

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ
ТА НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»

ІСАЄНКО СВІТЛАНА ВОЛОДИМИРІВНА



УДК: 616.89-008.441.44-084:616-006-052(043.3)

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ.
СУЧАСНА СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеню
кандидата медичних наук

Харків – 2020

Дисертацією є рукопис

Роботу виконано в Харківському національному медичному університеті МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Кожина Ганна Михайлівна**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи, завідувач кафедри

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Підкоритов Валерій Семенович**, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», відділ клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, завідувач відділу

доктор медичних наук, доцент **Огоренко Вікторія Вікторівна**, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра психіатрії, наркології і медичної психології, професор кафедри

Захист відбудеться «08» вересня 2020 р. о 10⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.566.01 в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.

Автореферат розісланий «08» серпня 2020 р.

Вчений секретар
Спеціалізованої вченої ради Д 64.566.01,
кандидат медичних наук



Н.А. Байбарак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема депресивних розладів займає одне з провідних місць в сучасній психіатрії досить значима в соціальному плані. Останнім часом істотно зросла актуальність проблеми депресій в онкологічній практиці, де їх поширеність коливається за даними різних авторів від 40 до 60 %. (Марута, 2018; Юр'єва Л.М., 2018; Кожина Г.М., 2019, G. Chojnacka-Szawlowska, M. Majkowicz, K. Basinskietal, 2017).

Онкологічна хвороба має сильний вплив на психіку людини. Стрес, негативні емоції, нерозуміння, неспокій, тривога, страх, розгубленість, паніка, апатія, відчуття приреченості стають причинами, глибокої депресії, суїцидальних думок і спроб (Мухаровська І.Р., 2017; Огоренко В.В., 2018; Піонтковська О.В., 2019).

Значна поширеність депресивних розладів, їх негативний вплив на працездатність та висока суїцидонебезпечність є однією з найгостріших медико-соціальних проблем. Суїциди залишаються однією з найгостріших медико-соціальних проблем сучасності і посідають одне з провідних місць у структурі передчасної смертності населення (Юр'єва Л.М., 2017; Підкоритов В.С., 2018; Венгер О.П. та ін., 2018; Марута Н.О., 2018; Пілягіна Г.Я., 2019; G. Campbell, S. Darke, R. Bruno et al., 2018).

Психічна патологія надає значний несприятливий вплив на клінічний та соціальний прогноз онкологічних захворювань, включаючи скорочення термінів виживання, редукацію рівня адаптації та зниження рівня якості життя, а також прихильності до патогенетичного лікування (Маркова М.В., Мухаровська І.Р., 2017; Чабан О.С., 2018; A. L. Neil, V. J. Carr, 2016).

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 (Місяк С.А., 2016; Березко І.В., 2017; Маркова М.В., Мухаровська І.Р., 2017; Іванова Н.М., 2018; Кожина Г.М. та ін., 2018).

Вищезазначене обумовлює необхідність проведення даної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Психоосвітні програми в системі реабілітації психічно хворих» (номер державної реєстрації 01124001823), «Вивчення закономірностей формування та розробка методів профілактики суїцидальної поведінки серед населення України» (№ держреєстрації 0113U002273) та «Оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на психічні розлади на основі розробки та впровадження психоосвітніх програм» (номер державної реєстрації 0115U000238).

Об'єкт дослідження – депресивні розлади та суїцидальна поведінка у онкологічно хворих.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні прояви та чинники розвитку депресивних розладів у онкологічно хворих, як мішені комплексної системи їх терапії та профілактики суїцидальної поведінки.

Мета дослідження: на основі клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів і механізмів формування суїцидальної поведінки у онкологічних хворих розробити персоніфіковану систему їх психопрофілактики.

Виходячи з мети нами були поставлені наступні **завдання дослідження:**

1. Визначити ступінь вираженості суїцидального ризику у хворих з онкологічною патологією.
2. Вивчити клініко-психопатологічну структуру депресивних розладів у онкологічних хворих та її зв'язок з вираженістю суїцидального ризику.
3. Визначити види суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією.
4. Розробити модель формування суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією.
5. Вивчити динаміку суїцидальної активності у хворих з онкологічною патологією в залежності від періоду захворювання.
6. Розробити систему психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією та оцінити її ефективність.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше на основі системного підходу вивчено особливості клініко-психопатологічної симптоматики та суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією в залежності від стадії захворювання.

Виділено тривожний, емоційно-лабільний, астеничний та апатичний варіанти психопатологічної симптоматики в клінічній картині депресивних розладів при суїцидальній поведінці у хворих з онкологічною патологією.

Проаналізовано вираженість суїцидального ризику в залежності від локалізації онкологічної патології, виділено піки суїцидальної активності у хворих з онкологічною патологією, в залежності від перебігу захворювання.

Вивчені гендерна специфіка клініко-психопатологічної симптоматики та суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією.

Розроблено модель формування суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією та систематизовано суїцидогенні фактори онкологічного захворювання. Доведено, що клінічно прогностично несприятливими факторами є тривожний та емоційно-лабільний варіанти депресивних розладів, хронічний біль, відсутність перспектив позитивного прогнозу, низька ефективність проведеного лікування, суб'єктивно обтяжливе перенесення побічних дій хіміо-та радіотерапії, «психологічна капітуляція» хворого.

Розроблений та апробований психотерапевтичний супровід пацієнта в режимі online, на платформі соціальної мережі Instagram в спеціально створеному блозі з використанням як індивідуальної роботи з пацієнтом в закритому чаті так і участь пацієнта в online тренінгах «Відновлення», «Психологічний баланс», «Адаптація та рух вперед».

Практичне значення одержаних результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги та реабілітації хворим з онкологічними захворюваннями.

Розроблена і апробована програма персоніфікованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією, яка складається з двох етапів (психотерапевтична і психоосвітня робота в стаціонарі та психотерапевтичний супровід пацієнта в режимі online), включає в себе використання у хворих з раком легенів і бронхів - раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, особистісно-орієнтованої психотерапії та малюнкових технік арт-терапії, сімейної психотерапії. У хворих з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози – когнітивно-поведінкової терапії Бека, особистісно-орієнтованої психотерапії, екзистенціальної терапії Роджерса, сімейної психотерапії. У хворих з раком ротової порожнини і глотки – раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, психотонічного варіанта аутогенного тренування, сімейної психотерапії. У хворих з раком грудей і статевих органів – особистісно-орієнтованої психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, сімейної психотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, онкологів та інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги онкологічно хворим, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі до- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я (акти впровадження від 05.12.2017; 20.12.2017), КЗ СОР «Обласний наркологічний диспансер» (акт впровадження від 03.09.2019), ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер» м. Лисичанськ (акт впровадження від 05.09.2019), Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні (акт впровадження від 13.05.2019), Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» Тернопільської обласної ради (акти впровадження від 26.09.2019; 22.10.2019), КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» (акти впровадження від 10.09.2019; 15.10.2019), КНП ХОР «Міській психоневрологічний диспансер № 3» (акти впровадження від 18.09.2019; 09.10.2019); Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету (акти впровадження від 26.09.2019; 16.10.2019).

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України.

Особистий внесок здобувача: автору особисто належить ідея роботи, проведено пошук, вивчення та реферування літературних джерел, особисто визначено мету і задачі дослідження та розроблено його методологію. Самостійно виконано клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження, статистично-математична обробка, аналіз та опис отриманих результатів дослідження, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи. Авторкою особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено систему психотерапевтичної підтримки онкологічно хворих та профілактики суїцидальної поведінки та оцінку її ефективності.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у роботі за № 7 у списку праць, опублікованих за темою дисертації автором особисто сформульована проблема дослідження, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 8 – проведено аналіз суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією; у роботі за № 9 – запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку; за № 10 – подано ідею, проведено аналіз інформації, підготовлено висновки; у роботі за № 13 – запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали; у роботі за № 14 – сформульовано гіпотезу роботи, розроблено систему медико-психологічного супроводу волонтерів; у роботі за № 15 – проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено висновки.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання)» (Харків, 10-12.10.2012); науковий симпозіум з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід до надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні» (Одеса, 9-10.10.2014); науковий симпозіум з міжнародною участю «Когнітивні порушення при неврологічних, психічних та наркологічних захворюваннях» (Ужгород, 6-7.10.2016); міжнародний конгрес з медичної і психологічної реабілітації «Med&psy Rehab» (Київ, 30-31.10.2017); наукова сесія та міжвузівська конференція молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 23.01.2018); науково-практична конференція з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта дослідження» (Харків, 17-18.05.2018); науково-практична конференція «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я» (Запоріжжя, 3-4.10.2018); конгрес «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (Київ, 1-2.11.2018); 26th European Congress of Psychiatry (Nice. France, 3-6.03.2018); VI Міжнародна науково-практична конференція «Гендер. Екологія. Здоров'я.» (Харків, 18-19.04.2019); науково-практичний симпозіум «Профілактика і чинники ризику неврологічних, психічних та наркологічних розладів» (Тернопіль, 3-4.10.2019); II науково-практична конференція з міжнародною участю

«психосоматична медицина: наука і практика (нові погляди на ефективну медичну допомогу)» (Харків, 1.11.2019); міжнародна науково-практична конференція «Психологічне консультування і психотерапія: виклики сучасності» (Харків, 15-16.11.2019); міжнародна міждисциплінарна науково-практична конференція «Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика» (Харків, 13-14.12.2019); Internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz "Die wichtigsten vektoren für die entwicklung der wissenschaft im jahr 2020" (Люксембург, 24.01.2020).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 15 друкованих праць, з них 5 статей у наукових фахових виданнях, визначених МОН України, серед яких 5 у виданнях, що входять у наукометричні бази даних SCIENCEINDEX, Ulrich's Periodicals Directory і Google Scholar (усі одноосібні), 1 стаття у зарубіжному фаховому виданні, 2 інформаційні листи про нововведення в системі охорони здоров'я та 7 тез доповідей у матеріалах наукових конференцій державного та міжнародного рівнів.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 168 сторінках машинопису (з них 120 сторінок – основний текст). Робота складається зі анотацій українською та англійською мовами, вступу в введення, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 15 таблицями й 15 рисунками. Бібліографічний список містить 215 джерел, з них 30% (64) – закордонних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Дизайн дослідження й характеристика обстежених. Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі КЗ Харківський обласний клінічний онкологічний центр протягом 2014-2019 рр. було проведено комплексне обстеження 154 хворих обох статей (78 жінок та 76 чоловіків), у віці 25-55 років з онкологічною патологією поза мозковою локалізацією, у яких було діагностовано депресивні розлади.

Залежно від локалізації онкологічного процесу обстежені були розділені на підгрупи:

I - пацієнти з раком легень і бронхів – 26,5±1,2%

II - з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози – 29,1±1,3%

III - ротової порожнини і глотки – 16,0±1,1%

IV - грудей і статевих органів – 28,4±1,3%

Основну групи (ОГ) склали 103 хворих (56 жінок та 47 чоловіків), які взяли участь в розробленій нами програмі корекції депресивних розладів і профілактики суїцидальної поведінки; контрольну (КГ) – 51 хворий (26 жінок та 25 чоловіків), які отримували стандартну протипухлинну терапію.

Залежно від стадії захворювання у обстежених нами пацієнтів відзначалися наступні депресивні розлади: органічний депресивний розлад (F06.32) у 100%

обстежених IV стадії; депресивний епізод (F32.1, F32.2) 29,2±1,1% обстежених з I стадією, 54,3±1,6% з II, 64,9±1,7% III стадією; депресивна реакція (F43.21, F43.22) – діагностувалася у 70,8±1,8% хворих з I стадією, 45,7±1,4% II стадією та 35,1±1,3% III стадією раку.

Більшість обстежених хворих мешкали у місті (81,1±1,9%) у задовільних матеріально-побутових умовах (53,1±1,6%); з родиною (80,1±1,9%), мали повну вищу освіту (55,9±1,6%), працювали у сфері розумової (42,0±1,4%) праці.

Методи дослідження. У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, який базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження спрямованих на виявлення провідних симптомів, синдромів та їх динаміки із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10. Клініко-анамнестичний метод з використанням структурованого інтерв'ю.

Психодіагностичний метод включав використання клінічних шкал тривоги (НАМ-А) і депресії (НАМ-Д) Гамільтона (М. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988); шкали Монтгомери-Айсберга (Montgomery SA, Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi GD, 1993) (MADRS); госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); шкали ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханина, 1981); Колумбійської шкали серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS, Columbia Suicide Severity Rating Scale) (Posner K., Oquendo M.A., Gould M., Stanley B. і Davies M., 2007); «Тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів» (Пилягіна Г. Я., 2004); методики «Спосіб визначення суїцидального ризику у хворих на депресивний розлад» (Кожина Г.М., Коростій В.І., Зеленська К.О., 2015) та «Спосіб оцінки самосвідомості смерті, як фактора антисуїцидального бар'єра у хворих на депресивний розлад» (Кожина Г.М., Коростій В.І., Зеленська К.О., 2015); «Шкали визначення рівня ангедонії SHAPS (Snaith – Hamilton Pleasure Scale, 1995); методики вивчення стилів стрес-долаючої поведінки «Способи копінгу» (в адаптації Т.А. Крюкової, 2002); дослідження якості життя за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruizperez, Liu&Yoon, 1999 у модифікації Н.О. Марути, 2004.

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 ± похибка середньої арифметичної.

Результати дослідження. Дані клініко-психопатологічного дослідження дозволили виділити такі особливості психічних розладів у обстежених хворих: пригніченість настрою й афект туги (нудьга, зневіра, смуток, сум), астеничний симптомокомплекс, внутрішня напруга 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.

Як показали результати дослідження в клінічній картині депресивних розладів у обстежених хворих представлена тривожним (28,1±1,3% хворих з раком легенів і бронхів; 24,5±1,2% з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози; 24,6±1,2% з раком ротової порожнини і глотки і 22,8±1,3% пацієнтів з раком грудей і статевих органів), емоційно-лабільним (22,4±1,2%, 28,2±1,3%, 26,1±1,3% та 23,3±1,2% хворих відповідно), астенічним (22,9±1,2% хворих з раком легенів і бронхів; 21,2±1,2% з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози; 30,5±1,3% з раком ротової порожнини і глотки і 19,4±1,1% пацієнтів з раком грудей і статевих органів) і апатичним (21,2±1,2%, 24,7±1,3%, 22,1±1,2%, 32,1±1,4%) варіантами психопатологічної симптоматики (рис.1).

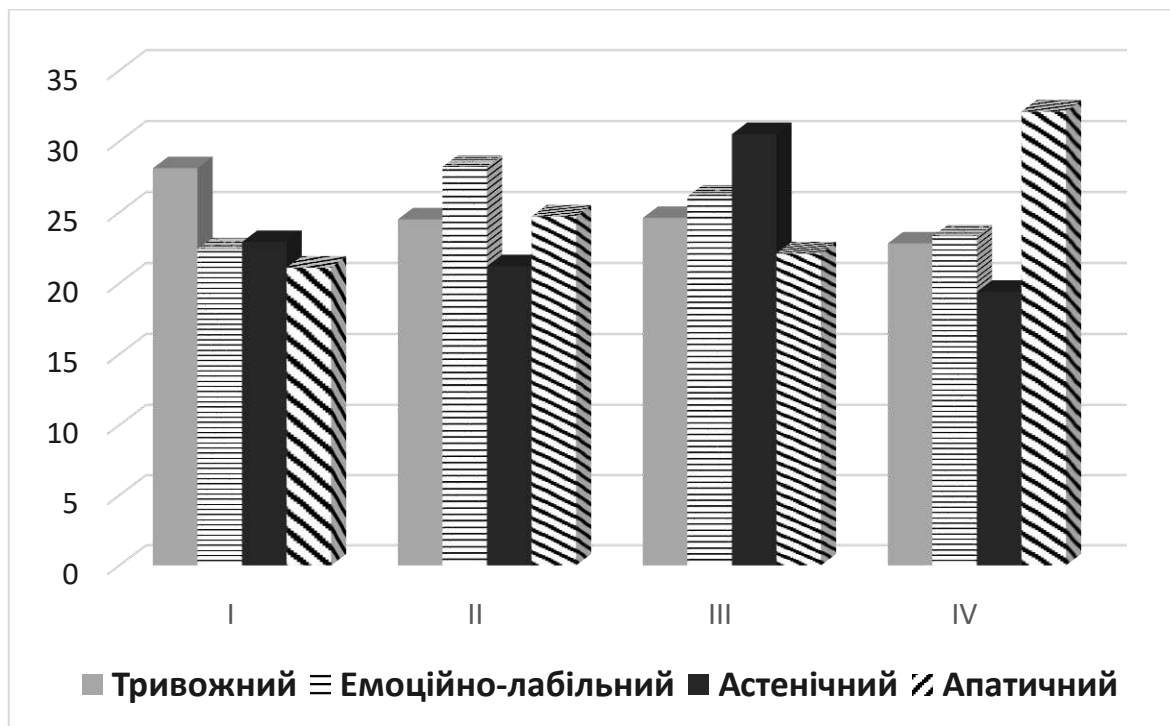


Рисунок 1 Варіанти депресивних розладів у обстежених хворих (%)

Тривожний варіант частіше зустрічався у хворих I групи і проявлявся зниженим фоном настрою, афектом туги і тривоги, почуттям внутрішньої напруги, занепокоєнням з неможливістю розслабитися, моторним занепокоєнням, високим рівнем суїцидального ризику і низьким рівнем самосвідомості смерті за відповідними шкалами.

Емоційно-лабільний варіант був більш виражений у обстежених II групи і включав в себе, поряд з тривожно-депресивними проявами, підвищену сприйнятливність до раніше нейтральних подразників, нестриманість, дратівливість, нетерплячість, схильність до пароксизмальних афективних реакцій, які посилювалися при втомі та нервово-психічній напрузі та супроводжувався високим рівнем суїцидального ризику і низьким рівнем самосвідомості смерті.

Астенічний варіант був більш характерний для хворих III групи та проявлявся зниженим фоном настрою, афектом туги, яскраво вираженим астенічним симптомокомплексом, для нього були притаманні середній рівень суїцидального ризику і низький рівень самосвідомості смерті за відповідними шкалами.

Апатичний – частіше зустрічався у обстежених IV групи і характеризувався поєднанням астеничної симптоматики, відчуттям повного виснаження із загальною загальмованістю, апатією, бездіяльністю та байдужістю, середнім рівнем суїцидального ризику і самосвідомості смерті.

У клінічній картині депресивної реакції (70,8±1,7% хворих з I стадією, 45,7±1,4% II стадією та 35,1±1,3% III стадією раку) спостерігаються пригніченість настрою, почуття туги, тривоги, відчуття постійного внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, різноманітні страхи і побоювання.

Депресивний епізод (29,2±1,4% обстежених з I стадією, 54,3±1,5% з II, 64,9±1,6% III стадією раку) характеризувався зниженим настроєм, відчуттям зневіри, суму, зниженням інтересу до навколишнього, ангедонією, стомлюваністю, занепадом сил, зниженням концентрації уваги, розумової працездатності.

При органічному депресивному розладі (100% обстежених з IV стадією онкопатології) поряд з пригніченістю настрою, афектом туги і тривоги, порушенням сну відмічалися концентрація уваги на стані соматичного неблагополуччя, короткочасні бурхливі реакції на незначні емоційні події, невідповідність емоційних реакцій ситуації.

При аналізі клінічної симптоматики виявлені деякі гендерні відмінності: у жінок в порівнянні з чоловіками депресивні епізоди характеризувалися більшою виразністю туги, у чоловіків в клінічній структурі домінували тривожні прояви та дратівливість.

Як показали результати вивчення виразності суїцидального ризику суїцидальні спроби робили 28,1±1,3% хворих з раком легенів і бронхів, 33,2±1,3% з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози, 20,1±1,2% з раком ротової порожнини і глотки і 19,6±1,2% пацієнтів з раком грудей і статевих органів; суїцидальні рішення і наміри відзначалися у 39,9±1,4%, 43,2±1,4%, 38,9±1,3% і 39,6±1,4% хворих відповідно; пасивні та активні суїцидальні думки стабільно виникали у 32±1,3% обстежених групи I, 26,3±1,2% – групи II, 41±1,4% хворих – III і 40,8±1,4% IV груп.

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, переважно отруєння ліками.

При дослідженні варіантів суїцидальної поведінки встановлено, що у всіх обстежених хворих не залежно від стадії і локалізації онкопатології переважає істинна суїцидальна поведінка – 53,2±1,5% обстежених, афективний варіант суїцидальної поведінки спостерігався у 38,1±1,3% обстежених і демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка зазначалася у 8,7±1,1% хворих. (рис.2).

У 23,8±1,2% обстежених відмічалася суїцидальна поведінка в анамнезі, у 20,1±1,2% родичі здійснювали суїцид, 25,97±1,2% родичів хворих страждали на депресивні розлади.

Отримані в ході роботи дані дозволили нам розробити модель формування депресивних розладів і суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією (рис.3).

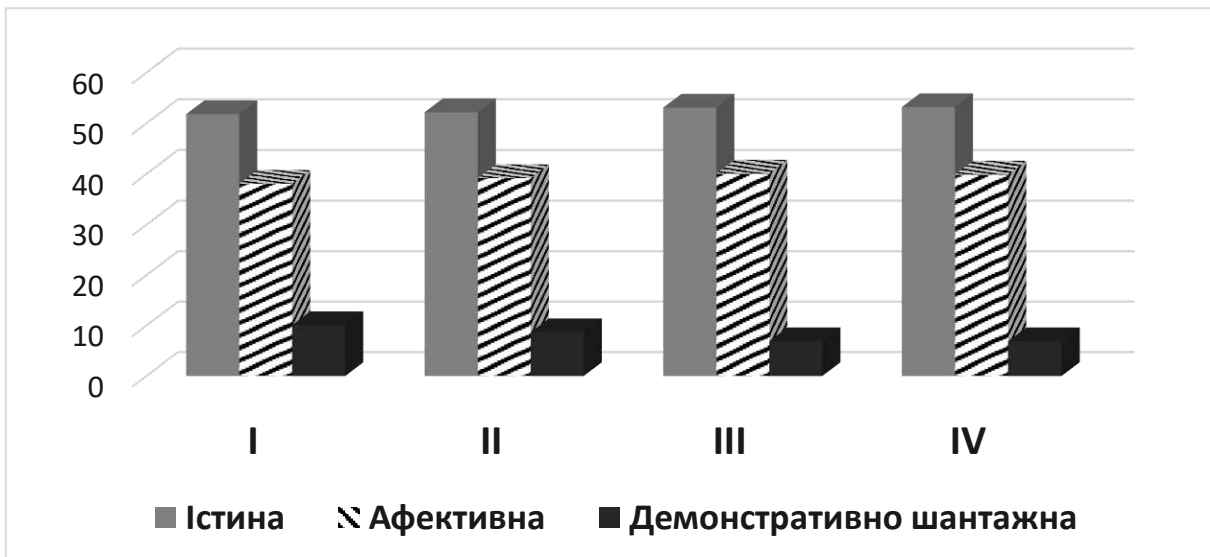


Рисунок 2 Варіанти суїцидальної поведінки у обстежених хворих в залежності від стадії онкологічного захворювання (%)



Рисунок 3 Модель формування депресивних розладів і суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією

Базисом для формування суїцидальної поведінки є «психологічна капітуляція» хворого – стійка нездатність впоратися з депресією, почуттям безсилля, беспорядності, безнадійності.

Суїцидогенними факторами онкологічного захворювання є: хронічний біль, труднощі в самообслуговуванні, відсутність перспектив позитивного прогнозу, низька ефективність проведеного лікування, суб'єктивно обтяжливе перенесення побічні дії хіміо- та радіотерапії.

Відповідно мотивами суїцидальної поведінки онкологічно хворих є: припинення соматичного страждання, позбавлення від болю, думки про безцільність і болісність подальшого існування, відчуття неповноцінності, нездатність до самообслуговування і бажання звільнити родичів від догляду за ними.

Усі обстежені хворі (100%) відзначали психотравматичність факту діагностування у них злоякісного новоутворення, вони відчували почуття небезпеки ($69,3 \pm 1,7\%$); тривогу ($78,2 \pm 1,7\%$) аж до паніки ($45,8 \pm 1,4\%$); депресію ($72,9 \pm 1,7\%$); страх смерті ($66,8 \pm 1,6\%$); безнадію ($39,2 \pm 1,3\%$) та апатію ($38,2 \pm 1,3\%$); відчай ($35,6 \pm 1,3\%$); втрату сенсу життя ($35,2 \pm 1,3\%$), відчуття гідності ($29,8 \pm 1,3\%$) та втрату контролю над ситуацією ($48,6 \pm 1,4\%$); вони становилися замкнутими ($44,6 \pm 1,4\%$) (табл. 1).

Таблиця 1

Реакція на наявність онкологічного захворювання у обстежених хворих (%)

Психологічна реакція	
Почуття небезпеки	$69,3 \pm 1,7$
Паніка	$45,8 \pm 1,4$
Тривога	$78,2 \pm 1,7$
Страх смерті	$66,8 \pm 1,6$
Замкнутість	$44,6 \pm 1,4$
Безнадія	$39,2 \pm 1,3$
Відчай	$35,6 \pm 1,3$
Апатія	$38,2 \pm 1,3$
Депресія	$72,9 \pm 1,7$
Втрата сенсу життя	$35,2 \pm 1,3$
Втрата відчуття гідності	$29,8 \pm 1,3$
Втрата контролю над ситуацією	$48,6 \pm 1,4$

Несприятливими прогностичними факторами виникнення суїцидальної поведінки у онкологічно хворих є тривожний і емоційно-лабільний варіанти депресивних розладів, помірний або великий депресивний епізод за MADRS, важка депресія за HAM-D, клінічно виражені тривога та депресія за HADS, високий рівень особистісної тривожності за шкалою Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханина, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті, наявність серйозних суїцидальних намірів за C-SSRS, високі рівні аутоагресивних предикторів

(аутоагресії, внутрішньої напруги, імпульсивності, звуження когнітивних функцій, афективних порушень).

Як свідчать отримані данні у хворих з онкологічною патологією, в залежності від перебігу захворювання спостерігаються наступні піки суїцидальної активності: I – перші 6 місяців після постановки діагнозу, II – відразу після радикального хірургічного втручання (мастектомії, стома і тд), III – період рецидиву і прогресування захворювання і IV – перехід на симптоматичне лікування.

При цьому найбільш суїцидонебезпечним є період прогресування, рецидиву захворювання.

На підставі отриманих в ході роботи даних була розроблена і апробована програма персоніфікованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією.

Розроблена програма базувалася на комплексному використанні психотерапевтичних і психоосвітніх втручань з використанням E-Mental Health технологій.

Групи хворих брали участь в розробленій нами програмі формувалися з урахуванням виявлених піків суїцидальної активності у хворих з онкологічною патологією.

У ряді випадків при яскраво вираженій депресивній симптоматиці ми використовували і фармакотерапію з диференційованим застосуванням антидепресантів – селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, мелатоніну і анксиолітиків.

На підставі отриманих у ході роботи даних було розроблено та апробовано програму психотерапевтичної підтримки онкологічно хворих з депресивними розладами.

Психотерапевтична програма для хворих з раком легенів і бронхів включала використання раціональної психотерапії (класичний варіант П. Дюбуа, 1912), когнітивно-поведінкової терапії Бека (А. Т. Beck, 2006), особистісно-орієнтованої психотерапії (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994) та малюнкових технік арт-терапії, сімейної психотерапії (Ейдміллер Е.Г., 2003). Тривалість програми терапії становила 11-15 тижнів.

У хворих з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози використовувались індивідуальна і групова когнітивно-поведінкова терапія Бека (А. Т. Beck, 2006), особистісно-орієнтована психотерапія (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994), екзенстенціальна терапія Роджерса (С. Rogers, 2002; Т. Karasu, 2006), сімейна психотерапія (Ейдміллер Е.Г., 2003). Тривалість програми терапії становила 12-16 тижнів.

У хворих з раком ротової порожнини і глотки – раціональна психотерапія (класичний варіант П. Дюбуа, 1912), когнітивно-поведінкова терапія Бека (А. Т. Beck, 2006), психотонічний варіант аутогенного тренування (А. М. Шогама, К. І. Мирівського, 1963), сімейна психотерапія (Ейдміллер Е.Г., 2003). Тривалість програми терапії становила 10-12 тижнів.

У хворих з раком грудей і статевих органів використовували особистісно-орієнтовану психотерапію (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов,

1994), індивідуальну і групову когнітивно-поведінкову терапію Бека (Beck A. T., 2006), сімейну психотерапію (Ейдміллер Е.Г., 2003) та тілесно-орієнтовану психотерапію. Тривалість програми терапії становила 11-15 тижнів.

Смислотворчим елементом психотерапевтичної підтримки була визначена психоосвіта. Психоосвіта (psychoeducation) – поетапно здійснювана система психотерапевтичних впливів, які передбачають інформування хворого та його родичів про депресивні та онкологічні розлади та їх навчання методам співволодіння зі специфічними проблемами, обумовленими проявами захворювання.

Для вирішення поставлених завдань ми використовували інтегративну модель психоосвітньої роботи, яка включала в себе використання: інформаційного тренінга, тренінга формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії (Марута Н.О. з співавт., 2010), тренінга поліпшення комплаєнсу, прийоми когнітивно-поведінкової психотерапії.

Основною метою психоосвіти є надання знань про особливості хвороби та залучення до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах, шляхом формування у хворих адекватного уявлення про захворювання та особливості хірургічного та терапевтичного втручання, забезпечення «психосоціальної підтримки», формування довіри у діаді лікар-хворий, зниження рівня стигматизованості та самостигматизованості; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Психоосвіта стала важливою складовою розробленої нами програми і проводилася на всій її довжині. На доопераційному етапі психоосвіта була спрямована переважно на раціональну корекцію уявлень пацієнта про його захворювання, роботу з виникаючими страхами і негативними установками. В післяопераційному періоді – на запобігання самоізоляції і заглибленості у хворобу, на формування цілей, які сприятимуть поверненню до активного життя. Окремим психосвітнім алгоритмом було обговорення теми безпосередньо суїцидальної поведінки.

Психоосвітня програма реалізовувалася за допомогою проблемно-орієнтованих дискусій, міні лекцій online і інфографіки.

Розроблена нами програма включала 2 блоки: I – психотерапевтична і психоосвітня робота в стаціонарі; II – психотерапевтичний супровід пацієнта в режимі online.

У перший блок входили психотерапевтичні впливи спрямовані на стабілізацію емоційного стану, корекцію тривожно-депресивної симптоматики, переробку внутрішньоособистісних конфліктів, корекцію страху смерті.

З огляду на специфіку виявлених суїцидогенних факторів в роботі з пацієнтами на даному етапі були використані тренінги «Рецидив хвороби» і «Робота зі смертю».

Другий блок включав в себе психотерапію спрямовану на підвищення спроможності хворого адекватно реагувати на проблемні ситуації і приймати

конструктивні рішення; трансформацію психічної напруги в соціально прийнятні форми поведінки; адаптацію до нового життєвого статусу; підвищення життєстійкості.

Психотерапевтичний супровід онкологічного хворого здійснювалося на платформі соціальної мережі Instagram в спеціально створеному блозі з використанням як індивідуальної роботи з пацієнтом в закритому чаті, так і участь пацієнта в online тренінгах «Відновлення», «Психологічний баланс», «Адаптація та рух вперед».

Оскільки одним з факторів суїцидогенезу є суб'єктивно обтяжливі побічні дії хіміо-та радіотерапії, що переносяться хворим, були створені групи психологічної підтримки для хворих, які проходять таку терапію.

Як показали результати дослідження на тлі проведення розробленої програми персоналізованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією відзначено достовірне зниження показників тривоги та депресії за госпітальною шкалою HADS ($83,2 \pm 1,8\%$ обстежених хворих основної та $26,3\%$ контрольної груп); шкал тривоги HDRS ($79,5 \pm 1,7\%$ та $29,1 \pm 1,3\%$ відповідно) та шкали MADRS ($76,3 \pm 1,7\%$ хворих основної та $31,1 \pm 1,3\%$ контрольної груп); зниження ступеню тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна ($51,2 \pm 1,5\%$ хворих основної та $19,1 \pm 1,2\%$ контрольної груп).

Психотерапевтичне та психоосвітнє втручання сприяло позитивним змінам стресдолаючої поведінки – у обстежених хворих після завершення програми психотерапевтичної підтримки домінували копінг-стратегії спрямовані на вирішення проблеми ($42,1 \pm 1,4\%$ обстежених основної та $19,2 \pm 1,2\%$ контрольної груп), на емоції ($38,2 \pm 1,3\%$ та $22,1 \pm 1,2\%$ відповідно), на уникнення ($10,2 \pm 1,1\%$ та $33,3 \pm 1,3\%$) та на відволікання ($9,5 \pm 1,1\%$ та $25,4 \pm 1,2\%$).

На тлі проведеної програми персоналізованої психотерапевтичної підтримки відмічена позитивна динаміка якості життя обстежених хворих основної групи – покращення показників за шкалами: фізичного благополуччя, самообслуговування, самореалізації, психологічного благополуччя та загального сприйняття якості життя в середньому на $36,5 \pm 1,3\%$, у порівнянні з хворими контрольної групи – підвищення показників у середньому на $21,5 \pm 1,2\%$.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої диференційованої програми персоналізованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією. У $81,5 \pm 1,8\%$ обстежених основної та $35,1 \pm 1,3\%$ контрольної групи не здійснювали повторні суїцидальні спроби, у $69,3 \pm 1,7\%$ та $29,3 \pm 1,3\%$ обстежених відповідно встановлена стійка позитивна динаміка психічного стану, стабілізація фону настрою та підвищення ефективності стресдолаючої поведінки.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі – розробки персоналізованої системи психопрофілактики суїцидальної поведінки у онкологічних хворих на основі вивчення клініко-психопатологічних механізмів їх формування.

2. Як показали результати вивчення вираженості суїцидального ризику найбільша суїцидальна активність відзначається у хворих на рак стравоходу, шлунка та підшлункової залози. Суїцидальні спроби зробили $28,1 \pm 1,3\%$ хворих з раком легенів і бронхів; $33,2 \pm 1,3\%$ з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози; $20,1 \pm 1,2\%$ з раком ротової порожнини і глотки і $19,6 \pm 1,2\%$ пацієнтів з раком грудей і статевих органів; суїцидальні рішення і наміри відзначалися у $39,9 \pm 1,4\%$, $43,2 \pm 1,4\%$, $38,9 \pm 1,3\%$ і $39,6 \pm 1,4\%$ хворих відповідно; пасивні та активні суїцидальні думки стабільно виникали у $32,0 \pm 1,3\%$ хворих з раком легенів і бронхів, $26,3 \pm 1,2\%$ – з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози, $41 \pm 1,4\%$ хворих раком ротової порожнини і глотки і $40,8 \pm 1,4\%$ раком грудей і статевих органів.

3. При дослідженні варіантів суїцидальної поведінки встановлено, що у всіх обстежених хворих не залежно від стадії і локалізації онкопатології переважає істина суїцидальна поведінка – $53,2 \pm 1,5\%$ обстежених, афективний варіант суїцидальної поведінки спостерігався у $38,1 \pm 1,3\%$ обстежених, демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка – у $8,7 \pm 1,1\%$ хворих.

4. Для онкологічно хворих з депресивними розладами та суїцидальною поведінкою характерні тривожний ($28,1 \pm 1,3\%$ хворих з раком легенів і бронхів, $24,5 \pm 1,2\%$ з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози, $24,6 \pm 1,2\%$ з раком ротової порожнини і глотки і $22,8 \pm 1,3\%$ пацієнтів з раком грудей і статевих органів), емоційно-лабільний ($22,4 \pm 1,3\%$, $28,2 \pm 1,3\%$, $26,1 \pm 1,3\%$ та $23,3 \pm 1,2\%$ хворих відповідно), астеничний ($22,9 \pm 1,2\%$ хворих з раком легенів і бронхів, $21,2 \pm 1,2\%$ з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози, $30,5\%$ з раком ротової порожнини і глотки і $19,4\%$ пацієнтів з раком грудей і статевих органів) і апатичний ($21,2 \pm 1,2\%$, $24,7 \pm 1,3\%$, $22,1 \pm 1,2\%$, $32,1 \pm 1,4\%$) варіанти депресивних розладів. У хворих з тривожним та емоційно-лабільним варіантами депресії відмічаються найбільш високий рівень суїцидального ризику.

5. Модель формування депресивних розладів та суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією представлена комплексом патогенних чинників. Базисом для формування суїцидальної поведінки є «психологічна капітуляція» хворого – стійка нездатність впоратися з депресією, почуттям безсилля, безпорадності, безнадійності.

Суїцидогенними факторами онкологічного захворювання є: хронічний біль, труднощі в самообслуговуванні, відсутність перспектив позитивного прогнозу, низька ефективність проведеного лікування, суб'єктивно обтяжливе перенесення побічної дії хіміо-та радіотерапії.

Клінічно прогностично несприятливими факторами є тривожний та емоційно-лабільний варіанти депресивних розладів, помірний або великий депресивний епізод за MADRS, важка депресія за HAM-D, клінічно виражені тривога та депресія за HADS, високий рівень особистісної тривожності, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті, наявність серйозних суїцидальних намірів за C-SSRS, високі рівні аутоагресивних предикторів (аутоагресії, внутрішньої напруги, імпульсивності, звуження когнітивних функцій, афективних порушень).

6. Виділено чотири піки суїцидальної активності у хворих з онкологічною патологією, в залежності від періоду захворювання: I – перші 6 місяців після постановки діагнозу, II – відразу після радикального хірургічного втручання (мастектомії, стома і т.д.), III – період рецидиву і прогресування захворювання і IV – перехід на симптоматичне лікування. При цьому найбільш суїцидонебезпечним є період прогресування, рецидиву захворювання.

7. Програма диференційованої персоніфікованої психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією повинна включати психотерапевтичні і психоосвітні втручання з використанням E-Mental Health технологій.

Психотерапевтична програма для хворих з раком легенів і бронхів включає використання раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, особистісно-орієнтованої психотерапії та малюнкові техніки арт-терапії, сімейна психотерапія. У хворих з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози – індивідуальної і групової когнітивно-поведінкової терапії Бека, особистісно-орієнтованої психотерапії, екстенціональної терапії Роджерса, сімейної психотерапії. У хворих з раком ротової порожнини і глотки – раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, психотонічного варіанта аутогенного тренування, сімейної психотерапії. У хворих з раком грудей і статевих органів – особистісно-орієнтованої психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії Бека, сімейної психотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії.

Доведена ефективність використання психотерапевтичного супроводу онкохворого пацієнта в режимі online.

Ефективність впровадженої системи психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією підтверджено результатами 2-річного катамнестичного дослідження.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для покращення якості психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією необхідно проведення комплексної програми психоосвітніх заходів на всіх етапах надання медичної допомоги. На доопераційному етапі психоосвіта повинна була спрямована роботу з виникаючими страхами і негативними установками, формування антисуїцидальних установок; в післяопераційному періоді – на запобігання самоізоляції і заглибленості у хворобу, на формування цілей, які сприятимуть поверненню до активного життя, превенцію суїцидальної поведінки.

2. Психотерапевтичний супровід онкологічного хворого в режимі online повинен бути спрямований на підвищення спроможності хворого адекватно реагувати на проблемні ситуації і приймати конструктивні рішення; трансформацію психічної напруги в соціально прийнятні форми поведінки; адаптацію до нового життєвого статусу; підвищення життєстійкості. Доцільно використовувати індивідуальну роботу з пацієнтом в закритому чаті, так і участь пацієнта в online тренінгах.

ПЕРЕЛІК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Isaenko S. V. Clinical-psychopathological analysis of depressive disorders of oncological patients. // Journal of Education, Health and Sport. 2016. №6(3). P. 290-294.
2. Ісаєнко С. В. Клінічні та психопатологічні особливості формування та перебігу депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. // ScienceRise: Medical Science. 2017. № 9 (17). С. 7-10.
3. Ісаєнко С. В. Феноменологія суїцидальної поведінки при депресивних розладах у хворих з онкологічною патологією. // Архів психіатрії. 2017. Том 23, № 3 (90). С. 174-176.
4. Ісаєнко С. В. Механізми формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами. // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25, №4(93). С. 25-27.
5. Ісаєнко С. В. Психосвіта у системі психотерапевтичної підтримки онкологічно хворих з депресивними розладами. // Вісник морської медицини. 2017. №4 (77). С. 25-29.
6. Ісаєнко С. В. Психотерапевтична підтримка і профілактика суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією позамозкової локалізації. // Архів психіатрії. 2020. Том 22. № 1 (91). С. 85-88.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Зеленська К.О., Ісаєнко С.В. Механізми формування суїцидальної поведінки у онкологічних хворих. // Матеріали міжнародного конгресу з медичної та психологічної реабілітації «Med&psy Rehab», м. Київ, 30-31 жовтня 2017 р.: тези доповідей. - Київ. 2017. С. 45-47. *(Автором особисто сформульована проблема дослідження, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано, оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал).*
8. Kozyna H., Zelenska K., Mykhaylov V., Isaenko S., Koshchii V. Comprehensive analysis of suicidal behavior in depressiv disorders in cencer patiens. // Abstracts of the 26th European Congress of Psychiatry. The Journal of the European Psychiatric Association. France. 2018. Vol. 48. S.537. *(Автором особисто проведено аналіз суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією).*
9. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Ісаєнко С. В. Гендерні відмінності суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. // Матеріали міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах», м. Харків, 29 березня 2018 р.: тези доповідей. – Харків, ХНМУ. 2018. С. 84-85. *(Автором особисто запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку).*
10. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Ісаєнко С. В. Механізми формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами залежно від статі // VI Міжнародна науково-практична конференція «Гендер. Екологія. Здоров'я.», м. Харків, 18-19 квітня 2019 р.: тези доповідей. – Харків, ХНМУ. 2019. С. 105-107. *(Автором особисто подано ідею, проведено аналіз інформації, підготовлено висновки).*

11. Ісаєнко С. В. персоніфікований підхід до психотерапії депресивних розладів у онкохворих // Психологічне консультування та психотерапія: виклики сучасності, м. Харків, 15-16 листопада 2019 р.: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – Харків. 2019. С. 43-46.

12. Ісаєнко С. В. Психотерапія депресивних розладів у онкохворих // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика, м. Харків, 13-14 грудня 2019 р.: матеріали міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції. – Харків. 2019. С. 34-35.

13. Kozhyna H., Zelenska K., Isaenko S. Clinical features of depressive disorders of oncological patients // Die wichtigsten vektoren für die entwicklung der wissenschaft im jahr 2020: zu den materialien internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg, 24 Januar 2020 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. – Luxembourg, 2020. – Band 1. – S. 92–93. *(Автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали).*

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

14. Кожина Г. М., Маркова М. В., Мухаровська І. Р., Зеленська К. О., Ісаєнко С. В., Глаголіч С. Ю. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №333-2016. «Спосіб медико-психологічного супроводу волонтерів, які надають допомогу онкологічним хворим». // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №333-2016. Київ. 4с. *(Автором особисто сформульована гіпотеза роботи, розроблено систему медико-психологічного супроводу волонтерів).*

15. Кожина Г. М., Маркова М. В., Мухаровська І. Р., Зеленська К. О., Ісаєнко С. В. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №334-2016. «Спосіб медико-психологічного супроводу медичних працівників, які надають допомогу онкологічним хворим». // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №334-2016. Київ. 4с. *(Автором особисто проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено висновки).*

АНОТАЦІЯ

Ісаєнко С.В. Клініко-психопатологічні закономірності формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. Сучасна система психопрофілактики . – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2020.

У ході роботи з метою на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів і механізмів формування суїцидальної поведінки у онкологічних хворих розробити персоніфіковану систему їх психопрофілактики проведено комплексне обстеження 154 хворих обох статей з онкологічною патологією поза мозкової локалізації у яких було діагностовано депресивні розлади. Основну групи склали 103 хворих, які взяли участь в розробленій програмі корекції

депресивних розладів і профілактики суїцидальної поведінки; контрольну – 51 хворих, які отримували стандартну протипухлинну терапію.

Встановлено, що клінічна картина депресивних розладів у обстежених хворих представлена тривожним (28,1±1,3% хворих з раком легенів і бронхів, 24,5±1,2% з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози, 24,6±1,2% з раком ротової порожнини і глотки і 22,8±1,3% пацієнтів з раком грудей і статевих органів), емоційно-лабільним (22,4±1,2%, 28,2±1,3%, 26,1±1,3% та 23,3±1,2% хворих відповідно), астеничним (22,9±1,2% хворих з раком легенів і бронхів, 21,2±1,2% з раком стравоходу, шлунку і підшлункової залози, 30,5±1,3% з раком ротової порожнини і глотки і 19,4±1,1% пацієнтів з раком грудей і статевих органів) і апатичним (21,2±1,2%, 24,7±1,3%, 22,1±1,2%, 32,1±1,4%) варіантами психопатологічної симптоматики. Хворим з тривожним та емоційно-лабільним варіантами депресії притаманний високий рівень суїцидального ризику.

Встановлено що найбільша суїцидальна активність відзначається у хворих на рак стравоходу, шлунку та підшлункової залози. Виділено піки суїцидальної активності у хворих з онкологічною патологією.

Розроблено модель формування депресивних розладів і суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією.

Розроблено і апробовано програму персоніфікованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією, яка базується на комплексному використанні психотерапевтичних і психоосвітніх втручань з використанням E-Mental Health технологій.

Доведена ефективність використання психотерапевтичного супроводу онкохворого пацієнта в режимі online.

Ключові слова: онкологічна патологія, депресивні розлади, суїцидальна поведінка, психотерапія, психоосвіта, E-Mental Health технології.

АННОТАЦІЯ

Исаенко С.В. Клинико-психопатологические закономерности формирования суицидального поведения у онкологических больных. Современная система психопрофилактики. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины». – Харьков, 2020.

В ходе работы с целью на основе изучения клинико-психопатологических особенностей депрессивных расстройств и механизмов формирования суицидального поведения у онкологических больных разработать персонифицированную систему их психопрофилактики проведено комплексное обследование 154 больных обоего пола с онкологической патологией вне мозговой локализации у которых были диагностированы депрессивные расстройства.

Основную группы составили 103 больных, принявших участие в разработанной программе коррекции депрессивных расстройств и профилактики

суицидального поведения; контрольную – 51 больной, который получал стандартную противоопухолевую терапию.

Как показали результаты исследования клиническая картина депрессивных расстройств у обследованных больных представлена тревожным ($28,1 \pm 1,3\%$ больных с раком легких и бронхов, $24,5 \pm 1,2\%$ с раком пищевода, желудка и поджелудочной железы, $24,6 \pm 1,2\%$ с раком ротовой полости и глотки и $22,8 \pm 1,2\%$ пациентов с раком груди и половых органов), эмоционально-лабильным ($22,4 \pm 1,2\%$, $28,2 \pm 1,3\%$, $26,1 \pm 1,3\%$ и $23,3 \pm 1,2\%$ больных соответственно), астеническим ($22,9 \pm 1,2\%$ больных с раком легких и бронхов, $21,2 \pm 1,2\%$ с раком пищевода, желудка и поджелудочной железы, $30,5 \pm 1,3\%$ с раком ротовой полости и глотки и $19,4 \pm 1,1\%$ пациентов с раком груди и половых органов) и апатическим ($21,2 \pm 1,2\%$, $24,7 \pm 1,3\%$, $22,1 \pm 1,2\%$, $32,1 \pm 1,4\%$) вариантами психопатологической симптоматики. Больным с тревожным и эмоционально-лабильным вариантами депрессии присущ высокий уровень суицидального риска.

Установлено, что наибольшая суицидальная активность отмечается у больных раком пищевода, желудка и поджелудочной железы. Выделено пики суицидальной активности у больных с онкологической патологией: I – первые 6 месяцев после постановки диагноза, II – сразу после радикального хирургического вмешательства, III – период рецидива и прогрессирования заболевания и IV – переход на симптоматическое лечение. Наиболее суицидоопасными являются периоды прогрессирования, рецидива заболевания.

Разработана модель формирования депрессивных расстройств и суицидального поведения у больных с онкологической патологией.

Разработана и апробирована программа персонифицированной психотерапевтической поддержки и профилактики суицидального поведения у больных с онкологической патологией, которая базируется на комплексном использовании психотерапевтических и психообразовательных вмешательств с использованием E-Mental Health технологий.

Психотерапевтическая программа для больных с раком легких и бронхов включает использование рациональной психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии Бека, личностно-ориентированной психотерапии, арт-терапии, семейной психотерапии. У больных с раком пищевода, желудка и поджелудочной железы – индивидуальной и групповой когнитивно-поведенческой терапии Бека, личностно-ориентированной психотерапии, экзистенциальной терапии Роджерса, семейной психотерапии. У больных с раком ротовой полости и глотки – рациональной психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии Бека, психотонического варианта аутогенной тренировки, семейной психотерапии. У больных с раком груди и половых органов – личностно-ориентированной психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии Бека, семейной психотерапии и телесно-ориентированной психотерапии.

Доказана эффективность использования психотерапевтического сопровождения онкобольного пациента в режиме online.

Ключевые слова: онкологическая патология, депрессивные расстройства, суицидальное поведение, психотерапия, психообразование, E-Mental Health технологии.

ANNOTATION

Isaenko S.V. Clinical and psychopathological patterns of suicidal behavior in oncological patients. Modern system of psychoprophylaxis. – Manuscript.

Thesis for a Candidate Degree in Medical Sciences, speciality 14.01.16 - psychiatry. State Institution “Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine” – Kharkiv, 2020.

The purpose of the current research was studying the clinical and psychopathological features of depressive disorders and mechanisms of suicidal behavior in cancer patients for development a personalized system of psychoprophylaxis. It was conducted a comprehensive examination of 154 patients of both genders with extracerebral cancer location and with depressive disorders diagnoses. The main group consists of 103 patients who participated in the developed program for the correction of depressive disorders and prevention of suicidal behavior; control group - 51 patients who received standard antitumor therapy.

It was found that the clinical picture of depressive disorders in the examined patients is anxious ($28.1 \pm 1.3\%$ of patients with lung and bronchial cancer, $24.5 \pm 1.2\%$ with cancer of the esophagus, stomach and pancreas, $24.6 \pm 1.2\%$ with cancer of the oral cavity and pharynx and $22.8 \pm 1.3\%$ of patients with breast and genital cancer), emotionally labile ($22.4 \pm 1.2\%$, $28.2 \pm 1.3\%$, $26.1 \pm 1.3\%$ and $23.3 \pm 1.2\%$ of patients, respectively), asthenic ($22.9 \pm 1.2\%$ of patients with lung and bronchial cancer, $21.2 \pm 1.2\%$ with cancer of the esophagus, stomach and pancreas, $30.5 \pm 1.3\%$ with cancer of the oral cavity and pharynx and $19.4 \pm 1.1\%$ of patients with cancer of the breast and genitals) and apathetic ($21.2 \pm 1.2\%$, $24.7 \pm 1.3\%$, $22.1 \pm 1.2\%$, $32.1 \pm 1.4\%$) variants of psychopathological symptoms. Patients with anxiety and emotionally labile variants of depression have a high level of suicidal risk.

The present study showed that the biggest suicidal activity is observed in patients with cancer of the esophagus, stomach and pancreas. Peaks of suicidal activity in patients with oncological pathology have been identified.

A model of formation of depressive disorders and suicidal behavior in patients with oncological pathology has been developed.

A program of personalized psychotherapeutic support and prevention of suicidal behavior in patients with oncological pathology, which is based on the integrated use of psychotherapeutic and psychoeducational interventions using E-Mental Health technologies, has been developed and tested.

The effectiveness of using online psychotherapeutic support of an oncological patient has been proven.

Key words: oncological pathology, depressive disorders, suicidal behavior, psychotherapy, psychoeducation, E-Mental Health technologies.