

УДК 616.89–008.441.44–008.64–008.47–071

Р. В. ЛАКИНСЬКИЙ

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ І ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ ІЗ ДЕПРЕСІЯМИ, ЯКІ СКОЇЛИ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків

Проведено вивчення клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей хворих з екзогенними (F43) і ендогенними (F32–33) депресивними розладами, які скоїли суїцидальні спроби. Виділено додаткові диференційно-діагностичні маркери формування суїцидальної поведінки у хворих із депресіями різного генезу.

Ключові слова: суїцидальна спроба, маркери диференціальної діагностики, екзогенна депресія, ендогенна депресія.

Доведено, що найважливішим психопатологічним фактором, який сприяє розвитку суїцидальної поведінки є депресивні порушення. Показник виявлених афективних порушень серед суїцидентів становить від 70 до 80% [1, 2]. Пацієнти з депресією у 30 разів частіше скоюють суїциди, ніж люди, які не страждають на депресивні розлади. Високий суїцидальний потенціал притаманний таким патологічним станам, як депресія в межах біполярного розладу, депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, циклотимія, дистимія та невротична депресія [3–5]. Установлено, що на формування суїцидальної поведінки впливає комплекс чинників, що включає біологічні, психологічні та соціальні аспекти, при цьому їхня питома вага у хворих на екзогенні та ендогенні депресії різна [6–8].

З огляду на істотні відмінності суїцидальної активності осіб з ендогенними та екзогенними депресіями актуальним є питання диференціальної діагностики депресивних станів різного генезу.

Мета роботи — вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих з екзогенними (F43 за МКХ-10) та ендогенними (F32–33) депресивними розладами, які скоїли суїцидальні спроби, задля використання цих особливостей як додаткових маркерів диференціальної діагностики зазначених станів.

У дослідженні взяли участь 90 хворих, які скоїли суїцидальні спроби. За формами патології обстежені були розділені на дві групи: I група— 60 хворих із реакцією на тяжкий стрес та порушення адаптації і II група— 30 хворих на депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад. Вивчення клініко-психопатологічних і психодіагностичних особливостей обстежених проводилось у порівнянні показників обох груп.

Клініко-психопатологічне обстеження хворих відбувалося за допомогою клінічних методів із використанням даних анамнезу життя, захворювання зі слів пацієнта, родичів чи осіб його найближчого оточення, клінічного й динамічного спостереження за хворим й оцінки його психічного статусу. Детально вивчалася структура основних психопатологічних синдромів, їх взаємовпливу з урахуванням критеріїв діагностики цих станів. Окрім клініко-психопатологічного методу (з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10), для кількісної оцінки психічного статусу пацієнтів та його динаміки упродовж лікування застосовувався психодіагностичний метод, який передбачав використання таких методик: шкала депресії Гамільтона (HDRS) [9], шкала Цунга для самооцінки депресії [10], шкала особистісної тривожності та реактивної тривоги Спілбергера — Ханіна [11], діагностика прихованих

суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади (ДПСНУХнаПР) [12].

Крім того, з метою оцінки значущості зазначених особливостей як маркерів диференціальної діагностики станів F43 та F32–33 для кожної з них розраховувалися діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності (МІ) Кульбака, що створювало передумови для їх використання у складі послідовної діагностичної процедури Вальда [13].

Отримані результати було оброблено методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний та регресійний аналізи) за допомогою електронних розрахункових таблиць Excel MS Office 2010, а також спеціалізованого програмного пакету Statistica [14].

Для комплексної оцінки суїцидального ризику необхідний облік соціально-демографічних факторів, які не тільки впливають на формування і прояви особистісних особливостей, але й відображають адаптивні здібності індивіда в його соціальному оточенні. Розподіл хворих за віком, статтю, рівнем освіти, характером праці та сімейним станом представлено в табл. 1.

Із метою подальшого використання розглянутих соціально-демографічних чинників у складі послідовної, строго формальної процедури Вальда як критеріїв диференціальної діагностики між реакціями на тяжкий стрес та розладами адаптації (F43), з одного боку, та депресивними епізодами та рекурентними депресивними розладами (F32–33) — з іншого боку, для кожного із зазначених чинників були розраховані ДК та МІ Кульбака.

Установлено, що соціально-демографічними маркерами реакції на тяжкий стрес із розладами адаптації в диференціально-діагностичному завданні є: чоловіча стать (ДК = $-5,44$; МІ = $1,13$ при $p = 0,00012$); вік 50 років і старше (ДК = $-2,69$; МІ = $0,54$ при $p = 0,00008$); середня спеціальна освіта (8 класів СШ + ПТУ) (ДК = $-3,01$; МІ = $0,30$ при $p = 0,03180$); відсутність зайнятості (ДК = $-3,59$; МІ = $0,54$ при $p = 0,00450$). Відповідно маркерами депресивного епізоду або рекурентних депресивних розладів у диференціально-діагностичному завданні є: жіноча стать (ДК = $3,01$; МІ = $0,63$ при $p = 0,00012$); вік менше 50 років (ДК = $6,02$; МІ = $1,20$ при $p = 0,00008$); вища освіта (ДК = $6,53$; МІ = $0,76$ при $p = 0,00425$), а також статус пенсіонера за віком (ДК = $6,02$; МІ = $0,60$ при $p = 0,01042$). Аналогічно клінічними маркерами реакції на тяжкий стрес із розладами адаптації виявились: гострий початок хвороби (ДК = $-4,31$; МІ = $1,22$ при $p < 0,00001$) та відносно менша її тривалість — до 3 міс (ДК = $-5,28$; МІ = $1,67$ при $p < 0,00001$), а маркерами депресивного епізоду та рекурентного депресивного розладу (F32–33) — затяжний характер початку хвороби (ДК = $-4,31$;

МІ = $1,22$ при $p < 0,00001$) та відносно більша її тривалість — понад 3 міс (ДК = $8,65$; МІ = $2,74$ при $p < 0,00001$) (табл. 2).

Аналіз даних анамнезу дав змогу встановити, що в більшості обстежених пацієнтів обох груп порівняння наявні психотравмуючі чинники і переживання, які призвели до розвитку захворювання. Такими чинниками були: смерть близьких, сімейно-побутові конфлікти, конфлікти на роботі, несподіваний розпад взаємозв'язків (зрада, розлучення), раптове погіршення матеріально-побутового рівня життя (неможливість виплати кредитів та боргів, втрата роботи), тривала емоційна ізоляція. Однак питома вага зазначених чинників була відмінною в групах порівняння (табл. 3). Так, у хворих із реакціями на тяжкий стрес та порушення адаптації (F43) початок захворювання був пов'язаний переважно з такими гострими психотравмуючими чинниками, як сімейно-побутові конфлікти (ДК = $-4,12$; МІ = $0,65$ при $p = 0,00269$) та несподіваний розпад сімейних зв'язків (зрада, розлучення) (ДК = $-10,00$; МІ = $1,50$ при $p = 0,00074$), тоді як у хворих на депресивний епізод і рекурентний депресивний розлад (F32–33) переважали такі гострі чинники, як смерть близьких, що сталася серед повного благополуччя внаслідок якоїсь катастрофи (ДК = $10,00$; МІ = $0,75$ при $p = 0,01373$), та конфлікти на роботі (ДК = $9,03$; МІ = $0,53$ при $p = 0,03741$).

Окрім гострих чинників, для членів цієї групи актуальними були хронічні несприятливі обставини, а саме: неблагополуччя в сімейній сфері (ДК = $13,01$; МІ = $2,06$ при $p = 0,00004$), переважання на роботі та тривалі службові конфлікти (ДК = $10,79$; МІ = $0,99$ при $p = 0,00476$). Тобто тривале неблагополуччя в якійсь сфері життя (сімейній, службовій), що діяло хронічно, поступово погіршувало емоційний стан, а гостра конфліктна ситуація безпосередньо була пов'язана з дебютом психічного розладу. Взаємодія цих та інших чинників призводила до розвитку депресивного розладу і, як наслідок, формування суїцидальної поведінки.

Аналіз клініко-психопатологічної картини хворих на гостру реакцію на стрес та порушення адаптації (F43) і депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад (F32–33) продемонстрував такі особливості перебігу захворювання. Серед обстежених нами хворих на гостру реакцію на стрес (F43.0) було 35 чоловіків і 25 жінок, які не мали в анамнезі проявів будь-якого психічного розладу. Психічні порушення виникали у них після важкого психологічного стресу. У 15 (25%) пацієнтів задовго до розвитку психічних розладів спостерігались астеничні симптоми, зумовлені, як правило, фізичними чи розумовими

Соціально-демографічні фактори як маркери диференціальної діагностики реакції на тяжкий стрес із порушеннями адаптації (F43) та депресивних розладів (включно рекурентні депресивні розлади F32–33) в осіб, що скоїли суїцидальні спроби

Ознаки (соціально-демографічні чинники)	Частоти ознак, осіб		Достовірність відмінностей, p^*	Частоти ознак, од.		Співвідношення частот (I гр. / II гр.)	ДК	МІ
	I група, $n = 60$	II група, $n = 30$		I група, $n = 60$	II група, $n = 30$			
Стать:								
чоловіча	35	5	0,00012	0,5833	0,1667	0,29	-5,44	1,13
жіноча	25	25	0,00012	0,4167	0,8333	2,00	3,01	0,63
Вік:								
≤ 50	52	14	0,00008	0,8667	0,4667	0,54	-2,69	0,54
> 50	8	16	0,00008	0,1333	0,5333	4,00	6,02	1,20
Рівень освіти:								
неповна середня (8 класів СШ)	15	5	0,14869	0,2500	0,1667	0,67	-1,76	0,07
середня спеціальна (8 класів СШ + ПТУ)	24	6	0,03180	0,4000	0,2000	0,50	-3,01	0,30
середня (10 класів СШ)	9	7	0,14020	0,1500	0,2333	1,56	1,92	0,08
незакінчена вища	8	3	0,24968	0,1333	0,1000	0,75	-1,25	0,02
вища	4	9	0,00425	0,0667	0,3000	4,50	6,53	0,76
Зайнятість та характер діяльності:								
фізична	19	7	0,14338	0,3167	0,2333	0,74	-1,33	0,06
розумова	1	2	0,22217	0,0167	0,0667	4,00	6,02	0,15
не працює	32	7	0,00450	0,5333	0,2333	0,44	-3,59	0,54
студент(ка)	3	2	0,33870	0,0500	0,0667	1,33	1,25	0,01
пенсіонер за віком	4	8	0,01042	0,0667	0,2667	4,00	6,02	0,60
пенсіонер за станом здоров'я	1	4	0,03741	0,0167	0,1333	8,00	9,03	0,53
Сімейний стан на момент дослідження:								
у шлюбі	21	10	0,18413	0,3500	0,3333	0,95	-0,21	0,00
розлучений (-на)	10	13	0,00573	0,1667	0,4333	2,60	4,15	0,55
ніколи не перебував (-ла) у шлюбі	28	5	0,00350	0,4667	0,1667	0,36	-4,47	0,67
вдовець (вдова)	1	2	0,22217	0,0167	0,0667	4,00	6,02	0,15
Разом	60	30						

* Достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера. Достовірні відмінності виділено залиткою сірого кольору. Те саме в табл. 2–4.

навантаженнями або перенесеними нещодавно інфекційними хворобами. Суб'єктивно цей стан сприймався як відчуття фізичної виснаженості: зі слів пацієнтів, у перші години після стресу вони відчували поринання у себе, різке зниження уваги, порушення орієнтування, відчуття гніву і агресію або відчуття безвиході та безнадійності, пригніченість. У 45 (75%) хворих із гострою реакцією на стрес (F43.0) розвивався швидкоплинний стан оглушення, який потім змінювався на депресію

та тривогу із відчуттям відчаю. У деяких із них спостерігалось звуження поля зору, погіршення сприйняття оточуючого середовища, відчуття «колювання землі під ногами».

Пацієнти із розладом адаптації найчастіше розповідали, що вони вирішили покинути цей світ через відчуття тривоги, яке нерідко супроводжувалося відчуттям втрати надії, але у 49 (81,66%) хворих суїцид мав демонстративно-шантажний характер (парасуїцид).

Таблиця 2

Особливості початку та перебігу хвороби як маркери диференціальної діагностики реакції на тяжкий стрес із порушеннями адаптації (F43) та депресивних розладів (включно рекурентні депресивні розлади F32–33) в осіб, що скоїли суїцидальні спроби

Ознаки (особливості початку та перебігу хвороби)	Частоти ознак, осіб		Достовірність відмінностей, p^*	Частоти ознак, од.		Співвідношення частот (I гр. / II гр)	ДК	МІ
	I група, $n = 60$	II група, $n = 30$		I група, $n = 60$	II група, $n = 30$			
Початок хвороби:								
гострий	54	10	< 0,00001	0,9000	0,3333	0,37	-4,31	1,22
підгострий	6	7	0,06202	0,1000	0,2333	2,33	3,68	0,25
затяжний	0	13	< 0,00001	0,0167	0,4333	26,00	14,15	2,95
Перебіг хвороби:								
до 3 міс	54	8	< 0,00001	0,9000	0,2667	0,30	-5,28	1,67
понад 3 міс	6	22	< 0,00001	0,1000	0,7333	7,33	8,65	2,74
Разом	60	30						

Таблиця 3

Психотравмуючі чинники, які призвели до розвитку або загострення захворювання як маркери диференціальної діагностики реакції на тяжкий стрес із порушеннями адаптації (F43) та депресивних розладів (включно рекурентні депресивні розлади F32–33) в осіб, що скоїли суїцидальні спроби

Ознаки (чинники)	Частоти ознак, осіб		Достовірність відмінностей, p^*	Частоти ознак, од.		Співвідн. частот (I гр. / II гр)	ДК	МІ
	I група, $n = 60$	II група, $n = 30$		I група, $n = 60$	II група, $n = 30$			
Гострі:								
смерть близьких	0	5	0,01373	0,0167	0,1667	10,00	10,00	0,75
сімейно-побутові конфлікти	31	6	0,00269	0,5167	0,2000	0,39	-4,12	0,65
конфлікти на роботі	0	4	0,03741	0,0167	0,1333	8,00	9,03	0,53
несподівана тяжка хвороба близьких	1	1	0,44943	0,0167	0,0333	2,00	3,01	0,03
несподіваний розпад сімейних зв'язків (зрада, розлучення)	20	0	0,00074	0,3333	0,0333	0,10	-10,00	1,50
нерозділене кохання	2	2	0,30132	0,0333	0,0667	2,00	3,01	0,05
Хронічні:								
неблагополуччя в сімейній сфері	0	10	0,00004	0,0167	0,3333	20,00	13,01	2,06
перевантаження на роботі, службові конфлікти	0	6	0,00476	0,0167	0,2000	12,00	10,79	0,99
наявність тяжкого соматичного захворювання (ВІЛ, онкологічні захворювання, туберкульоз тощо)	2	2	0,30132	0,0333	0,0667	2,00	3,01	0,05
погіршення матеріально-побутового рівня життя	4	5	0,09839	0,0667	0,1667	2,50	3,98	0,20
тривала емоційна ізоляція	0	3	0,09533	0,0167	0,1000	6,00	7,78	0,32
Разом	60	44						

Психодіагностичні показники як маркери диференціальної діагностики реакції на тяжкий стрес із порушеннями адаптації (F43) та депресивних розладів (включно рекурентні депресивні розлади F32–33) в осіб, що скоїли суїцидальні спроби

Ознаки (психодіагностичні показники)	Частоти ознак, осіб		Достовір- ність відмінос- тей, <i>p</i>	Частоти ознак, од.		Спів- відн. частот (I гр. / II гр)	ДК	МІ	
	I група, <i>n</i> = 60	II група, <i>n</i> = 30		I група, <i>n</i> = 60	II група, <i>n</i> = 30				
Депресія (за Гамільтоном)	≤ 22 балів	54	1	< 0,00001	0,9000	0,0333	0,04	-14,31	6,20
	> 22 балів	6	29	< 0,00001	0,1000	0,9667	9,67	9,85	4,27
Депресія (за Цунгом)	≤ 56 балів	45	2	< 0,00001	0,7500	0,0667	0,09	-10,51	3,59
	> 56 балів	15	28	< 0,00001	0,2500	0,9333	3,73	5,72	1,95
Реактивна тривога (за Спілбергером — Ханіним)	≤ 62 балів	48	29	0,02555	0,8000	0,9667	1,21	0,82	0,07
	> 62 балів	12	1	0,02555	0,2000	0,0333	0,17	-7,78	0,65
Особистісна тривожність (за Спілбергером — Ханіним)	≤ 48 балів	14	15	0,00813	0,2333	0,5000	2,14	3,31	0,44
	> 48 балів	46	15	0,00813	0,7667	0,5000	0,65	-1,86	0,25
психастенічна акцентуація, %	≤ 71 балів	37	10	0,00739	0,6167	0,3333	0,54	-2,67	0,38
	> 71 балів	23	20	0,00739	0,3833	0,6667	1,74	2,40	0,34
шизоїдна акцентуа- ція, %	≤ 57	17	12	0,10117	0,2833	0,4000	1,41	1,50	0,09
	> 57	43	18	0,10117	0,7167	0,6000	0,84	-0,77	0,05
нервово-психічна нестійкість, %	≤ 71	20	5	0,05144	0,3333	0,1667	0,50	-3,01	0,25
	> 71	40	25	0,05144	0,6667	0,8333	1,25	0,97	0,08
відчуття провини, %	≤ 71	50	1	< 0,00001	0,8333	0,0333	0,04	-13,98	5,59
	> 71	10	29	< 0,00001	0,1667	0,9667	5,80	7,63	3,05
відчуття образи, %	≤ 50	24	21	0,00497	0,4000	0,7000	1,75	2,43	0,36
	> 50	36	9	0,00497	0,6000	0,3000	0,50	-3,01	0,45
підозрілість, %	≤ 56	48	20	0,07888	0,8000	0,6667	0,83	-0,79	0,05
	> 56	12	10	0,07888	0,2000	0,3333	1,67	2,22	0,15
фізична агресія, %	≤ 34	10	7	0,16426	0,1667	0,2333	1,40	1,46	0,05
	> 34	50	23	0,16426	0,8333	0,7667	0,92	-0,36	0,01
вербальна агресія, %	≤ 20	7	1	0,14947	0,1167	0,0333	0,29	-5,44	0,23
	> 20	53	29	0,14947	0,8833	0,9667	1,09	0,39	0,02
інтернальність у сімейних відноси- нах, %	≤ 12	17	5	0,10353	0,2833	0,1667	0,59	-2,30	0,13
	> 12	43	25	0,10353	0,7167	0,8333	1,16	0,66	0,04

www.mps.kh.ua

Клінічна картина хворих на депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад (F32–33) характеризувалася наявністю насамперед депресивних проявів у вигляді: зниженого фону настрою протягом доби без суттєвих добових коливань, періодичного виникнення тривожності помірного рівня, замкнутості в собі, плаксивості («перестала радіти життю, не можу посміхнутися», «я в безвиході», «немає жодного інтересу в житті»). Депресивний настрій завжди супроводжувався відчуттям постійної внутрішньої напруги. Для 23 (76,67%) хворих були характерні ідеї самозвинувачення, самопригнічення як через поточні події, так і події у минулому. Спостерігалася недооцінка власних

сил («відчуваю себе нікчемністю», «убогий стан», «даремно день проживаєш», «відчуття приниженості»). Ідеї самозвинувачення трансформувалися в думки про свою нікчемність, а ті, у свою чергу, в суїцидальні («якийсь гріх», «тягар для рідних», «всім у тягар, нікому не потрібен», «я всім набридла, на роботі мені соромно, я не така, як вони», «я все роблю не так, я приношу дискомфорт оточуючим, і вони дають мені це зрозуміти, причому це справедливо»). Суїцидальні спроби мали чіткий зв'язок із відчуттям тягара для рідних, нерідко були пов'язані з нав'язливими страхами, втратою сенсу життя («все набридло, хотілося заснути і не прокинутися», «щось має трапитися зі

мною, я більше не побачу своїх близьких, немає перспективи — я не жалець», «життя втратило сенс», «навіщо жити»). Практично в усіх хворих депресивний стан приводив до вираженого порушення їх повсякденної соціальної і професійної діяльності. Тільки в одного пацієнта зберігалася видимість соціальної і професійної активності, яка супроводжувалася вираженою внутрішньою напругою, що посилювало депресивний стан.

Із метою кількісної оцінки ступеня тяжкості поточного психічного стану обстежених осіб було проведено психодіагностичне дослідження з використанням шкал депресії Гамільтона і Цунга,

а також методики діагностики прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади та шкал особистісної тривожності та реактивної тривоги Спілбергера — Ханіна, усереднені результати якого подано у табл. 4.

На користь діагнозу «реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації» (F43) свідчать: депресія за шкалою Гамільтона на рівні ≤ 22 балів (ДК = -14,31; МІ = 6,20 при $p < 0,00001$) або за шкалою Цунга на рівні ≤ 56 балів (ДК = -10,51; МІ = 3,59 при $p < 0,00001$); психастенічна акцентуація (за методикою ДПСНУХнаПР) на рівні $\leq 71\%$ (ДК = -2,67; МІ = 0,38 при $p = 0,00739$), відчуття

Таблиця 5

Інтегральна диференціально-діагностична таблиця для розпізнавання реакції на тяжкий стрес із порушеннями адаптації (F43) та депресивних розладів (включно рекурентні депресивні розлади (F32–33) в осіб, які скоїли суїцидальні спроби

Ознаки	Достовірність відмінностей, p	ДК	МІ
Маркери реакції на тяжкий стрес із порушеннями адаптації (F43)			
Депресія (за Гамільтоном): ≤ 22 балів	$< 0,00001$	-14,31	6,20
ДПСНУХнаПР: відчуття провини: $\leq 71\%$	$< 0,00001$	-13,98	5,59
Депресія (за Цунгом): ≤ 56 балів	$< 0,00001$	-10,51	3,59
Тривалість хвороби: ≤ 3 міс	$< 0,00001$	-5,28	1,67
Початок хвороби: гострий	$< 0,00001$	-4,31	1,22
Стать: чоловіча	0,00012	-5,44	1,13
Сімейний стан на момент дослідження: ніколи не перебував у шлюбі	0,00350	-4,47	0,67
Реактивна тривога (за Спілбергером — Ханіним): > 62 балів	0,02555	-7,78	0,65
Зайнятість та характер діяльності: не працює	0,00450	-3,59	0,54
Вік: ≤ 50 років	0,00008	-2,69	0,54
ДПСНУХнаПР: відчуття образи $> 50\%$	0,00497	-3,01	0,45
ДПСНУХнаПР: психастенічна акцентуація $\leq 71\%$	0,00739	-2,67	0,38
Рівень освіти: середня спеціальна (8 класів СШ + ПТУ)	0,03180	-3,01	0,30
Особистісна тривожність (за Спілбергером — Ханіним): > 48 балів	0,00813	-1,86	0,25
Маркери депресивних розладів (включно рекурентні депресивні розлади F32–33)			
Депресія (за Гамільтоном): > 22 балів	$< 0,00001$	9,85	4,27
ДПСНУХнаПР: відчуття провини: $> 71\%$	$< 0,00001$	7,63	3,05
Початок хвороби: затяжний	$< 0,00001$	14,15	2,95
Тривалість хвороби: > 3 міс	$< 0,00001$	8,65	2,74
Депресія (за Цунгом): > 56 балів	$< 0,00001$	5,72	1,95
Вік: > 50 років	0,00008	6,02	1,20
Рівень освіти: вища	0,00425	6,53	0,76
Стать: жіноча	0,00012	3,01	0,63
Зайнятість та характер діяльності: пенсіонер за віком	0,01042	6,02	0,60
Особистісна тривожність (за Спілбергером — Ханіним): ≤ 48 балів	0,00813	3,31	0,44
ДПСНУХнаПР: відчуття образи $\leq 50\%$	0,00497	2,43	0,36
ДПСНУХнаПР: психастенічна акцентуація $> 71\%$	0,00739	2,4	0,34
Реактивна тривога (за Спілбергером — Ханіним): ≤ 62 балів	0,02555	0,82	0,07

провини (за методикою ДПСНУХнаПР) на рівні $\leq 71\%$ (ДК = -13,98; МІ = 5,59 при $p < 0,00001$); відчуття образи (за методикою ДПСНУХнаПР) на рівні > 50 (ДК = -3,01; МІ = 0,45 при $p = 0,00497$); а також реактивна тривога (за шкалою Спілбергера — Ханіна) на рівні > 62 балів (ДК = -7,78; МІ = 0,65 при $p = 0,02555$) та особистісна тривожність (за шкалою Спілбергера — Ханіна) на рівні > 48 балів (ДК = -1,86; МІ = 0,25 при $p = 0,00813$).

Відповідно, на користь діагнозу «депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад» (F32–33) свідчать: депресія за шкалою Гамільтона на рівні > 22 балів (ДК = 9,85; МІ = 4,27 при $p < 0,00001$), або за шкалою Цунга на рівні > 56 балів (ДК=5,72; МІ=1,95 при $p < 0,00001$); психастенічна акцентуація (за методикою ДПСНУХнаПР) на рівні $> 71\%$ (ДК = 2,40; МІ = 0,34 при $p = 0,00739$); відчуття провини (за методикою ДПСНУХнаПР) на рівні $> 71\%$ (ДК = 7,63; МІ = 3,05 при $p < 0,00001$) та відчуття образи (за методикою ДПСНУХнаПР) на рівні ≤ 50 (ДК = 2,43; МІ = 0,36 при $p = 0,00497$), а також реактивна тривога (за шкалою Спілбергера — Ханіна) на рівні ≤ 62 балів (ДК = 0,82; МІ = 0,07 при $p = 0,02555$) та особистісна тривожність (за шкалою Спілбергера — Ханіна) на рівні ≤ 48 балів (ДК = 3,31; МІ = 0,44 при $p = 0,00813$).

Таким чином, у результаті проведеного комплексного дослідження були виділені предиктори формування суїцидальної поведінки у хворих на екзогенні (F43) та ендогенні (F32–33) депресивні розлади, що дозволило звести їх в інтегральну диференціально-діагностичну табл. 5, в якій вони подані в порядку зменшення їх інформативності.

Рівень депресії, оцінений за допомогою шкали Гамільтона, є найбільш інформативним і водночас самодостатнім (з достовірністю $p < 0,05$) маркером «реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації» в диференційно-діагностичному завданні, про яке йдеться, адже його ДК перевищує відповідне цьому рівню достовірності межове значення в 13 од. [13].

Ще одним самодостатнім маркером «реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації» в цьому диференційно-діагностичному завданні є «відчуття провини» на рівні $\leq 71\%$, оцінене за допомогою методики ДПСНУХнаПР.

Цікаво, що оцінка депресії за методикою Цунга (на відміну від оцінки депресії за шкалою Гамільтона) не досягла рівня самодостатності. Можливо, це пов'язано із тим, що методика Цунга передбачає самооцінку свого стану хворим, яка виявляється менш диференційованою й адекватною, ніж оцінка кваліфікованим стороннім спостерігачем (лікарем).

Щодо ендогенних депресивних розладів (F32–33), то єдиним самодостатнім їх маркером

виявився затяжний початок хвороби (ДК = 14,15 при МІ = 2,95).

У результаті комплексного дослідження можна зробити такі висновки.

1. Було встановлено, що ціла низка анамнестичних, клініко-психопатологічних та патофизиологічних особливостей хворих, які скоїли суїцидальні спроби, з екзогенними (F43) та ендогенними (F32–33) депресивними розладами можуть бути використанні як додаткові маркери диференційної діагностики цих патологічних станів.

2. Маркерами на користь екзогенної депресії (реакція на тяжкий стрес із порушеннями адаптації (F43) є (в порядку зменшення інформативності): депресія за шкалою Гамільтона; відчуття провини (за ДПСНУХнаПР); депресія за шкалою Цунга; тривалість хвороби понад 3 міс; гострий початок хвороби; чоловіча стать; сімейний стан на момент дослідження «ніколи не перебував у шлюбі»; реактивна тривога за Спілбергером — Ханіним; зайнятість та характер діяльності «не працює»; вік на момент дослідження 50 років і старше; відчуття образи за ДПСНУХнаПР; психастенічна акцентуація за ДПСНУХнаПР; рівень освіти — «середня спеціальна»; особистісна тривожність за Спілбергером — Ханіним.

3. Маркерами на користь ендогенної депресії (депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад (F32–33)) є (в порядку зменшення інформативності): депресія за шкалою Гамільтона; відчуття провини за ДПСНУХнаПР; затяжний початок хвороби; тривалість хвороби менше 3 міс; депресія за шкалою Цунга; вік на момент дослідження — менше 50 років; рівень освіти — вища; жіноча стать; зайнятість та характер діяльності «пенсіонер за віком»; особистісна тривожність за Спілбергером — Ханіним; відчуття образи за ДПСНУХнаПР; психастенічна акцентуація за ДПСНУХнаПР; реактивна тривога за Спілбергером — Ханіним.

Список літератури

1. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия: в 2т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок; пер. с англ.— М.: Медицина, 1994.— 1200 с.
2. Остроглазов В. Г. Клинико-статистическое исследование больных, госпитализированных в связи с суицидальными попытками / В. Г. Остроглазов, П. В. Смирнов, А. А. Герш // Моск. мед. журн.— 1998.— № 4.— С. 18–20.
3. Марута Н. О. Система терапії ендогенних депресій із суїцидальним ризиком в осіб похилого віку / Н. О. Марута, І. О. Явдак, О. С. Черediaнкова // Здоров'я України.— 2012.— № 3.— С. 22–23.
4. Bostwick J. M. Affective disorders and suicide risk:

- a reexamination / J. M. Bostwick, V. S. Pankratz // Am. J. of Psychiatry.— 2000.— Vol. 157.— P. 1925–1932.
5. Risk factors for completed suicide in bipolar disorder / S. Y. Tsai, C. J. Kuo, C. C. Chen, H. C. Lee // J. of Clin. Psychiatry.— 2002.— Vol. 63 (6).— P. 469–476.
 6. *Пилягина Г. Я.* Анализ отдельных аспектов в развитии суицидальных попыток, их влияние в рецидивировании аутоагрессивного поведения / Г. Я. Пилягина, С. А. Чумак, В. Э. Семенцун // Арх. психіатрії.— 2006.— Т. 12, № 1–4 (44–47).— С. 240–250.
 7. *Васильев В. В.* Суицидальное поведение при пограничных психических расстройствах: обзор литературы / В. В. Васильев // Рос. психіатр. журн.— 2008.— № 5.— С. 11–21.
 8. *Розанов В. А.* Факторы внешней среды и суицидальное поведение человека (экологическая модель суицида) [Электронный ресурс] / В. А. Розанов // Вестн. Биологической психиатрии (электронный бюллетень Российского (РОБП) и Украинского общества биологической психиатрии (УОБП)).— 2004.— № 7.— С. 15–25.— Режим доступа: <http://www.rus-neuroscience-soc.bm-science.com>
 9. *Hamilton M.* A rating scale for depression / M. Hamilton // J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.— 1960.— № 23.— P. 56–62.
 10. *Zung W. W.* A self-rating depression scale / W. W. Zung // Arch. of General Psychiatry.— 1965.— № 12.— P. 63–70.
 11. *Батаршев А. В.* Базовые психологические свойства и самоопределение личности: практическое руководство по психологической диагностике / А. В. Батаршев.— СПб.: Речь, 2005.— С. 44–49.
 12. *Діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади: метод. рек. / Н. О. Марута, А. М. Бачериков, Т. В. Ткаченко [та ін.]— Харків, 2011.— 16 с.*
 13. *Гублер Е. В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер.— М.: Медицина, 1978.— 294 с.
 14. *Лапач С. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич.— К.: Морион, 2000.— 320 с.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ДЕПРЕССИЯМИ, КОТОРЫЕ СОВЕРШИЛИ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Р. В. ЛАКИНСКИЙ

Проведено изучение клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей больных с экзогенными (F43) и эндогенными (F32–33) депрессивными расстройствами, совершивших суицидальные попытки. Выделены дополнительные дифференциально-диагностические маркеры формирования суицидального поведения у больных с депрессиями разного генеза.

Ключевые слова: суицидальная попытка, маркеры дифференциальной диагностики, экзогенная депрессия, эндогенная депрессия.

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHODIAGNOSTIC PECULIARITIES OF DEPRESSED PERSONS WHO COMMITTED SUICIDAL ATTEMPTS

R. V. LAKYNSKYI

Clinical psychopathological and pathopsychological peculiarities of patients with exogenic (F43) and endogenic (F32–33) depressive disorders who committed suicidal attempts were investigated. Additional differential diagnostic markers of forming suicidal behavior in patients with depressions of different origin were distinguished.

Key words: suicidal attempts, markers of differential diagnosis, exogenous depression, endogenous depression.

Надійшла 03.12.2013