації уваги, емоційної лабільності, в'ялості, виснажливості, труднощів мислення при вирішенні проблем, зниження загальної активності, порушень сну. Застосування комплексної протирецидивної терапії у хворих основної групи виявилось більш ефективним за результатами клінічних і параклінічних методів обстеження, що підтверджувалось статистично ($p < 0,05$; $p < 0,05-0,01$).

Висновки

Після купувальної терапії депресії, пов'язаної з радіаційною аварією на ЧАЕС, яка має поліетіологічну природу, схильність до прогресивності, рецидивів, є резистентною до традиційних методів лікування, представлених традиційною фармакотерапією, застосування комплексної протирецидивної терапії у хворих основної групи виявилось більш ефективним, ніж у хворих контрольної групи, за результатами клінічного обстеження, параклінічних даних та підтверджувалось статистично ($p < 0,05$; $p < 0,05-0,01$). Проведене дослідження дозволяє підвищити рівень медичної допомоги вказаним хворим шляхом розробки та застосування системи протирецидивної терапії, яка складається з біологічної терапії в поєднанні з соціотерапією та актуалізує створення державної системи стандартів з комплексним цілеспрямованим використанням біологічних (синдромспецифічна антидепресивна та нормотимічна психотропна фармакотерапія, нормалізація метаболізму мозку, зменшення гіпоксії, покращання кровообігу, загальнозміцнююча терапія, нейротропна вітамінотерапія, адаптогенна, дезінтоксикаційна, імуномодельюча терапія) та соціотерапевтичних (раціональна психотерапія з елементами сугестії, релаксаційні методики, аутотренінг, соціальна робота з пацієнтом і його соціальним оточенням), фізичних (фізіотерапевтичні процедури, лікувальна фізкультура, масаж) та інших заходів з метою запобігання та раннього виявлення ознак преридиву хвороби, а також вчасного купування можливого рецидиву депресії, попередження суїцидальної поведінки.

Література

1. Александровский Ю. А. Предболезненные психические состояния и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 272 с.
2. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році: Статистичний бюлетень. – К.: Державна служба статистики України, 2012. – 89 с.
3. Логановський К. М. Депресивні розлади при радіаційних надзвичайних ситуаціях / К. М. Логановський // Новая медицина тысячелетия. – 2012. – № 5. – С. 18-26.

4. Логановский К. Н. Депрессия и ионизирующее излучение / К. Н. Логановский, З. Л. Василенко // Проблемы радиационной медицины та радіобіології. – 2013. – Вип. 18. – С. 200-219.

5. Логановский К. Н. Атомная нейropsychиатрия: 25 лет после Чернобыльской катастрофы / К. Н. Логановский // Новая медицина тысячелетия. – 2012. – № 2. – С. 26-41.

6. Логановский К. Н. Самоубийства и малые дозы ионизирующей радиации / К. Н. Логановский, Д. Е. Афанасьев, В. Ф. Федько // Новая медицина тысячелетия. – 2012. – № 2. – С. 41-48.

7. Морозов А. М. Клиника, динамика и лечение пограничных психических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС / А. М. Морозов, Л. А. Крыжановская. – К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. – 330 с.

8. Нейropsychиатричні ефекти в УЛНА на ЧАЕС. Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції / [О. Ф. Возіанова, В. Г. Бебешка, Д. А.Базики та ін.]; за ред. О. Ф. Возіанова, В. Г. Бебешка, Д. А.Базики. – Київ: ДІА, 2007. – С. 251-262.

9. Нециркулярні депресії / [О. К. Напрєєнко, К. Н. Логановський, О. Г. Сиропятов та ін.]; за ред. проф. О. К. Напрєєнка. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.

10. Отрощенко Н. П. Возможности фармакотерапии в реабилитации больных на органические психические расстройства, пов'язані з Чорнобильською аварією / Н. П. Отрощенко // Психічне здоров'я. – 2013. – Т. 3-4. – С. 54-57.

11. Отрощенко Н. П. Характеристика депрессии при органическом поражении головного мозга у пострадавших в результате радиационной катастрофы / Н. П. Отрощенко // Современные инновации. – 2016. – №6 (8). – С. 76-78.

12. Отрощенко Н. П. Алгоритм диагностики та лікування депресій при психічних розладах, спричинених техногенними аваріями / Н. П. Отрощенко // Актуальні проблеми психології. Екологічна психологія. – 2016. – Т. 7. – С. 312-320.

13. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич – М.: ИА, 2007. – 425 с.

14. Potential neuropsychiatric effects of “low doses” of ionizing radiation / К. Loganovsky, Ye. Antipchuk, M. Bomko [et al.] // Contributed papers. The International Conference Twenty years after Chernobyl accident future outlook, Kyiv, April 24-26, 2006. – К.: HOLTEN, 2006. – P. 56-52.

15. World Health Organisation. Health effects of the Chernobyl accident and special health care

programmes. Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group “Health” (EGH) [Eds. B. Bennet, M. Repacholo, Zb. Carr. et al.]. – Geneva, WHO, 2006. – 160 p.

ПРОТИРЕЦИДИВНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСІЇ В ПОПЕРЕДЖЕННІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ РАДІАЦІЙНІЙ НАДЗВИЧАЙНІЙ СИТУАЦІЇ

Н.П. Отрощенко

Мета – підвищити рівень медичної допомоги хворим на депресію та попередити суїцидальну поведінку при психічних розладах, пов'язаних із радіаційною аварією на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС) у віддаленому періоді за допомогою розробки системи протирецидивної терапії, яка складається з біологічної терапії в поєднанні з соціотерапією.

Матеріали і методи. Під наглядом перебувало 128 хворих на депресію (90 чоловіків і 38 жінок) при психічних розладах, пов'язаних з аварією на ЧАЕС. Хворі були всебічно обстежені клініко-психопатологічним, експериментально-психологічним та іншими методами.

Результати. Комплексна програма протирецидивної терапії хворих включала біологічну терапію в поєднанні з соціотерапією. Покращення психічного стану відмічалось у всіх хворих: повна редукція зазначених розладів в основній групі відбулася у 18 (31 %) хворих, значне покращення – у 32 (55,2 %), незначне покращення стану – у 8 (13,8 %) хворих; в контрольній групі – у 3 (4,2%), у 11 (15,7%), у 56 (80 %) хворих відповідно.

Висновки. Застосування комплексної протирецидивної терапії, яка складалась з біологічної терапії в поєднанні з соціотерапією, у хворих основної групи виявилось більш ефективним у порівнянні з традиційною психофармакотерапією у контрольній групі за результатами клінічного обстеження, параклінічних даних та підтверджувалось статистично ($p < 0,05$; $p < 0,05-0,01$). Дослідження сприяє підвищенню рівня медичної допомоги та попереджує суїцидальну поведінку у хворих на депресію, пов'язану з аварією на ЧАЕС, шляхом запобігання або раннього виявлення ознак пререцидиву хвороби та вчасному купуванню можливого рецидиву та розробці державної системи стандартів для протирецидивної тера-

пії хворих на депресію, пов'язану з радіаційними аваріями.

Ключові слова: протирецидивна терапія, депресія, суїцидальна поведінка, радіаційна аварія на Чорнобильській АЕС.

ПРОТИРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ РАДИАЦИОННОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Н.П. Отрощенко

Цель – повысить качество медицинской помощи больным с депрессией и предупредить суицидальное поведение при психических расстройствах, связанных с аварией на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) в отдаленном периоде с помощью разработки системы противорецидивной терапии, которая состоит из биологической терапии в сочетании с социотерапией.

Материалы и методы. Наблюдалось 128 больных (90 мужчин и 38 женщин) с депрессией при психических расстройствах, связанных с радиационной аварией на ЧАЭС. Больные были обследованы клинико-психопатологическим, экспериментально-психологическим и другими методами.

Результаты. Комплексная программа противорецидивной терапии больных включала биологическую терапию в сочетании с социотерапией. Улучшение психического состояния отмечалось у всех больных: полная редукция депрессии в основной группе отмечалось у 18 (31,0 %) больных, значительное улучшение – у 32 (55,2 %), незначительное улучшение – у 8 (13,8 %) больных; в контрольной группе – у 3 (4,2 %), у 11 (15,7 %), у 56 (80,0 %) больных соответственно.

Выводы. Применение комплексной противорецидивной терапии, которая включала биологическую терапию в сочетании с социотерапией у больных основной группы оказалось более эффективным в сравнении с контрольной группой, в которой проводилась традиционная психофармакотерапия, по результатам клинико-психопатологического, параклинических исследований и подтверждалось статистически ($p < 0,05$; $p < 0,05-0,01$). Исследование способствует улучшению качества медицинской помощи, предупреждению суицидального поведения у больных депрессией, связанной с радиационными авариями, путем предупрежде-

ния и раннего выявления признаков пререцидива болезни и своевременного купированию возможного рецидива.

Ключевые слова: противорецидивная терапия, депрессия, суицидальное поведение, радиационная авария на Чернобыльской АЭС.

ANTIRETROVIRAL THERAPY OF DEPRESSION IN PREVENTING SUICIDAL BEHAVIOR IN RADIATION EMERGENCY

N.P. Otroshchenko

Purpose – to improve the quality of medical care for patients with depression and prevent the suicidal behaviour behavior in psychiatric disorders associated with the accident at the Chernobyl nuclear power plant (ChNPP) in the late period by developing a system of anti-relapse therapy, which consists of biological therapy in combination with sociotherapy.

Materials and methods. 128 patients (90 men and 38 women) were under observation with depression in mental disorders associated with the Chernobyl nuclear accident. These patients were examined clinic-psychopathological, experimental-psychological and other methods.

Results. The complex program of anti-relapse therapy of patients included biological therapy in combination with sociotherapy. Improvement of the mental state was noted in all patients: a complete reduction of depression in the main group was noted in 18 (31,0 %) patients, a significant improvement in 32 (55.2 %), insignificant improvement in 8 (13,8 %) patients; in the control group – in 3 (4,2 %), in 11 (15,7 %), in 56 (80,0 %) patients respectively.

Conclusions. The use of complex anti-relapse therapy, which included modern biological therapy in combination with sociotherapy in the patients of the main group, proved to be more effective in comparison with the control group in which traditional psychopharmacotherapy was performed, which was confirmed by the results of clinical-psychopathological, paraclinical studies and was confirmed statistically ($p < 0,05$; $p < 0,05-0,01$). This study contributes to improving the quality of medical care, preventing suicidal behavior in patients with depression associated with radiation accidents, by preventing and early detection of signs of disease prerule and timely cessation of a possible relapse.

Key words: anti-relapse therapy, depression, suicidal behavior, radiation accident at the Chernobyl nuclear power plant.