

УДК 616.895.4-008.44144-055.1-055.2-07-084

Н.О. Марута, Л.Т. Сновида

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

ГЕНДЕРНО ЗУМОВЛЕНА СПЕЦИФІКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ДЕПРЕСІЇ (КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ)

Встановлено, що у чоловіків з депресіями суїцидальна поведінка характеризувалася переважанням суїцидальних спроб порівняно з суїцидальними думками, рішеннями, намірами (72,3 та 27,7 %; $p < 0,01$). Суїцидальні спроби у чоловіків спостерігалися у 10 разів частіше, ніж у жінок (64,7 та 6,4 %; $p < 0,01$), у переважній більшості були істинними (89,4 та 10,6 %; $p < 0,01$). Суїцидальна поведінка у жінок із депресіями відрізнялася від такої у чоловіків домінуванням суїцидальних думок над іншими формами суїцидальної поведінки (думки, рішення, наміри) (79,4 та 20,6 %; $p < 0,05$). Серед суїцидальних спроб вірогідно переважали демонстративні (69,2 та 30,8 %; $p < 0,01$). Виявлена гендерна специфіка суїцидальної поведінки у хворих на депресію дозволила розробити диференційовану систему психопрофілактики, яка базується на поєднаному використанні фармако- та психотерапії. Результати оцінки ефективності розробленої системи психопрофілактики свідчать про її перевагу при порівнянні з такими заходами, які використовуються традиційно.

Ключові слова: *гендерні особливості, суїцидальна поведінка, депресивні розлади, емоційні, когнітивні, соматовегетативні порушення, психологічна стаття, фрустрація потреб, диференційована система психопрофілактики.*

Одним із найбільш драматичних медико-соціальних наслідків депресивних розладів є суїцид. У сучасних дослідженнях встановлено, що серед усіх психічних та поведінкових порушень саме депресивним розладам притаманний найбільш високий суїцидальний ризик. Хворі на депресивні розлади в 30 разів частіше скоюють суїциди, ніж особи, які не страждають на депресію. Тому смертність серед хворих на депресивні розлади є дуже високою та незначно відрізняється від такої при серцево-судинних захворюваннях [3, 4, 6].

У наукових концепціях доведено, що кожний випадок самогубства є складним результатом взаємодії ситуаційних, особистісних та психопатологічних чинників [1, 2, 5, 7].

При цьому визначено, що перелічені чинники суттєво відрізняються залежно від статі, вибіркова чутливість психіки чоловіків та жінок стосовно зовнішніх та внутрішніх фак-

торів є індивідуальною, залежить від виховання, життєвого досвіду, настанов, ціннісних орієнтацій [1, 4, 5].

Вивчення гендерної специфіки суїцидальної поведінки здійснювалося стосовно її частоти, засобів скоєння та не проводилось у хворих на депресивні розлади.

У той же час аналіз гендерних особливостей дозволяє чітко визначити клініко-психопатологічні предиктори, механізми формування та розробити індивідуалізовані підходи щодо психопрофілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресію чоловіків та жінок.

Метою даного дослідження стало вивчення клініко-психопатологічних особливостей суїцидальної поведінки у хворих на депресію чоловіків та жінок для розробки гендерно обґрунтованих принципів психопрофілактики.

Для виконання мети й завдань дослідження було обстежено 128 хворих (65 чоловіків та

63 жінки) з депресивними розладами (F32.1 та F33.1), у структурі яких спостерігалися різні форми суїцидальної поведінки. У контрольну групу увійшли 113 хворих (58 чоловіків та 55 жінок) з аналогічними формами депресивних розладів без ознак суїцидальної поведінки. Вік хворих основної та контрольної групи був у межах 20–45 років ($p < 0,5$).

Для реалізації мети і завдань дослідження був використаний комплекс методів, який включав клініко-психопатологічне, психометричне дослідження та математичні методи обробки отриманих даних.

Клініко-психопатологічний метод передбачав застосування структурного інтерв'ю в межах клініко-феноменологічного та клініко-психопатологічного підходів для оцінки психічного стану особи з психічними розладами з наступною його інтерпретацією за МКХ-10.

У роботі використовувалися наступні психометричні методи дослідження:

- шкала Гамільтона (Hamilton M., 1967);
- шкала визначення вираженості суїцидального ризику (Гавенко В.Л. зі співавт., 2001);
- шкали самосвідомості смерті (Гавенко В.Л. зі співавт., 2001);
- шкала самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (Пилягіна Г.Я., 2004).

Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою програм «Microsoft Excel», «SPSS Statistics 17,0» із визначенням основних статистичних показників (M, m, Me, SD) та застосуванням кореляційного аналізу (Е.В. Сидоренко, 2001).

Вивчення суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади у гендерному аспекті та її співставлення з клініко-психопатологічними особливостями депресій дозволило отримати наступні результати.

Суїцидальна поведінка у чоловіків з депресіями характеризувалася достовірним переважанням суїцидальних спроб порівняно з думками, рішеннями, намірами (72,3 та 27,7 %; $p < 0,01$). Суїцидальні спроби у чоловіків спостерігалися у 10 разів частіше, ніж у жінок (64,7 та 6,4 %; $p < 0,01$), переважно були істинними (89,4 та 10,6 %; $p < 0,01$).

Феноменологія суїцидальної поведінки у жінок з депресією характеризувалася домінуванням суїцидальних думок, рішень, намірів над суїцидальними спробами (79,4 та 20,6 %;

$p < 0,01$). Демонстративні суїцидальні спроби у жінок реєструвалися у 2 рази частіше, ніж у чоловіків.

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей депресивного розладу підтвердив, що найчастіше суїцидальна поведінка у чоловіків реєструвалася в структурі депресивного епізоду (F32.1), а при рекурентній депресії (F33.1) спостерігалася рідше (87,7 та 12,3 %; $p < 0,05$). При цьому у чоловіків, хворих на депресивний епізод суїцидальні спроби, переважали над іншими формами аутоагресії, а при рекурентній депресії, навпаки: частіше спостерігалися суїцидальні думки, фантазування, рішення, наміри (56,8 та 13,6 %; $p < 0,01$; 14,9 та 2,1 %; $p < 0,01$ відповідно).

У хворих на депресію жінок в структурі депресивного епізоду та рекурентної депресії відзначалося переважання суїцидальних думок, рішень та намірів над суїцидальними спробами (24,7 та 4,9 % при F32.1; 63,8 та 19,2 % при F33.1). Найбільша частота суїцидальної поведінки спостерігалася у жінок з рекурентною депресією (61,9 % при F33.1; 38,1 % при F32.1, $p < 0,01$).

Наведені факти свідчать про те, що найбільш суїцидонебезпечним у чоловіків є перший епізод депресії, а у жінок – повторні депресивні епізоди.

Вивчення способів скоєння суїцидальних спроб віддзеркалило їх відмінності у чоловіків та жінок, які страждають на депресивні розлади.

У чоловіків суїцидальні спроби здійснювалися у 51,1 % засобом самоповішення, у 23,4 % – вогнепального поранення, у 10,6 % – отруєння ліками та іншими хімічними засобами, у 8,5 % – падіння з висоти, у 6,4 % – самопорізів.

Для скоєння суїциду 53,8 % жінок обирали отруєння ліками та іншими хімічними засобами, 30,8 % – самопорізи, 7,7 % – падіння з висоти, 7,7 % – самоповішення.

Отже, при скоєнні суїцидальної спроби чоловіки використовували найбільш травматичні засоби, а жінки – більш «безпечні», такі, що створюють можливості збереження життя.

Клініко-психопатологічний аналіз депресивних розладів у чоловіків та жінок з суїцидальною поведінкою довів, що у чоловіків переважаючими варіантами депресій були апато-динамічний та тужливий (36,9 та

30,8 % відповідно, $p < 0,05$), в той час коли у жінок домінували тривожний (ажитований) та істеричний варіанти (34,9 та 30,2 % відповідно, $p < 0,01$).

Слід підкреслити, що вираженість депресії за шкалою Гамільтона у чоловіків була вірогідно більшою, ніж у жінок ($33,8 \pm 4,1$ бала та $22,4 \pm 3,3$ бала, $p < 0,05$).

Емоційний спектр депресивних порушень у чоловіків із суїцидальною поведінкою характеризувався переважанням ангедонії (80,0 %), туги (76,9 %), байдужості (73,8 %), які супроводжувалися ідеями малоцінності (73,8 %), зниженням рівня інтересів (60,0 %), ригідністю мислення (55,4 %) та труднощами у прийнятті рішень (52,3 %). Рухові компоненти депресивних розладів включали наявність загальмованості рухів, мови, міміки (67,7 %). Соматовегетативне забарвлення депресій реєструвалося переважно у вигляді зниження маси тіла (78,5 %), закріпів (72,3 %), порушень сну (69,2 %) та сексуальних розладів (64,6 %).

Також у чоловіків із суїцидальною поведінкою при депресіях спостерігалися розлади когнітивних функцій: зниження рівня концентрації уваги (61,5 %), порушення пам'яті (56,9 %), погіршення комунікативних навичок (84,6 %).

Клінічна картина депресій у жінок з суїцидальною поведінкою відрізнялась від такої у чоловіків.

Емоційні розлади в структурі депресії у жінок включали переважання тривоги (65,1 %), незадоволення (57,1 %), постійного відчуття втоми (50,8 %).

Порушення мислення у хворих на депресії жінок з суїцидальною поведінкою проявлялися у вигляді зниження рівня інтересів (76,2 %), нав'язливих думок (73,0 %) та підвищення чутливості до критики на свою адресу (63,5 %).

Когнітивні розлади реєструвалися переважно у вигляді зниження рівня концентрації уваги (58,7 %).

Рухові порушення в клінічних проявах депресії у жінок були представлені моторним занепокоєнням (57,1 %).

Депресивні розлади у жінок з суїцидальною поведінкою характеризувалися переважанням соматовегетативних проявів, перш за все пароксизмальних (симпатико-андрена-

лові, вагоінсулярні та змішані пароксизми у 63,5 %; $p < 0,01$). Перманентні соматовегетативні порушення спостерігалися у формі гіпергідрозу – у 60,3 % ($p < 0,05$), розладів з боку серцево-судинної системи (кардіалгії, порушення серцевого ритму) – у 57,1 % ($p < 0,01$), цефалгії (психалгії) у 44,4 % ($p < 0,01$). Хворі на депресії жінки з суїцидальною поведінкою відрізнялися наявністю сенсорних порушень (підвищена чутливість та непереносимість гучних звуків – у 53,9 % при $p < 0,01$), порушень чутливості (гіперестезія, парестезія – у 46,0 % при $p < 0,01$), психосенсорних порушень (коливання ґрунту під ногами, оточуючих предметів – у 30,2 % при $p < 0,01$), тобто клінічні прояви депресивних розладів, які супроводжувалися суїцидальною поведінкою, у чоловіків та жінок розрізняються за структурою емоційних, соматовегетативних, рухових та когнітивних порушень.

При цьому у чоловіків з суїцидальною поведінкою стрижньовим афектом була ангедонія, яка супроводжувалася ідеями малоцінності, погіршенням комунікацій когнітивних функцій та вітальними соматовегетативними розладами.

У жінок суїцидальна поведінка спостерігалася при домінуванні тривожного афекту, який проявлявся емоційною дезорганізацією діяльності, руховим неспокоєм, соматовегетативними розладами (переважно пароксизмального характеру), розладами чутливості та психосенсорними порушеннями.

Вивчення рівня суїцидального ризику в групах обстежених свідчило про те, що у чоловіків з депресивними розладами виявлений високий рівень суїцидального ризику – $48,2 \pm 5,3$ бала (при апато-адинамічному варіанті депресії – $49,8 \pm 3,3$ бала, при тужливо-меланхолічному варіанті – $41,9 \pm 4,2$ бала) при низькому рівні самосвідомості смерті – $10,6 \pm 2,2$ бала (при апато-адинамічному варіанті депресії – $9,9 \pm 1,2$ бала, при тужливо-меланхолічному – $10,1 \pm 1,4$ бала).

У жінок із суїцидальною поведінкою рівень суїцидального ризику був також високим, але вірогідно нижчим, ніж у чоловіків – $29,4 \pm 2,1$ бала ($p < 0,05$). При цьому у жінок з тривожним варіантом депресії рівень суїцидального ризику склав $32,5 \pm 1,9$ бала, а з істеричним варіантом – $26,1 \pm 1,7$ бала. Рівень самосвідомості смерті у групі жінок був низь-

ким і складав $15,0 \pm 1,5$ бала ($12,4 \pm 1,5$ бала – при тривожному варіанті; $28,1 \pm 2,8$ – при істеричному варіанті). Згідно з цими даними у чоловіків та жінок із суїцидальною поведінкою при депресіях спостерігається високий суїцидальний ризик при низькому рівні усвідомлення смерті, що віддзеркалює низьку активність антисуїцидальних механізмів. Слід підкреслити, що у чоловіків можливості антисуїцидальних механізмів були більш обмеженими порівняно з жінками (найбільша активність антисуїцидальних механізмів спостерігалася у жінок з істеричним варіантом депресії, що сприяло формуванню в них парасуїцидальної поведінки, спрямованої на привертання уваги до себе та своїх проблем). Вивчення предикторів суїцидальної поведінки у хворих основної групи свідчило про те, що в них вірогідно частіше (порівняно з контролем) реєструвалися чинники спадкової обтяженості алкогольною залежністю та афективними розладами (у чоловіків), невротичними та особистісними розладами (у жінок). Для жінок із суїцидальною поведінкою при депресіях вірогідно значущим був чинник невротичної конституції ($34,9$ та $12,7$ %; $p < 0,01$).

У чоловіків основної групи вірогідно частіше, ніж у контролі, спостерігалися органічні ураження головного мозку (черепно-мозкової травми, нейроінфекції, інтоксикації) в анамнезі ($29,2$ та $10,3$ %; $p < 0,01$). Вагомим чинником формування суїцидальної поведінки у обстежених була супутня соматична патологія, яка реєструвалася у хворих основної групи вірогідно частіше, ніж у контролі ($50,8$ та $27,6$ %; $p < 0,05$ – у чоловіків; $33,8$ та $16,4$ %; $p < 0,05$ – у жінок). Найбільш розповсюдженими формами соматичної патології у чоловіків були органічні розлади нервової системи (дисциркуляторна енцефалопатія, остеохондроз хребта) – $18,5$ та $8,6$ %; $p < 0,01$.

Аналіз ролі психогенних чинників у формуванні депресій з суїцидальною поведінкою довів, що у чоловіків основної групи вірогідно частіше порівняно з контролем реєструвалися хронічні психогенії ($66,2$ та $46,6$ %; $p < 0,05$), серед яких переважали чинники погіршення матеріально-побутового стану ($63,1$ %; $p < 0,01$), самотність, незадоволена потреба у любові ($58,5$ %; $p < 0,05$), втрата соціального статусу ($49,2$ %; $p < 0,01$), власна хвороба ($43,1$ %; $p < 0,01$), сексуальні проблеми

($35,4$ %; $p < 0,01$). У хворих на депресії жінок із суїцидальною поведінкою вагомим був вплив гострих психогенних чинників, які вірогідно частіше реєструвалися в основній групі ($74,6$ та $45,5$ %; $p < 0,05$). Серед цих чинників переважали психогенії, обумовлені родинними конфліктами, ревнощами, зрадою чоловіка, розлученням ($68,3$ %; $p < 0,01$), а також самотністю та незадоволеною потребою у любові ($53,9$ %; $p < 0,01$).

Таким чином, наведені дані свідчать про наявність гендерно обумовлених клініко-психопатологічних особливостей депресій, які впливають на формування суїцидальної поведінки. Ці особливості можна розглядати як чинники ризику суїцидальної поведінки при депресіях у чоловіків та жінок.

На підставі результатів дослідження розроблено диференційовану програму психопрофілактики суїцидальної поведінки при депресіях з урахуванням гендерних механізмів її формування.

Основними принципами цієї програми є цілісний підхід, своєчасність, спеціалізованість, диференційованість, етапність, наступність. Розроблена програма психопрофілактики включає заходи стаціонарного та амбулаторного етапів, кожний із яких спрямований на реалізацію конкретних завдань.

На стаціонарному етапі надають невідкладну допомогу, вирішують діагностичні питання, надають психіатричну допомогу та допомогу з приводу супутньої соматичної патології. На амбулаторному етапі забезпечують підтримуючу фармако- та психотерапію, за участю соціальної служби вирішують соціальні проблеми пацієнта. Взаємодія між стаціонарними та амбулаторними службами спрямована на реалізацію наступності та безперервності допомоги. Обсяг та характер невідкладної допомоги визначається багатьма чинниками, провідними з яких є засіб скоєння суїциду, тяжкість ушкоджень, вираженість психічних та соматичних розладів. Перелічені особливості визначають й місце надання допомоги (лікарня швидкої допомоги, реанімаційне або токсикологічне відділення).

Діагностичний напрямок програми спрямований на вивчення психопатологічних та патопсихологічних гендерно зумовлених механізмів суїцидогенезу в структурі депресивних розладів. Для цього використовують ме-

тодологічний комплекс, що дозволяє проаналізувати форму та вираженість депресії, рівень суїцидального ризику та самосвідомості смерті, предиктори аутоагресії, особистісні особливості та систему ціннісних орієнтацій особи. Психіатрична допомога хворим на депресивні розлади із суїцидальною поведінкою в стаціонарі складалася з фармако- та психотерапії, які застосовувалися з урахуванням гендерної специфіки суїцидальної поведінки у чоловіків та жінок, хворих на депресивні розлади.

Відповідно до виявлених у чоловіків клініко-психопатологічних закономірностей (переважання апато-динамічної та тужливо-меланхолічної форм депресії) в межах фармакотерапії застосовувалися антидепресанти (пароксетин, флувоксамін або тразодон); нейрорептики (рисперидон або оланзапін); засоби, що покращують метаболічні процеси мозку (актовегін, цитиколін, церебролізін); засоби загальнозміцнюючої дії.

У жінок із переважаючими у них тривожними та істероїдними формами депресивних розладів використовували інші форми фармакотерапії: антидепресанти (сертралін або мелітор); транквілізатори (діазепам або гідазепам); нейрорептики (паліперидон або амільсуприд); анксиолітики (атаракс або афобазол); загальнозміцнюючі засоби.

Фармакотерапія у жінок відрізнялася частіше необхідністю використання транквілізаторів, вегетативних стабілізаторів, у чоловіків – використанням засобів, які покращують метаболічні процеси мозку.

Психотерапія застосовувалася диференційовано з урахуванням гендерної специфіки суїцидальної поведінки. Психотерапевтичні заходи були спрямовані на формування особистісних механізмів та мотиваційно-ціннісних орієнтацій, які сприяють адаптації особи до існуючих соціально-психологічних умов.

Для формування нових форм когнітивного, емоційного та поведінкового реагування використовували раціональну психотерапію (Р. Dubois, 1938), групову психотерапію (К.Е. Rudestam, 1998), особистісно-орієнтовану реконструктивну психотерапію (А.М. Свядош, 1982), когнітивно-біхевіоральну терапію (А.Т. Beck, 2003).

Слід зазначити, що базовими методами психотерапії у чоловіків були індивідуальна

раціональна та особистісно-орієнтовна психотерапія, а у жінок – когнітивно-біхевіоральна психотерапія. Тривалість стаціонарного етапу складає 1–3 місяці.

Амбулаторний етап психопрофілактичної програми є спрямованим на профілактику рецидивів депресії та суїцидальної поведінки, реінтеграцію хворого у суспільне життя. Заходи даного етапу здійснюються у психіатричних диспансерах; психіатричних, психотерапевтичних, медико-психологічних кабінетах медичних закладів; медико-психологічних та реабілітаційних центрах. Заходи амбулаторного етапу також включають поєднання фармако- та психотерапії.

Застосування фармакотерапії передбачає використання підтримуючої терапії психотропами, загальнозміцнюючими засобами та засобами, які покращують метаболічні процеси мозку.

Психотерапія включає застосування когнітивно-біхевіоральної психотерапії (А.Т. Beck, 2003) та групової психотерапії (К.Е. Rudestam, 1990), які орієнтовані на покращення комунікацій особистості, закріплення ефективних навичок спілкування, управління своїми емоціями та поведінкою. Також у межах цього етапу використовують аутогенне тренування (І.Н. Schultz, 1932) та сімейну психотерапію (Э.Г. Эйдмиллер, В.В. Юстицкий, 1999).

У жінок базовими методами диспансерного етапу були групові та сімейні психотерапії, у чоловіків – когнітивно-біхевіоральна психотерапія та аутогенне тренування.

Важливими заходами даного етапу є раціональне працевлаштування пацієнта, збереження професійного потенціалу особистості та залучення хворих до різних непрофесійних видів діяльності (суспільної, творчої, виховання дітей, хобі та ін.). Тривалість диспансерного етапу коливається в межах 6–12 місяців.

В апробації розробленої диференційованої програми психопрофілактики взяли участь 123 особи, 63 з них отримували лікування відповідно до розроблених принципів (33 чоловіки та 30 жінок), а 60 (28 чоловіків та 32 жінки) – відповідно до традиційних принципів.

Аналіз результатів апробації розробленої системи психопрофілактики підтвердив, що внаслідок лікування з урахуванням гендерної специфіки одужали 72,7 % чоловіків та 76,7 %

жінок, а при лікуванні традиційними засобами – тільки у 32,1 % чоловіків та 37,5 % жінок ($p < 0,01$).

У групі хворих, де психопрофілактику здійснювали відповідно до традиційних принципів, у 53,5 % чоловіків та 56,3 % жінок визначено позитивну динаміку психічного стану, а в 14,2 % чоловіків та в 23,3 % жінок – відсутність динаміки психічного стану.

У групі хворих, які отримували лікування за розробленою програмою, позитивна ди-

наміка психічного стану спостерігалася у 24,2 % чоловіків та у 23,3 % жінок, відсутність динаміки психічного стану в цій групі не відзначалася.

Отже, у групі хворих, до яких застосовували психопрофілактичні заходи розробленої програми, ефективність лікування була вищою, ніж у групі хворих, які лікувалися за традиційними принципами. Катamnестичні дослідження, здійснені протягом 2 років, підтвердили стійкість отриманого ефекту.

Список літератури

1. Клинико-психопатологические корреляты суицидального поведения у больных невротическими расстройствами / Н. А. Марута, А. Н. Бачериков, И. А. Явдак [и др.] // Міжнар. психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2007. — Т. 1, № 1. — С. 28–35.
2. Пилягина Г. Я. Экзистенциальный кризис как патопсихологическая основа суицидогенеза / Г. Я. Пилягина, В. Э. Семенцул, С. А. Чумак // Укр. вісн. психоневрол. — 2008. — Т. 16, вып. 1 (54). — С. 84–85.
3. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия : рук-во для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков : Торнадо, 2003. — 352 с.
4. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости Афобазола) / А. Б. Смулевич, А. В. Андрущенко, Д. В. Романов [и др.] // Психиат. и психофармакотер. (экстравыпуск). — 2006. — С. 3–9.
5. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы / Л. Н. Юрьева // Укр. вісн. психоневрол. — 2007. — Т. 15, вып. 1 (50). — С. 34–36.
6. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология : моногр. / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск : Пороги, 2006. — 472 с.
7. Suicide prevention in Europe // The WHO monitoring surveys of national suicide prevention programmes and strategies / D. Wasserman, E. Mittendorfer-Rutz, W. Rutz [et al.]. — Stockholm : Swedish National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental III-Health. — 2004. — P. 19–23.

Н.А. Марута, Л.Т. Сновида

ГЕНДЕРНО ОБУСЛОВЛЕННАЯ СПЕЦИФИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ)

Установлено, что у мужчин с депрессиями суицидальное поведение характеризовалось преобладанием суицидальных попыток по сравнению с суицидальными мыслями, решениями, намерениями (72,3 и 27,7 %; $p < 0,01$). Суицидальные попытки у мужчин наблюдались в 10 раз чаще, чем у женщин (64,7 и 6,4 %; $p < 0,01$), у подавляющего большинства были истинными (89,4 и 10,6 %; $p < 0,01$). Суицидальное поведение у женщин с депрессиями отличалось от такового у мужчин доминированием суицидальных мыслей над другими формами суицидального поведения (мысли, решения, намерения) (79,4 и 20,6 %; $p < 0,05$). Среди суицидальных попыток достоверно преобладали демонстративные (69,2 и 30,8 %; $p < 0,01$). Выявленная гендерная специфика суицидального поведения у больных с депрессиями позволила разработать дифференцированную систему психопрофилактики, основанную на сочетанном использовании фармако- и психотерапии. Результаты оценки эффективности разработанной системы психопрофилактики свидетельствуют о ее преимуществе по сравнению с традиционно используемыми.

Ключевые слова: гендерные особенности, суицидальное поведение, депрессивные расстройства, эмоциональные, когнитивные, соматовегетативные нарушения, психологический пол, фрустрация потребностей, дифференцированная система психопрофилактики.

N.A. Maruta, L.T. Snovyda

A GENDER-DETERMINED SPECIFICITY OF A SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH DEPRESSIONS (CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND PRINCIPLES FOR PREVENTION)

An article devoted to research of gender peculiarities of a suicidal behavior in patients with depressive disorders and to working out a system for differentiated psycho-prevention. It was found out that in male patients with depressions a suicidal behavior was characterized with a predomination of suicidal attempts in comparison with suicidal thoughts, decisions, and intentions (72,3 and 27,7 %; $p < 0,01$). Suicidal attempts in male patients occurred ten times more often than in female patients (64,7 and 6,4 %; $p < 0,01$), and were mostly true ones (89,4 and 10,6 %; $p < 0,01$). A suicidal behavior in female patients with depressions differed from the such behavior in male patients in terms of a predomination of suicidal thoughts over other suicidal behavior forms (attempts, decisions, intentions) (79,4 and 20,6 %; $p < 0,05$). Among suicidal attempts significantly prevailed demonstrative ones (69,2 and 30,8 %; $p < 0,01$). The gender specificity of a suicidal behavior in patients with depressions allowed us to develop a differentiated system of psycho-prevention based on a joined application of drug treatment and psychotherapy. The results of efficacy assessment for the developed system of psycho-prevention evidence its benefits in comparison with the measures used traditionally.

Key words: gender peculiarities, suicidal behavior, depressive disorders, emotional, cognitive, somatic-autonomous impairments, psychological gender, frustration of needs, differentiated system of psycho-prevention.

Поступила 20.09.12