

Н.О. Марута, д.м.н., професор, І.О. Явак, О.С. Череднякова, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Система терапії ендогенних депресій із суїцидальним ризиком в осіб похилого віку

Суїциди залишаються однією з найгостріших медико-соціальних проблем сучасності і посідають одне з провідних місць у структурі передчасної смертності населення.

У сучасних концепціях суїцид розглядають як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особи в умовах існуючого конфлікту. Дезадаптація проявляється зміною поведінки (включаючи її патологічну трансформацію) та погіршенням соціального функціонування.

Встановлено, що кожний випадок самогубства є результатом взаємодії ситуаційних, особистісних та психопатологічних чинників. При цьому суїцидальність зумовлена не самою ситуацією, а особистісними особливостями людини, її життєвим досвідом, стійкістю міжособистісних зв'язків, адаптивністю поведінки.

У межах цієї концепції суїцидальну поведінку розглядають як один із видів загальноповедінкових реакцій людини в екстремальних ситуаціях, включаючи увесь діапазон діагностичних варіацій — від психічної норми до виражених психопатологічних проявів. У зв'язку з цим осіб із суїцидальною поведінкою поділяють на декілька категорій: хворі з ендогенними психічними розладами, хворі з межовими (екзогенними) психічними розладами та психічно здорові особи.

У ході сучасних досліджень встановлено, що саме депресивні розлади є найбільш суїцидоагресивними серед усіх форм психічної патології. Пацієнти з депресією у 30 разів частіше скоюють суїциди, ніж люди, які не страждають на депресивні розлади. Високий суїцидальний потенціал притаманний таким формам захворювання, як депресія при біполярному розладі, депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, циклотимія, дистимія та невротична депресія.

Під час вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресією зазначено, що у 70% таких пацієнтів наявні суїцидальні думки, а 30-50% скоюють суїцидальні спроби. Кількість завершених суїцидів у хворих на ендогенні депресії сягає 15%, у хворих на депресії неспіхотичного рівня — 4-8%. Суїцидальні спроби реєструють у пацієнтів з ендогенними депресіями в 42-65% випадків, а у пацієнтів з невротичними й реактивними депресіями — в 15-53%.

Важливим аспектом проблеми є суїцидальна поведінка в осіб похилого віку. За даними проведених досліджень, на момент скоєння суїциду у 77% суїцидентів похилого віку спостерігалися психічні розлади, у 63% випадків — саме депресивні. Тому вирішення проблеми суїцидальної поведінки в осіб похилого віку, зокрема проведення профілактичних заходів, залишається актуальним медико-соціальним питанням сучасної психіатрії.

Матеріали та методи

З метою встановлення предикторів суїцидального ризику та створення лікувально-профілактичних програм для профілактики ризику суїциду в осіб похилого віку, хворих на ендогенні депресії, проведено комплексне дослідження з використанням клініко-психопатологічного, психометричного (спосіб визначення суїцидального ризику — СВСР, шкала депресії Гамільтона — HDRS) та патопсихологічного (семантичний диференціал у модифікації Д. Фельдеса, тест-опитувальник самоставлення В.В. Століна і С.Р. Пантелєєва, методика вивчення ціннісних орієнтацій О.Б. Фанталової, фрустраційний вербальний тест Л.М. Собчик — ФВТ) методів дослідження.

У дослідженні взяли участь 50 пацієнтів з ендогенними депресіями (8 осіб із депресивним епізодом (F32) та 42 особи з рекурентним депресивним розладом (F33) віком від 60 до 85 років).

Розподіл пацієнтів на групи порівняння здійснено на основі результатів методики СВСР, згідно з якими до основної групи дослідження увійшли 24 пацієнти із суїцидальним ризиком (середній показник суїцидального ризику становив 35,78 бала), до групи порівняння — 26 пацієнтів без ознак суїцидальної поведінки (середній показник суїцидального ризику становив 20,76 бала).

У лікуванні хворих на ендогенні депресії базовим було проведення медикаментозної антидепресивної терапії. Вибір препарату був зумовлений як провідними психопатологічними симптомами депресії, так і особливостями соматичного та неврологічного стану, специфікою реагування на фармакотерапію осіб похилого віку.

Враховуючи похилий вік обстежених хворих, переважання у структурі депресії тривожної, агрипнічної симптоматики, а також наявність у них супутньої церебральної та соматичної патології, лікування проводили антидепресантом агомелатином (в Україні агомелатин зареєстровано під торговельною назвою Мелітор. — Прим. ред.) — мелатонінергічним антидепресантом з додатковим антагонізмом до серотонінових 5-HT_{2c}-рецепторів, який забезпечує не тільки антидепресивну і протитривожну ефективність, а й відновлення порушених циркадних ритмів (включаючи сон-бадьорість). У клінічних дослідженнях було продемонстровано сприятливий профіль переносимості й безпеки прийому агомелатину у хворих похилого віку (≥65 років) (G. Laux, 2012).

Агомелатин призначали по 25 мг одноразово на ніч, через тиждень дозу збільшували до 50 мг.

У комплексній терапії всіх хворих використовували засоби, спрямовані на покращення церебральної гемодинаміки й метаболізму головного мозку (вазоактивні, ноотропні, нейрорепараторні засоби, вітамінотерапія).

Психотерапевтичну роботу проводили індивідуально. Основний акцент робили на можливості розв'язання інтраособистісної проблеми. Використовували методи когнітивно-поведінкової психотерапії.

Результати та обговорення

Згідно з результатами дослідження в обстежених пацієнтів із суїцидальним ризиком спостерігалося переважання гострого (62,5%) початку захворювання, тоді як у пацієнтів без суїцидального ризику початок хвороби був переважно підгострим (38,4%) і затяжним (34,6%).

Аналіз даних анамнезу дав змогу встановити, що більшість обстежених пацієнтів обох груп вказували на наявність психотравмуючих чинників і переживань, серед яких домінували фактори втрати: сімейні й особистісні (втрата близької людини, самотність, емоційна ізоляція), соціальні (втрата роботи, зміна соціального статусу, погіршення фінансового становища).

При цьому у пацієнтів із суїцидальним ризиком достовірно частіше спостерігалося переважання таких психотравмуючих чинників, як самотність, емоційна ізоляція (79,16% в основній групі та 34,61% у контрольній), наявність соматичного захворювання (87,5 та 38,45% відповідно), погіршення матеріально-побутового рівня життя (54,16 та 30,76% відповідно), смерть близької людини (45,83 та 19,23% відповідно). У пацієнтів похилого віку без суїцидального ризику як психотравмуючі чинники достовірно частіше було представлено хворобу близької людини (16,66% в основній групі та 61,53% у контрольній), службові конфлікти (8,33 та 30,76% відповідно), сімейно-побутові конфлікти (4,16 та 19,23% відповідно). Тобто пацієнтам із суїцидальним ризиком була властива особистісна реакція на фактори, які стосуються безпосередньо їх

особистості, у пацієнтів групи контролю переважали чинники соціальної та міжособистісної взаємодії.

У фізичному стані усіх обстежених обох груп спостерігалося органічне ураження нервової системи, яке було зумовлено, насамперед, дисциркуляторною енцефалопатією внаслідок атеросклерозу судин головного мозку та призводило до більш важкого перебігу депресивного стану. Також достовірно частіше у пацієнтів основної групи виявляли ендокринну патологію (гіпотиреоз, вузловий зоб, цукровий діабет) (41,66% пацієнтів основної та 19,23% пацієнтів контрольної групи) й артеріальну гіпертензію (62,5% в основній і 46,15% у контрольній групах).

Серед психопатологічних проявів депресії у пацієнтів із суїцидальним ризиком порівняно з групою контролю достовірно частіше спостерігалися почуття провини (75% в основній групі та 38,46% у контрольній), відчуття неповноцінності (91,66 та 30,76% відповідно), непотрібності (75 і 38,46% відповідно), ідеї малоцінності (87,5 та 50% відповідно), відчуття відсутності перспективи у майбутньому (87,5 та 34,61% відповідно) та наявність суїцидальних думок (75 і 26,92% відповідно). Загалом клінічна картина ендогенних депресій в осіб похилого віку із суїцидальним ризиком характеризувалася більш виразним депресивним афектом з наявними суїцидальними думками. Ці пацієнти найчастіше скаржилися на болісні почуття провини, непотрібності, власної малоцінності та самозневажання, основою виникнення яких були питання власного здоров'я, самотності, соціально-економічних труднощів, з якими пацієнти стикалися. Своє майбутнє хворі розглядали як «складне становище», а можливе самогубство — як вирішення проблеми. Пацієнти контрольної групи значно рідше висловлювали суїцидальні думки (26,92%), при цьому говорили про них більш відверто й зазначали, що не реалізують аутоагресивних намірів завдяки підтримці з боку оточуючих та у зв'язку з відповідальністю за інших.

Під час аналізу за шкалою депресії Гамільтона (HDRS) в обстежених було відмічено високий ступінь вираженості депресивної симптоматики (середній показник 28,91), проте у хворих із суїцидальним ризиком цей рівень був вищим (31,21 бала), ніж у пацієнтів групи



Н.О. Марута

контролю (26,6 бала), що свідчить про більшу глибину депресії в осіб із суїцидальним ризиком. Значно виразнішими у пацієнтів із суїцидальним ризиком були показники за шкалами «відчуття провини» (1,84), «збудження» (1,64), «загальної тривожності» (1,82), «вітальної тривоги» (3,12), «іпохондрії» (1,68) і «суїцидальних тенденцій» (1,46), ніж у пацієнтів контрольної групи (1,02; 1,12; 1,24; 2,56; 1,04 та 0,97 бала відповідно).

Кореляція показників суїцидального ризику з провідними патопсихологічними синдромами дала змогу виявити достовірні позитивні зв'язки між суїцидальним ризиком і депресивним ($r=+0,745$), тривожним ($r=+0,658$), агрипнічним ($r=+0,542$) та іпохондричним ($r=+0,458$) синдромами.

За результатами кореляційного аналізу рівня суїцидального ризику (згідно з даними методики СВСР) та структурних компонентів самооцінки (за результатами семантичного диференціала Д. Фельдеса) встановлено, що в осіб похилого віку з ендогенними депресіями високий рівень суїцидального ризику корелює з низькими показниками загальної самооцінки ($z=0,5634$) і низькою самооцінкою за фактором потентності ($z=0,4971$). Тобто, низька самооцінка, негативне емоційне сприйняття власної соціальної позиції, відсутність відчуття внутрішнього резерву, потенціалу предиспонує суїцидальний ризик у пацієнтів з ендогенними депресивними розладами в похилому віці.

Щодо особливостей ставлення до самих себе у пацієнтів похилого віку з ендогенними депресіями було виявлено наявність негативної кореляції між рівнем суїцидального ризику й рівнем самоповаги ($z=-0,4834$), ауто-симпатії ($z=-0,4657$), а також позитивної кореляції між рівнем самозвинувачення ($z=0,5196$). Загалом при ендогенних депресіях у похилому віці високий суїцидальний ризик корелює з негативним, ворожим ставленням до самого себе, неповагою до себе як особистості, наявністю ідей самозвинувачення та високою готовністю до аутоагресивних дій.

Співвідношення рівня суїцидального ризику й особливостей реагування на ситуації фрустрації (за даними ФВТ) дало змогу виявити наявність зворотного взаємозв'язку між рівнем суїцидального ризику й рівнем

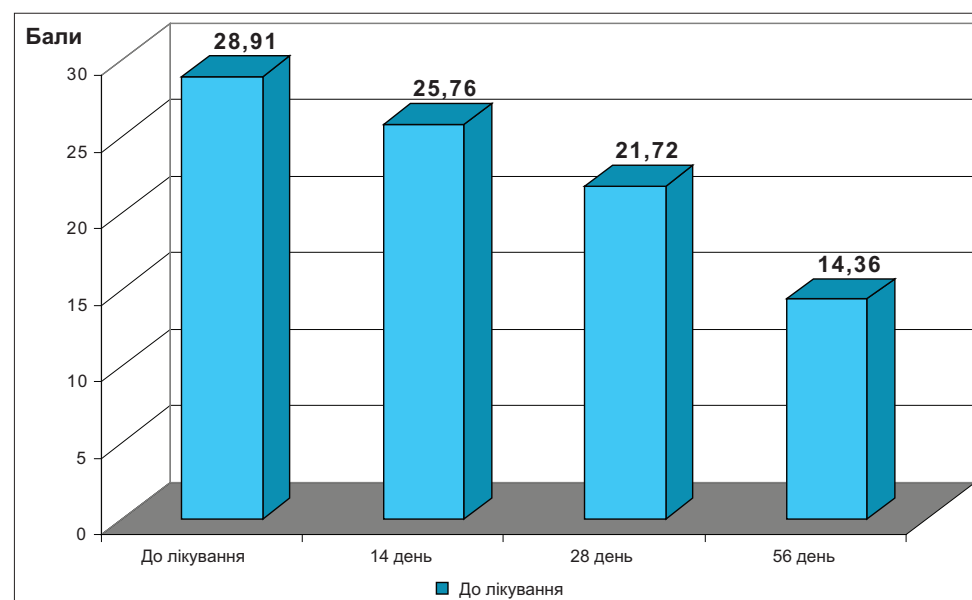


Рис. Динаміка виразності показників депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) в осіб похилого віку, хворих на ендогенні депресії, у процесі лікування

агресивності за сферами фрустрації, які стосуються власного характеру ($z=-0,4861$), кругозору ($z=-0,5332$), подружніх стосунків ($z=-0,4748$), стосунків із приятелями ($z=-0,5634$) і дітьми ($z=-0,4519$). Вищезазначене свідчить про те, що високий суїцидальний ризик при ендогенних депресіях у похилому віці пов'язаний із низьким рівнем агресивності під час фрустрації, спрямованою на особистісні характеристики й міжособистісні стосунки, схильністю пригнічувати власну агресивність у цих стосунках і спрямовувати агресивні імпульси на самого себе у вигляді реакції самозвинувачення та відчуття провини.

Також було встановлено наявність кореляційних зв'язків між рівнем суїцидального ризику й особливостями ціннісної сфери, а саме відсутністю внутрішньої мотивації до реалізації цінності «цікава робота» ($r=0,4765$), а також зворотній зв'язок із показником рівня досяжності цінності «активне діяльне життя» ($r=-0,4924$). Таким чином, високий суїцидальний ризик був пов'язаний з відчуттям недосяжності реалізації активного діяльного життя та відсутності значущості цінності «цікава робота», цінності соціальної реалізації у пацієнтів із суїцидальним ризиком виявлялись або недосяжними, або неактуальними.

Проведене дослідження дало змогу виділити клініко-психопатологічні та патопсихологічні предиктори суїцидального ризику у пацієнтів похилого віку з ендогенними депресіями, які виступали в якості мішеней для здійснення диференційованих лікувально-профілактичних заходів.

Серед клініко-психопатологічних предикторів суїцидального ризику при ендогенних депресіях у похилому віці визначено: гострий початок захворювання; наявність психотравмуючих чинників, які порушують особистісну реалізацію та сприяють формуванню самотності й емоційної ізоляції; коморбідність депресивних порушень із тривожним, агрипнічним та іпохондричним синдромами.

Серед патопсихологічних предикторів встановлено: емоційно негативне ставлення до себе й відсутність відчуття власного внутрішнього потенціалу (резерву), низький рівень самоповаги; відсутність активних дій, спрямованих на самоаналіз і саморозуміння; переважання почуттів проти власного «Я», негативне, вороже ставлення до себе, неповага та неприйняття себе як особистості; висока внутрішня конфліктність і низький рівень агресивності, схильність до реакцій самозвинувачення і провини в найбільш значущих ситуаціях; негативна оцінка власної соціальної позиції (низька самооцінка за фактором потентності); висока внутрішня конфліктність, яка полягає у відчутті недосяжності реалізації активного діяльного життя; висока готовність до самозвинувачення та низький рівень аутосимпатії.

Проведення лікувально-профілактичних заходів здійснювалося поетапно за рахунок комплексного підходу із застосуванням психофармакотерапії та психотерапевтичного втручання.

Когнітивно-поведінкова психотерапія була спрямована на усунення ірраціональних ідей самозвинувачення, які є одним із найважливіших критеріїв суїцидального ризику. При цьому здійснювалися заходи, які сприяли підвищенню рівня самооцінки та формуванню позитивного емоційного ставлення до себе, аналізу й корекції когнітивних настанов і помилок щодо власної особистості та взаємин з оточуючими. Було використано методику роботи з автоматичними думками, методи переоцінки, децентрації та моделюючої поведінки.

Проте варто зазначити, що основою антидепресивної терапії слід вважати фармакотерапію.

Для оцінки ефективності запропонованої системи терапії було проведено порівняльне дослідження рівня показників депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) і суїцидального ризику до початку терапії та під впливом лікування.

Динаміку виразності депресивної симптоматики за шкалою Гамільтона (HDRS) в осіб похилого віку, хворих з ендогенними

депресіями, у процесі лікування наведено на рисунку.

Як видно з рисунку, перед початком лікування рівень депресії за шкалою депресії Гамільтона (HDRS) в обстежених хворих був високим (28,91 бала).

У процесі лікування показники депресії знижувалися: уже через 14 днів після початку лікування цей показник дорівнював 25,76 бала, через 28 днів — наближався до нижньої межі середнього рівня 21,72 бала, через 56 днів лікування показник депресії в середньому в групі становив 14,36 бала, що відповідало низькому рівню депресії і свідчило про значне покращення стану хворих.

За даними методики СВСР, у процесі лікування рівень суїцидального ризику в осіб похилого віку з ендогенними депресіями значно знизився: в основній групі з 35,78 до 16,73 бала, у групі контролю — з 20,76 до 17,69 бала.

Подібна позитивна динаміка у пацієнтів спостерігалася за рахунок значного зниження бажання вчинити суїцид і бажання власної смерті в цілому, заповнення собі болю, переоцінки та прийняття подій власного життя, своїх вчинків, а також більш позитивної оцінки себе і свого майбутнього.

Після проведеного лікування в обстежених пацієнтів з ендогенними депресіями спостерігалася підвищення рівня оцінки власних внутрішніх можливостей (тобто операційної складової самооцінки) поряд із зростанням рівня уявленнь про власну цінність — емоційна складова самооцінки). При цьому, саме наявність відчуття внутрішнього потенціалу за рахунок більш високої оцінки своїх можливостей може слугувати фактором, який обмежує суїцидальну активність, що підкреслює високу ефективність та цільову спрямованість запропонованої системи терапії.

У процесі лікування у жодного з обстежених пацієнтів не було встановлено будь-яких побічних реакцій або явищ непереносимості, негативного впливу на основні показники серцевої діяльності й гемодинаміки.

Висновки

Таким чином, проведене дослідження дало змогу встановити предиктори суїцидального ризику в осіб похилого віку, хворих на ендогенні депресії, та розробити лікувально-профілактичні заходи для своєчасного виявлення й попередження ризику суїциду у зазначеній категорії пацієнтів.

Препарат агомелатин продемонстрував високу антидепресивну ефективність, значне зниження суїцидального ризику й добру переносимість у цієї важкої категорії пацієнтів.

Список літератури знаходиться в редакції.

3

Мелітор®

Агомелатин

Перший мелатонінергічний антидепресант

Антидепресант першої лінії терапії²

для пацієнтів з депресією¹⁻⁵

Достовірно знижує рівень тривоги⁷

72% пацієнтів відповідають на терапію⁸

Ранній ефективний вплив на ангедонію⁶



Форма випуску: Таблетки, вкриті плівковою оболонкою

Фармакотерапевтична група: Антидепресанти. Код АТС: N06F X22.

Показання: Лікування важких депресивних епізодів у дорослих.

Протипоказання: Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини препарату. Порушення функції печінки (цироз печінки та або активна фаза захворювання печінки). Застосування у комбинації з високоактивними СУР1А2 інгібіторами (ципрофлоксацин, флувоксамін).

Спосіб застосування та дози: Препарат призначений для перорального застосування у дорослих. Застосовувати незалежно від приймання їжі або під час їди. Таблетки слід ковтати цілими, запиваючи водою. Рекомендована доза становить 1 таблетку 25 мг 1 раз на добу, перед сном. Через 2 тижні після початку терапії, при необхідності покращення клінічного стану, дозу можна підвищити до 50 мг (2 таблетки препарату Мелітор®) одноразово перед сном. Усім пацієнтам необхідно проводити тест, який відображає функцію печінки, при початку лікування та щотижня приблизно через 3 і 6 тижнів (кінець активної фази), через 12 тижнів та 24 тижні (кінець фази підтримуючої терапії) та у подальшому, коли це є клінічно необхідним (див. розділ «Особливості застосування»). При разовому припиненні лікування агомелатиним синдромом відляг на спостерігався.

Побічні реакції: Клінічні дослідження препарату Мелітор® (агомелатин) за участю більш ніж 3900 пацієнтів з депресією показали, що побічні явища зазвичай виникали під час перших 2 тижнів лікування та були слабо або помірно виражені. Найчастішими побічними явищами були нудота та запаморочення. Зазначені побічні явища зазвичай мали тимчасовий характер і, як правило, не вимагали припинення лікування. Можуть спостерігатися побічні явища з боку таких органів та систем: зі сторони нервової системи, психіки, органів зору, шлунково-кишкового тракту, шкіри та підшкірних тканин, кістково-м'язової системи і сполучної тканини, гелатобілярної системи, загальні порушення. У пацієнтів з депресією є симптоми, характерні для захворювання. Тому їм важко встановити, які ознаки є симптомами захворювання, а які пов'язані з застосуванням препарату Мелітор®. Застосовується тільки за призначенням лікаря.

Фармакологічні властивості: Агомелатин — мелатонінергічний агоніст МТ₁ та МТ₂-рецепторів і антагоніст 5-HT_{2A}-рецепторів. Дослідження, що вивчали зв'язування агомелатину з рецепторами, продемонстрували, що агомелатин не впливає на заповнення моноамінів і не має спорідненості з α- та β-адренергічними, гістамінергічними, холінергічними, допамінергічними, бензодіазепіновими рецепторами. Агомелатин резистентно до циркадних ритмів за даними експериментальних досліджень на тваринах з розладами циркадних ритмів. Агомелатин підвищує вивільнення допаміну та нордреналіну специфічно у фронтальних відділах кори головного мозку та не впливає на екстрацелюлярний рівень серотоніну.

Категорія відпуску: за рецептом

Інформація приведена в скороченні, більш детально інформація викладена в інструкції для медичного застосування препарату.

1. Efficacy of agomelatine in patients with Major Depressive Disorder compared to escitalopram: a randomized, double-blind study D. Nutt, M.A. Quera Salas, C.M.P. 2010. 2. R.W. Lam et al. / Journal of Affective Disorders 117 (2009) 528-543 3. Superior efficacy results of agomelatine in a randomised versus SSRI/SNRI. S. Kasprer et al. ECNP 2010 (Amsterdam Abstract P. 2, a. 029). 4. Melitor С.А., Чабан О.О., Іншеп'янов І.В. 2010. С. 80-88.5. Hübner et al. Eur J Neuropharmacol 2009; 26: 2026. 6. Malinowski G. et al. J Clin Psychopharmacol, Volume 32, Number 4, p. 487-491 7. Мазурок С.А./ NeuroNews: психофармакологія та невропсихіатрія. — 2011. — № 7 (34). — С. 65-72. 8. Kasprer S. et al. Eur Neuropharmacol 2010; 20(suppl 3):S348-S349.

Матеріал для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних закладів і лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах на медичну тематику



Для додаткової інформації відвідайте сайт www.servier.ua

1-2 таблетки одноразово ввечері

Представництво Ле. Лабораторія Сервіє в Україні: 01054 Київ, вул. Вороб'ячий, 24, тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40 Р/п МОЗ України № UA/4972/01/01 від 19.08.2011