

3. Кожина, А. М. Опыт применения препарата Солерон в терапии шизофрении [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 4 (65). – С. 116–117.
4. Підкоритов, В. С. Психіатрія в Україні – минуле, теперішнє, майбутнє [Текст] / В. С. Підкоритов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2008. – № 2 (14). – С. 29–32.
5. Марута, Н. А. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні [Текст] / Н. А. Марута // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 5–9.
6. Волошин, П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди [Текст] / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 1 (82). – С. 5–11.
7. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (інформаційно-аналітичний огляд за 2001–2010 р.р.) [Текст]. – К.-Х., 2011. – 173 с.
8. Пшук, Н. Г. Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих [Текст] / Н. Г. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 3 (64). – С. 145.
9. Гуменюк, Л. Н. Арт-терапія в системі комплексної психосоціальної реабілітації больних шизофренією в умовах принудительного лікування [Текст] / Л. Н. Гуменюк, Е. А. Михайлова // Таврический медико-биологический вестник. – 2010. – № 4. – С. 37–40.
10. Korostiy, V. Art-therapy in Complex Treatment of Major Depressive Disorder [Text] / V. Korostiy, S. Hmain // European Psychiatry. – 2015. – Vol. 30. – P. 1324. doi: 10.1016/s0924-9338(15)31033-6
11. Hmain, S. Effectiveness of art therapy in complex treatment of patients with depressive recurrent disorder [Text] / S. Hmain. – Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde Kongress, 2015. – P. 12-004.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.
Дата надходження рукопису 25.10.2017*

Олександр Олексійович Кришталь, лікар психіатр, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
E-mail: krishtalmail@ukr.net

УДК: 616.895.4-07:616-006

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.119939

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПОЄДНАНИХ З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДЕНКОЮ У ЖІНОК

© **К. О. Зеленська, Г. Г. Кольцова**

У ході роботи проаналізовано клініко-психопатологічну симптоматику депресивних розладів поєднаних з суїцидальною поведінкою у жінок молодого віку. Виділено тривожний, туждливий, астено-апатичний і меланхолійний варіанти депресивних розладів.

Доведено, що для жінок хворих на депресивні розлади поєднані з суїцидальною поведінкою притаманні: високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самоусвідомлення смерті, високий рівень ангедонії, важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомери – Айсберга

Ключові слова: депресивні розлади, жінки, суїцидальна поведінка, тривога, депресія, ангедонія, психотравмуючі чинники

1. Вступ

Проблема депресивних розладів є однією з найбільш актуальних проблем для теорії і практики сучасної психіатрії [1]. Значна поширеність депресивних розладів, їх негативний вплив на працездатність та висока суїцидонебезпечність є однією з найгостріших медико-соціальних проблем [2]. Згідно останніх епідеміологічних досліджень, збільшення рівня депресивної патології обумовлено, перш за все, зростанням несприятливих форм депресивних розладів, характеризуються переважанням діагностично складних «маскованих» форм з затяжним перебігом. Завдяки «перекриванню» симптомів депресії проявами соматичного захворювання, депресивні порушення своєчасно не діагностуються і становлять особливу небезпеку [3].

2. Обґрунтування дослідження

В Україні реєструється зростання захворюваності та розповсюдженості депресивних розладів переважно несприятливого регістру (на 54,4 % та 69,8 % відповідно за 10 років). Депресивні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільству через зниження інтелектуальної, фізичної, професійної активності хворих, їх непрацездатності, соціальної дезадаптації, погіршення якості життя самих хворих та їх близьких [4, 5].

Одним з найбільш драматичних медико-соціальних наслідків депресивних розладів є суїцид. У сучасних дослідженнях встановлено, що саме депресивним розладам притаманний найбільш високий суїцидальний ризик серед усіх психічних та пове-

дінкових розладів. [6]. Хворі на депресивні розлади в 30 разів частіше скоюють суїциди, ніж особи, які не страждають на депресію. Тому смертність серед хворих на депресивні розлади є дуже високою та незначно відрізняється від такої при серцево-судинних захворюваннях [7, 8].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

3. Мета дослідження

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів поєднаних з суїцидальною поведінкою у жінок в сучасних умовах.

4. Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети на базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології протягом 2013–2016 рр. було проведено комплексне обстеження 150 жінок, у віці 25–65 років (середній вік $43,0 \pm 2,0$ роки) у яких було діагностовано депресивні розлади: депресивна реакція – 42,8 %; депресивний епізод (помірний та важкий) – 35,1 %, рекурентний депресивний розлад – 22,1 %.

Основну групи склали 77 хворих з ознаками суїцидальної поведінки, контрольну – 73 хворих без ознак суїцидальної поведінки.

Групу порівняння склали 25 психічно здорових осіб.

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

Клініко-анамнестичне дослідження включало структуроване інтерв'ю із вивченням чинників ризику розвитку депресивних розладів та суїцидальної поведінки.

Психодіагностичний метод включав використання клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988) (HDRS); шкали Монтгомери-Айсберга (Montgomery SA, Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi GD, 1993) (MADRS); методики «Спосіб визначення суїцидального ризику» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001); шкали визначення рівня ангедонії SHAPS (Snaith – Hamilton Pleasure Scale, 1995).

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica 6.0, MS Excel) з використанням методики t-критерію Ст'юдента., отримані результати представлені у вигляді середнього значення \pm похибка середньої арифметичної.

5. Результати дослідження

Отримані в ході аналізу клініко-анамнестичного дослідження дані дозволили нам виділити ос-

новні психотравмуючі ситуації, що призводили до розвитку або декомпенсації депресивних розладів та формуванню суїцидальної поведінки: ситуації втрати (44,3 % обстежених), ситуації, що раптово порушують основні спрямованості особистості, вимушена міграція, порушення життєвих цілей і планів (43,5 %); ситуації раптового травмуючого впливу, що торкаються особливо чутливих сторін особистості (35,2 %); ситуації тривалої психічної напруги (21,6 %). У ряді випадків (25,6 %) відзначалося поєднання декількох психотравмуючих ситуацій.

Як показали результати дослідження, провокуючим фактором виникнення суїцидальної поведінки було зловживання алкоголем – 58,2 % суїцидальних спроб були скоєні у стані алкогольного сп'яніння.

У клінічній картині депресивних розладів у обстежених хворих найбільш часто спостерігаються пригніченість настрою та афект туги (75,8 %), внутрішня напруга із неможливістю розслабитися, невмотивоване занепокоєння, тривога, (71,2 %), психомоторна загальмованість (25,8 %), ідеї самозвинувачення, відчуття провини (67,8 %), відчуття власної непотрібності, малоцінності (73,1 %), звуження кола інтересів (82,6 %), різного роду страхи і нав'язливі спогади психотравмуючої ситуації (64,2 %), підвищена образливість, чутливість щодо критики на свою адресу (29,8 %), астеничні симптоми (45,9 %), погіршення пам'яті (38,9 %), зниження концентрації уваги (61,2 %), психічна стомлюваність (71,2 %) (табл. 1).

Таблиця 1

Клінічна картина депресивних розладів у обстежених хворих (%)

Симптом	Частота
пригніченість настрою, туга	75,8
внутрішня напруга із неможливістю розслабитися, тривога	71,2
психомоторна загальмованість	25,8
ідеї самозвинувачення	67,8
відчуття малоцінності	73,1
звуження кола інтересів	82,6
страхи, нав'язливі спогади психотравмуючої ситуації	64,2
підвищення образливості	29,8
астенія	45,9
погіршення пам'яті	38,9
зниження концентрації уваги	61,2
психічна стомлюваність	71,2

Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження у структурі депресивних розладів: переважали тривожний (45,4 % хворих основної та 32,1 % контрольної груп) та тужливий (35,2 % і 36,3 % відповідно) варіанти, у діагностовано 7,1 % хворих основної і 18,2 % контрольної груп астено-апатичний та 12,3 % і 13,4 % відповідно меланхолійний варіант (табл. 2).

Таблиця 2
Варіанти депресивних розладів у
обстежених хворих (%)

Клінічний варіант	Основна група	Контрольна група
Тривожний	45,4	32,1
Тужливий	35,2	36,3
Астено-апатичний	7,1	18,2
Меланхолійний	12,3	13,4

При тривожному варіанті депресії відзначається домінування загального тривожного фону у поєднанні з зниженим тлом настрою, пригніченість, дратівливість, гіперестезія, почуття туги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, моторне занепокоєння. Відзначалася важка або помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий або помірний депресивний епізод за шкалою Монтгомері – Айсберга, високим рівнем суїцидального ризику за відповідною шкалою.

Тужливий варіант протікав на тлі зниженої активності і гіпобулії та характеризувався афектом туги і тривоги, різноманітними страхами і побоювання, нічними жахами та містив у собі поряд з важкою або помірно вираженою тривоگوю і депресією за шкалою Гамільтона, великим або помірним депресивним епізодом за шкалою Монтгомері – Айсберга, високим рівнем суїцидального ризику.

Астено-апатичний містив у собі поряд пригніченість настрою, підвищену стомлюваність, млявість, відчуття виснаження, гіперестезії, психомоторну загальмованість, Гамільтона, їх субклінічними проявами по лікарняній шкалі, помірним депресивним епізодом за шкалою Монтгомері – Айсберга та характеризувався помірним рівнем суїцидального ризику.

Меланхолійний варіант характеризувався зниженим тлом настрою, афектом туги, частими лакримальними реакціями, думками про власну малоцінність, ідеями самозвинувачення і самознищення, психомоторною загальмованістю, іпохондричними проявами, соматовегетативними розладами. Депресивні і тривожні розлади в рамках легкого епізоду за шкалою Гамільтона, і помірним депресивним епізодом за шкалою Монтгомері – Айсберга, для цього варіанту був притаманний помірний або низький рівень суїцидального ризику.

Як показали результати клініко-анамнестичного дослідження, у 43,2 % обстежених основної групи відмічалася суїцидальна поведінка в минулому, у 19,6 % здійснювали суїцид; 31,2 % родичів хворих основної групи та 11,1 % групи контролю страждали на депресивні розлади які потребували лікування у психіатричній лікарні.

Як показали результати дослідження для всіх обстежених жінок притаманний високий рівень ангедонії (знижена здатність отримувати задоволення), при цьому у обстежених основної групи показники шкали SHAPS були більш високими (12–14 балів) у порівнянні з групою контролю (9–12 балів)

Отримані у ході роботи дані свідчать про те, що чинниками ризику формування суїцидальної поведінки у жінок хворих на депресивні розлади є нездоланній особистісний конфлікт, високий рівень тривоги, низька комунікативність, замкнутість, негативна оцінка подій, підвищена чутливість, вразливість, відсутності соціальної підтримки.

6. Обговорення результатів дослідження

Як показали результати нашого дослідження, прогностично значущими у формуванні суїцидальної поведінки жінок з депресивними розладами є тривожний та тужливий варіанти депресивних розладів, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику, обтяжений суїцидологічний анамнез.

Базисом для формування суїцидальної загрози є високий рівень ангедонії, внутрішньої напруги з неможливістю розслабитися, імпульсивність, проблеми міжособистісних комунікацій.

Отримані дані, щодо специфіки депресивних розладів асоційованих з суїцидальною поведінкою у жінок корелюють з даними вітчизняних дослідників [9, 10] та свідчать про необхідність подальшого вивчення специфіки депресивних розладів поєднаних із суїцидальною поведінкою у жінок в сучасних умовах.

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів поєднаних з суїцидальною поведінкою є важливим для практичної роботи лікаря загальної практики, оскільки дозволяє диференційовано прогнозувати можливість виникнення суїцидальної поведінки для визначення оптимальної схеми її корекції та профілактики.

7. Висновки

1. Для жінок хворих на депресивні розлади із суїцидальною поведінкою характерні тривожний, тужливий, астено-апатичний і меланхолійний варіанти депресивних розладів. Хворим з тривожним та астеничним варіантами депресії притаманний високий рівень суїцидального ризику.

2. Для жінок хворих на депресивні розлади поєднані з суїцидальною поведінкою притаманні високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самоусвідомлення смерті, високий рівень ангедонії, клінічні прояви тривоги і депресії за госпітальною шкалою, важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері – Айсберга.

Література

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

2. Аршава, І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі „особистість-стан”) [Текст] / І. Ф. Аршава // Вісник АПН України: Педагогіка і психологія. – 2006. – № 4 (53). – С. 82–90.
3. Тахташова, Д. Р. Програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих з біполярними афективними розладами [Текст] / Д. Р. Тахташова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, № 1 (78). – С. 91–96.
4. Кожина, Г. М. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади [Текст]: монографія / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська. – Х.: ХНМУ, 2014. – 64 с.
5. Кожина, А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств [Текст] / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, № 4 (77). – С. 90–93.
6. Hmain, S. Gender differences in the effectiveness of the use of art therapy for patients with recurrent depressive disorder [Text]: abstract book / S. Hmain // 6th International Scientific Interdisciplinary Congress for medical students and young doctors. – Kharkiv, 2013. – P. 176.
7. Киреева, Е. Н. Система профилактики повторных эпизодов депрессивных расстройств [Текст] / Е. Н. Киреева // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – № 4 (66). – С. 103–106.
8. Волошин, П. В. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) [Текст]: монографія / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Г. М. Кожина, М. В. Маркова та ін. – Х., 2016. – 335 с.
9. Karczinski, N. S. Cognition and functioning in bipolar depression [Text] / N. S. Karczinski, J. C. Narvaez, P. V. Magalhaes, J. Bucker, A. C. Peuker, A. C. Loredo et. al. // Revista Brasileira de Psiquiatria. – 2016. – Vol. 38, Issue 3. – P. 201–206. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1558
10. Жупанова, Д. А. Клинические особенности медикаментозного комплайенса у пациентов с депрессивным эпизодом [Текст] / Д. А. Жупанова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 1 (82). – С. 132–137.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.
Дата надходження рукопису 23.10.2017*

Катерина Олексіївна Зеленська, кандидат медичних наук, асистент, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022
E-mail: zelenskaya135@gmail.com

Галина Геннадіївна Кольцова, лікар психіатр, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
E-mail: kolcovagg2017@gmail.com

УДК:[616.714+616.831]-001-053.2.173.7:364-781

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.118849

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА БАЗОВІ ЗАСАДИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ У СФЕРІ ДИТЯЧОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ

© **О. Е. Духовський**

У роботі проведено вивчення особливостей емоційних розладів у батьків дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою.

Структура тривожно-депресивних станів обстежених батьків представлена тривожно-депресивним, астено-депресивним, депресивно-апатичним і дисфоричним варіантами.

Отримані результати дозволили обґрунтувати доцільність медико-психологічного супроводу родини немовляти з важкою черепно-мозковою травмою, яка включає методи диференційованої психотерапії та психоосвіту

Ключові слова: батьки немовляти, черепно-мозкова травма, емоційні розлади, тривога, депресія, астенія, дисфорія

1. Вступ

Охорона психічного і фізичного здоров'я матері і дитини є одним із пріоритетних завдань державної соціальної політики в Україні [1].

Проблема психологічної підтримки батьків важко хворої дитини набуває сьогодні особливої актуальності в Україні. З кожним роком кількість дітей з тяжкими вродженими та набутими захворювання-

ми збільшується [2, 3]. Це пов'язано не тільки з суто негативними факторами, але і з такою позитивною тенденцією, як підвищення якості медичної допомоги матері та дитині, що значно знизило дитячу смертність і водночас поставило питання про забезпечення гідної якості життя врятованих дітей та їх сімей [4, 5].

Однією з важливих і актуальних проблем дитячої нейрохірургії є черепно-мозкова травма дитини