

Отже, результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

У групі ветеранів бойових дій із ГКР, який було діагностовано в ранні терміни після травматизації, протягом дворічного катamnестичного спостереження спостерігали посилення гіперактивності, імпульсивності та неуважності на тлі незначного посилення проявів ПТСР. Зростання тяжкості проявів імпульсивності було більш значущим, ніж посилення гіперактивності та неуважності. Отже, спостерігалася модифікація клінічного фенотипу розладу, яку можна розцінювати як набуття особистісних змін.

Симптоми ГКР у групі ветеранів із подвійною діагностикою ГКР та ПТСР при первинній рандомізації посилювалися значущо більше, ніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР. У ветеранів групи з ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значуще посилення симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок та підвищення реактивності. Така модифікація клінічного фенотипу розладу може свідчити про тяжкий перебіг ПТСР у віддаленому періоді після травматизації. Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали більшу тяжкість симптомів, як ПТСР, так і ГКР.

Отже, під час катamnестичного дослідження в групах порівняння встановлено клінічний патоморфоз симптомів наявних розладів. Дослідження їхніх особливостей дає змогу розглядати ГКР як можливий предиктор формування поведінкових розладів при травматизації та більш тяжкого перебігу ПТСР.

#### Список літератури

1. Effect of Symptoms of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder in Korean Conscripts / Dong-Yun Lee, Cheol-Soon Lee, Chul-Soo Park [et al.] // *Psychiatry Investig.* 2012. № 9(2). P. 154—160. doi: 10.4306/pi.2012.9.2.154.
2. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders / J. D. Ford, R. Racusin, C. G. Ellis [et al.] // *Child Maltreatment.* 20005. № 3. P. 205—217. doi: 10.1177/107755950005003001.
3. Relations between Post-traumatic Stress Disorder, Dissociation and Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder among Earthquake Survivors / O. Özdemir, M. Boysan, P. GüzelÖzdemir, E. Yilmaz // *Noro Psikiyatir Ars.* 2015. № 52(3). P. 252—257. doi: 10.5152/npa.2015.7616.

Надійшла до редакції 04.10.2017 р.

**ІЛЬНИЦЬКА Тетяна Юріївна**, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна; e-mail: ilnitska.@id-zu.com

**МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович**, кандидат медичних наук завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: martsenkovsky\_urisfpda@ukr.net

**ІЛНІТСКА Tetiana**, Postgraduate Student of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: ilnitska@id-zu.com

**MARTSENKOVSKY Igor**, MD, PhD, Head of Department of Child and Adolescent Psychiatry of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: martsenkovsky\_urisfpda@ukr.net

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

## 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 %; помірною та важкою 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. 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.

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

УДК 616.895.8:615.214-08

*А. В. Корж*

## ВПЛИВ ПОБІЧНОЇ ДІЇ НЕЙРОЛЕПТИКІВ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

*А. В. Корж*

### Влияние побочных эффектов нейролептиков на приверженность к терапии больных параноидной шизофренией

*A. V. Korzh*

#### Influence of side effects of neuroleptics on adherence to therapy for patients with paranoid schizophrenia

У роботі наводяться результати вивчення особливостей впливу побічної дії нейролептиків/антипсихотиків на прихильність до лікування хворих на параноїдну шизофренію. В дослідженні на ґрунті використання шкали оцінки проявів побічної дії нейролептичних препаратів проведено об'єктивне вивчення параметрів з урахуванням ступеня вираженості порушень в різних системах і органах. Виявлені певні небажані явища з різним ступенем вираженості в психічній сфері, неврологічному стані, зокрема вегетативного походження; зміни в соматичному статусі, зокрема з боку шлунково-кишкового тракту. Установлено зворотний зв'язок між ступенем вираженості побічної дії препаратів і прихильністю хворих до терапії. Отримані дані дозволили об'єктивізувати ознаки переносимості засобів лікування та дають можливість прогнозувати ступінь медикаментозної комплаєнтності у хворих на параноїдну шизофренію.

**Ключові слова:** шизофренія, лікування, нейролептики, побічна дія, прихильність до терапії

В работе приводятся результаты изучения особенностей влияния побочного действия нейролептиков/антипсихотиков на приверженность к лечению больных параноидной шизофренией. В исследовании на основе использования шкалы оценки проявлений побочного действия нейролептических препаратов проведено объективное изучение параметров с учетом степени выраженности нарушений в различных системах и органах. Выявлены определенные нежелательные явления с различной степенью выраженности в психической сфере, неврологическом статусе, в том числе вегетативного происхождения; изменения в соматическом состоянии, в частности, со стороны желудочно-кишечного тракта. Установлена обратная связь между степенью выраженности побочных эффектов препаратов и приверженностью больных к терапии. Полученные данные позволили объективизировать признаки переносимости средств лечения и дают возможность прогнозировать степень медикаментозной комплаентности у больных параноидной шизофренией.

**Ключевые слова:** шизофрения, лечение, нейролептики, побочное действие, приверженность к терапии

The paper presents the results of studying of features of influence the side effects of neuroleptics/antipsychotics on treatment adherence in patients with paranoid schizophrenia. In the study based on the use of the scale assessment of the manifestations of side effects of antipsychotic drugs conducted an objective study of many parameters taking into account the severity of violations in different systems and organs. The certain undesirable phenomena are set with the different degree of shown in a psychical sphere, neurological status, including vegetative origin; changes are in somatic status, in particular, from the side of gastrointestinal tract. A cross connection feed-back is deduced between the degree of expressed of side effects of preparations and adherence of patients to therapy. The obtained data allowed to specify the signs of bearability of facilities of treatment and give an opportunity to forecast the degree of medicamentous complains for patients with paranoid schizophrenia.

**Keywords:** schizophrenia, treatment, neuroleptics, side action, adherence to therapy

Лікування хворих на шизофренію залишається актуальною проблемою в психіатрії. Незважаючи на наявність великого арсеналу препаратів для терапії цього психозу, є суттєві перешкоди для їх використання в клінічній практиці. До них належить значна кількість побічних ефектів нейролептиків/антипсихотиків, які проявляються в розладах функціонування різних систем організму, що суттєво впливає на ступінь прихильності (комплаєнсу) до лікування у хворих з цією патологією [1—4]. В наявній літературі, що присвячена різним

аспектам проблеми терапії шизофренії фармакологічними засобами, наводиться інформація про особливості небажаних впливів на окремі системи і організм загалом, але до теперішнього часу ці питання залишаються далекими від остаточного вивчення і є певний запит щодо створення обґрунтованого підходу в формуванні задовільної прихильності до терапії хворих на шизофренію [5—8]. Найгостріше це питання постає під час використання комбінацій різних препаратів традиційної нейролептичної і сучасної антипсихотичної терапії, що найчастіше підсилює бажаний ефект такого лікування, але й ускладнює небажані впливи. Побічна дія препаратів