

Психіатрія • Дайджест

Фактори ризику завершення суїцида

В Швеції було проведено крупне дослідження, присвячене вивченню соціально-демографічних, медичних та психіатричних факторів завершення суїцида. Взят за основу дані перепису населення 2001 року, група шведських та американських учених на протязі восьми років відслідковувала свідчення національних реєстрів смерті в результаті суїцида, звернень за стаціонарною та амбулаторною медичною та психіатричною допомогою, намагаючись визначити фактори ризику.

Ризик смерті в результаті суїцида був в три рази вище у чоловіків ($n=6\ 213$; 0,18%), ніж у жінок ($n=2\ 508$; 0,07%), найбільший відносний ризик відзначався для депресії, особливо в перші 13 тижнів після встановлення діагнозу, причому лікування антидепресантами суттєво знижало ризик. Іншими значимими факторами ризику були діагноз будь-якого психічного розладу, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами, хронічні структурні захворювання легких, рак та інсульт. Из соціодемографічних факторів значимий ризик у осіб обоєї статі представляли безробіття та перебування поза шлюбним зв'язком. Високий ризик відзначався у чоловіків з низьким рівнем доходів, низьким рівнем отриманого освіти та проживаючих в сільській місцевості, в той же час останній фактор у жінок асоціювався з значно вищим ризиком смерті в результаті суїцида. Більшість суїцидів відбулася в віці 35 до 64 років. Більше половини осіб, умерлих в результаті суїцида, зверталися в попередні два місяці за медичною допомогою (57% жінок та 45% чоловіків).

Вивчення факторів ризику суїцида має велике значення для визначення серед пацієнтів з суїцидальними намірами, звертаючись за медичною допомогою, тих, хто підвладний найбільшому ризику завершення суїцида, що дозволяє своєчасно прийняти ефективні заходи для його запобігання.

Crump C. et al. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: A Swedish national cohort study. *Psychol Med*, 2013; Apr 23.

Психосоціальні інтервенції при шизофренії та мозг

В лікуванні шизофренії широко використовуються різні психосоціальні інтервенції, однак, незважаючи на емпіричну підтримку, їх ефективність недостатньо вивчена в умовах контрольованих досліджень.

Група іспанських учених провела рандомізоване контрольоване дослідження, метою якого було порівняти вплив на структуру та функції мозку у пацієнтів з шизофренією двох психосоціальних втручань: когнітивного відновлення та тренінгу соціальних навичок. Когнітивне відновлення – вид поведінкової терапії, що застосовується у пацієнтів з когнітивними порушеннями; метод передбачає засвоєння та розвиток певних когнітивних навичок (наприклад, пам'ять, увага), покращуючих цілеспрямовану діяльність та функціонування пацієнтів. Тренінг соціальних навичок також використовує поведінкові техніки, що сприяють покращенню здатності пацієнта контролювати або подолати стійкі симптоми шизофренії, справлятися з кризовими та проблемними ситуаціями повсякденного життя.

Дослідники випадковим чином розподілили 30 пацієнтів з діагнозом шизофренії на дві групи: одну з психосоціального лікування, іншу – контрольовану групу з 15 здорових добровольців. Перед початком терапії тривалістю 4 місяці пацієнти пройшли нейропсихологічне дослідження та фМРТ-сканування. Після закінчення лікування у пацієнтів групи когнітивного відновлення реєстрували значиме покращення вищих психічних функцій, вербальної та невербальної пам'яті, рідше відзначався психотическа інтерпретація дійсності. Покращувалося функціонування ізначально гіперактивних нейронних мереж вищих коркових функцій, що корелювало з збільшенням збереженості білого речовини в мозолистому тілі.

Таким чином, дане дослідження показало визначені структурні та функціональні зміни в головному мозку у пацієнтів з шизофренією після проходження курсу когнітивного відновлення.

Penades R. et al. Brain effects of cognitive remediation therapy in schizophrenia: A structural and functional neuroimaging study. *Biol Psychiatry*, 2013 May 15; 73: 1015-23.

Прогноз обсессивно-компульсивного розладу

Історично обсессивно-компульсивний розлад (ОКР) розглядається як захворювання з хронічним перебігом та низьким рівнем досягнення ремісії. Така точка зору підтримується в недавньому дослідженні учених з Йельського університету (США). Дослідники повторно зв'язалися з 165 учасниками дослідження селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІОЗС), які з 1986 по 1995 рік приймали препарати даної групи як мінімум на протязі восьми тижнів, тобто тоді, коли ці ліки вводилися в клінічну практику. Оцінити результати лікування вдалося у 83 (51%) пацієнтів з ОКР. Катамністичне дослідження показало, що лише 20% з них перебували в стані ремісії, у 49% відзначалися клінічно значимі симптоми ОКР. 71% учасників повідомили, що в період катамністичного дослідження приймали СІОЗС, 34% додатково приймали антипсихотическі препарати, 51% пацієнтів проходили курс психологічного лікування – експозиційну терапію або профілактику відповідної реакції. Рівень ремісії досягав 31% серед осіб, у яких первинно спостерігався хороший терапевтичний ефект при лікуванні СІОЗС, 12% – серед пацієнтів з парціальним терапевтичним ефектом та 0% – серед пацієнтів, у яких терапевтичний ефект відсутній. Не спостерігалося зв'язку між досягненням ремісії та такими початковими характеристиками пацієнтів, як супутні психічні розлади, вік початку захворювання та його тривалість.

Незважаючи на появу за останні 30 років декількох нових засобів з доведеною ефективністю для лікування ОКР, рівні досягнення ремісії при цьому розладі залишаються дуже низькими. Це обумовлює необхідність розробки нових препаратів для лікування пацієнтів, у яких відсутній ефект від лікування СІОЗС, а також цілеспрямованість більш інтенсивного використання у пацієнтів ОКР стратегій доповнення фармакологічного лікування та застосування психотерапевтичних інтервенцій.

Bloch M.H. et al. Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 2013 Mar 26.

Лікування антидепресантами біполярної депресії не завжди пов'язано з ускладненнями

На протязі останніх кількох років в експертній спільноті ведеться серйозна дискусія щодо використання антидепресантів в лікуванні біполярної депресії. Сучасні клінічні керівництва вказують на те, що антидепресанти провокують розвиток у пацієнтів маніакальних станів, прискорення циклічності, а також на те, що існує невелике

кількість можливих варіантів лікування депресії з доведеною ефективністю у осіб з біполярним розладом.

Сотрудники центру дослідження депресії в Пенсильванському університеті в подвійному сліпому рандомізованому клінічному дослідженні вивчали ефективність та безпеку монотерапії флуоксетином або літійом у пацієнтів з біполярним розладом II типу (у 25% осіб спостерігався швидкий циклічний перебіг, тобто ≥ 4 епізодів в рік). Пацієнтів ($n=81$) випадковим чином розподілили на дві групи: одна отримувала препарат, інша – плацебо на протязі 50 тижнів. Рівні частоти рецидивів депресії суттєво не відрізнялися між цими групами (29, 35 та 30% відповідно). У осіб з швидким циклічним перебігом також відсутні були суттєві відмінності показателів рецидивів депресії (36 проти 52%) та виникнення манії (44 проти 48%).

Дане дослідження було недостатньо великим, щоб встановити різницю між двома групами лікування, однак воно продемонструвало, що у пацієнтів з біполярним розладом II типу з допомогою антидепресанта флуоксетину можливо досягти стабілізації без погіршення стану при тривалому прийомі препарату. Раніше проведені дослідження вказували, що цього неможливо досягти у пацієнтів з біполярним розладом I типу або при швидкому циклічному перебігу розладу. Результати даного дослідження свідчать про те, що призначення антидепресантів є одним з можливих варіантів лікування біполярного розладу II типу у осіб, у яких в минулому відзначався хороший терапевтичний ефект на фоні лікування депресії антидепресантами або відсутності рецидивів розладу при підтримуючій терапії антидепресантами, навіть якщо епізоди характеризувалися швидкою циклічністю.

Amsterdam J.D. et al. Efficacy and mood conversion rate during long-term fluoxetine v. lithium monotherapy in rapid- and non-rapid-cycling bipolar II disorder. *Br J Psychiatry*, 2013 Apr; 202: 301-6.

Бредові ідеї та агресія

Пацієнти, страждаючі психотическими розладами, часто пояснюють свої агресивні поведінкові бредові ідеї. Клініцисти також можуть вважати бредові ідеї опосередкованим фактором агресії, однак в дослідженні ця гіпотеза не завжди підтверджується. Учені з Великобританії перевірили її, вивчив зв'язок між типом бредових ідей та агресивним поведінком серед 458 пацієнтів з першим епізодом психозу. Всі пацієнти були жителями мегаполіса, у 75% з них було діагностовано неафективне психотическе розлад. За рік до першого контакту з психіатричною службою у 62% пацієнтів відзначалися агресивні поступки, у 26% вони були незначущими (нападения без застосування зброї або без нанесення поранень), у 12% відзначалися серйозні акти насильства (нанесення поранень, загрози з використанням зброї, знасиловація). Серед пацієнтів останньої групи в шість разів частіше діагностували супутнє антисоціальне розлад особистості та в два рази частіше реєстрували зловживання психоактивними речовинами порівняно з досліджуваними особами без агресивних поступків.

Аналіз з урахуванням соціально-демографічних факторів показав, що незначуща агресія мала значимий зв'язок з нелепими бредовими ідеями, бредовими ідеями влюбленості та бредовими ідеями про те, що знайомі люди видають себе за когось іншого, хоча останнє в деяких випадках могло бути результатом наявності інших психотических симптомів. Серйозні агресивні дії асоціювалися з бредовими ідеями переслідування та заговору, хоча в таких випадках пояснюючим фактором часто були не самі бредові ідеї, а незначущі гнів та подразливість, які збільшували ризик агресії на 60%, тобто важним опосередкованим компонентом агресії були гнів та подразливість реакції пацієнта на бредові ідеї. Незалежно від змісту бредових ідей, гнів та подразливість можуть бути хорошими предикторами завершення агресивних дій, що вимагає уважного нагляду за пацієнтами з метою їх виявлення.

Coid J.W. et al. The relationship between delusions and violence: Findings from the East London First Episode Psychosis Study. *JAMA Psychiatry*, 2013 May 1; 70: 465-71.

КПТ для профілактики рецидивів депресії

Пацієнти, страждаючі рекуррентним депресивним розладом, підвладні ризику повторних епізодів депресії, який значно зростає з кількістю перенесених епізодів. Стратегії профілактики рецидивів включають медикаментозне підтримуюче лікування та психотерапію, в частині когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). В Німеччині було проведено дослідження з участю 180 пацієнтів, у яких раніше відзначалося не менше трьох епізодів депресії. Це дослідження було мультицентровим, контрольованим, на протязі восьми місяців в ньому порівнювалися ефективності двох методів психологічних втручань – КПТ та психоосвіти. На момент включення в дослідження у пацієнтів відсутня була депресія, їх стан було клінічно стабільним.

Пацієнтів рандомізували на проходження 16 сесій КПТ або психоосвіти. Тривалість сесій була однаковою для обох груп (КПТ – 50 хв, психоосвіта – 20 хв). Психоосвіта включала надання інформації, уважне слухання, поради та рекомендації, але виключало такі явні КПТ-техніки, як тренінг навичок, оцінку життя, рішення проблем. Всі пацієнти отримували рекомендації щодо підтримуючого медикаментозного лікування; значимі відмінності між групами за кількістю пацієнтів з рецидивом відсутні.

Значно більше пацієнтів групи КПТ пройшли як мінімум 12 сесій (87 проти 73%). Через рік після закінчення терапії відзначалися суттєві відмінності в частоті рецидивів (51% у групі КПТ та 60% у групі психоосвіти), середньої тривалості епізодів до рецидиву (КПТ – 607 днів; психоосвіта – 531 день). Однак серед пацієнтів, раніше перенеслих більше п'яти епізодів депресії, ризик рецидиву в групі КПТ був на 38% меншим, ніж в групі психоосвіти.

Дане дослідження мало ряд недоліків: в ньому відсутня була група «стандартного» лікування, КПТ передбачала, як крайній заход, в два рази більшу тривалість контакту пацієнта з терапевтом, порівняно з коротким періодом катамністичного нагляду. Крім того, були виключені важливі техніки, що застосовуються в психоосвіті. Однак отримані дані вказують на велику клінічну користь КПТ як доповнення до підтримуючого медикаментозного лікування у осіб з більшою тяжкістю рекуррентного депресивного розладу порівняно з іншим, менш інтенсивним видом психотерапевтичного втручання.

Stangier U. et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: A multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 2013 Jun; 170: 624-32.

Підготував Станіслав Костюченко