

УДК: 616.89-008.441.44-008.47-039-07
© Никанорова Ю.В., 2013

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Никанорова Ю.В.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Последние статистические данные констатируют рост преимущественно непсихотических психических расстройств в общей структуре психической патологии, среди которых особое место занимают расстройства тревожного спектра. В общемедицинской практике распространенность тревожных расстройств достигает 40 %, в популяции этот показатель составляет 2-9 % [3, 6, 7].

Среди медико-социальных последствий тревожных расстройств особое место занимает суицидальное поведение, наличие которого существенно ухудшает течение и прогноз данной патологии, что обуславливает необходимость изучения механизмов формирования суицидов для разработки их превенции [1, 4, 5, 10, 11].

Целью данной работы было изучение клинико-психопатологических и патопсихологических предикторов формирования суицидального поведения у больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F41.2).

В качестве методов исследования использовались клинико-психопатологический метод, психометрические методы (оценочные шкалы тревоги и депрессий Гамильтона) и психодиагностические методы (шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина; ме-

тодика «Характерологические акцентуации характера и нервно-психическая неустойчивость», методика изучения ценностных ориентаций в модификации Е. Б. Фанталовой, опросник Басса-Дарки) [2, 8, 9]. При обработке полученных данных применялись параметрические и непараметрические методы статистического анализа.

В исследовании приняла участие 82 пациента со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2), среди которых – 52 пациента с признаками суицидального поведения в структуре тревожного расстройства (основная группа) и 30 пациентов – без суицидального поведения (контрольная группа).

Структура суицидального поведения характеризовалась у пациентов со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2) преобладанием суицидальных решений, намерений, замыслов над суицидальными мыслями, фантазированием, переживаниями – в 71,2 % и 28,8 % случаев соответственно (при $p < 0,01$).

С помощью оценочной шкалы тревоги Гамильтона была оценена выраженность тревожной симптоматики у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2) основной и контрольной группы (табл. 1).

Таблица 1. Выраженность тревожной симптоматики у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством

Симптомы тревожных расстройств	Основная группа (n=52)	Контрольная группа (n=30)
	M±σ	M±σ
Тревожное настроение	2,6±0,3*	1,2±0,2
Напряжение	1,5±0,2	1,7±0,3
Страхи	1,7±0,3	1,5±0,1
Инсомния	3,2±0,3*	1,3±0,1
Интеллектуальные нарушения	2,7±0,3**	1,7±0,3
Депрессивное настроение	1,9±0,1*	0,9±0,2
Соматические мышечные симптомы	1,3±0,4	1,5±0,3
Соматические сенсорные симптомы	1,9±0,2	2,1±0,4
Сердечно-сосудистые симптомы	1,5±0,4	1,8±0,3
Респираторные симптомы	1,8±0,1	1,9±0,2
Гастроинтестинальные симптомы	2,2±0,3	2,0±0,2
Мочеполовые симптомы	2,0±0,4	2,1±0,3
Вегетативные симптомы	1,6±0,3	1,8±0,2
Поведение при осмотре	1,1±0,3	1,4±0,2

Условные обозначения: * - различия статистически достоверны при $p < 0,01$; ** - различия статистически достоверны при $p < 0,05$

Согласно результатам этого исследования у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством F41.2 из тревожной симптоматики преобладали: в тяжелой степени выраженности - инсомния (поздняя бессонница) (3,2±0,3 балла, при $p < 0,01$); в умеренно-тяжелой

степени выраженности - когнитивные (интеллектуальные) нарушения (затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти и т.д.) (2,7±0,3 балла, при $p < 0,05$); тревожное настроение (ожидание худшего, тревожные опасения и т.д.) (2,6±0,3 балла, при $p < 0,01$); в умеренной

степени выраженности - депрессивное настроение ($1,9 \pm 0,1$ балла, при $p < 0,01$).

Выраженность инсомнии, когнитивных (интеллектуальных) нарушений, тревожного и депрессивного настроения у больных контрольной группы составили - $1,3 \pm 0,1$; $1,7 \pm 0,3$; $1,2 \pm 0,2$; $0,9 \pm 0,2$ балла соответственно.

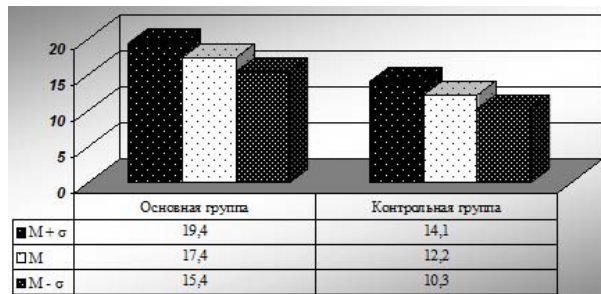


Рис. 1 Уровень выраженности депрессии у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством

Следовательно, присутствие в клинике у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2) инсомнии в тяжелой степени выраженности, когнитивных расстройств, тревожного настроения в умеренно-тяжелой степени и депрессивного на-

строения в умеренной степени выраженности является риск-фактором формирования суицидального поведения у этой категории больных.

В исследовании с помощью оценочной шкалы депрессии Гамильтона у больных основной и контрольной группы был оценен уровень выраженности депрессии (рис. 1).

Согласно результатам, представленным на рис. 1, выраженность депрессии у больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством основной группы составляет величину в $17,4 \pm 2,0$ баллов (умеренная степень), тогда как для больных контрольной группы выраженность депрессии составляет $12,2 \pm 1,9$ балла (легкая степень).

Таким образом, у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством депрессивные расстройства в умеренной степени выраженности ($17,4 \pm 2,0$ баллов, при $p < 0,05$) и выше являются фактором риска формирования суицидального поведения.

Изучение эмоциональных расстройств у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2) основной и контрольной группы показало результаты, представленные в табл. 2.

Таблица 2. Эмоциональные расстройства у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством

Эмоциональные расстройства	Основная группа (n=52)		Контрольная группа (n=30)	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Ангедония (утрата возможности получать удовольствие)	20	38,5±4,2*	5	16,7±2,4
Безразличие	6	11,5±1,7	3	10,0±1,8
Неудовольствие	1	1,9±0,8	-	-
Горе (скорбь)	4	7,7±1,4	2	6,7±1,4
Тоска	16	30,8±3,7*	4	13,3±2,0
Печаль (грусть)	29	55,8±5,9**	12	40,0±4,4
Отчаяние	3	5,8±1,2	2	6,7±1,4
Огорчение	5	9,6±1,5	6	20,0±2,7
Тревога	52	100	30	100
Обида	-	-	3	10,0±1,8
Боязнь	11	21,2±2,7	6	20,0±2,7
Испуг	1	1,9±0,8	3	10,0±1,8
Страх	11	21,2±2,7	6	20,0±2,7
Досада	4	7,7±1,4	5	16,7±2,4
Гнев	2	3,8±1,1	-	-
Чувство оскорбления	-	-	-	-
Возмущение	3	5,8±1,2	2	6,7±1,4
Ненависть	2	3,8±1,1	2	6,7±1,4
Неприязнь	-	-	-	-
Злость	2	3,8±1,1	2	6,7±1,4
Уныние	7	13,5±1,9	5	16,7±2,4
Скука	-	-	2	6,7±1,4
Ужас	-	-	-	-
Стыд	-	-	1	3,3±1,1
Ярость	-	-	-	-
Презрение	-	-	1	3,3±1,1
Отвращение	-	-	1	3,3±1,1
Неудовлетворенность собой	5	9,6±1,5	3	10,0±1,8
Горечь	7	13,5±1,9	5	16,7±2,4
Суточные колебания настроения	16	30,8±3,7*	4	13,3±2,0
Постоянное ощущение усталости	2	3,8±1,1	1	3,3±1,1

Условные обозначения: * - различия статистически достоверны при $p < 0,01$; ** - различия статистически достоверны при $p < 0,05$

Согласно результатам исследования, представленным в табл. 2, у больных основной группы в клинике эмоциональных расстройств, на фоне выраженной тревоги, преобладали: печаль (в 55,8 % случаев, при $p < 0,05$), ангедония (в 38,5 % случаев, при $p < 0,01$), тоска (в 30,8 % случаев, при $p < 0,01$), суточные колебания настроения (в 30,8 % случаев, при $p < 0,01$). В контрольной группе печаль (грусть), ангедония, тоска, суточные колебания настроения наблюдались в 40,0 %, 16,7 %, 13,3 % и 13,3 % случаев соответственно.

Таким образом, наличие на фоне выражен-

ной тревоги в клинике эмоциональных расстройств больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2) печали, ангедонии, тоски, суточных колебаний настроения является одним из факторов риска развития суицидального поведения у этой категории больных.

Исследование основных сомато-вегетативных расстройств больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством основной и контрольной группы позволило получить данные, представленные в табл. 3.

Таблица 3. Сомато-вегетативные расстройства у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством

Сомато-вегетативные расстройства	Основная группа (n=52)		Контрольная группа (n=30)	
	Абс.	%±m	Абс.	%±m
Нарушения сердечно-сосудистой системы (кардиалгический синдром, нарушение сердечного ритма и т.д.)	5	9,6±1,5	10	33,3±4,0
Нарушение дыхания (расстройство дыхательного ритма, ларингоспазм, кашель, чувство удушья и т.д.)	7	13,5±1,9	5	16,7±2,4
Нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (тошнота, нарушение функций желудка, нарушение функций кишечника)	17	32,7±3,9*	3	10,0±1,8
Нарушения со стороны мочевыделительной системы	4	7,7±1,4	2	6,7±1,4
Головные боли (психалгии, нервно-мышечного характера, нервно-сосудистого характера)	-	-	3	10,0±1,8
Сексуальные нарушения	18	34,6±4,0	10	33,3±4,0
Снижение массы тела	22	42,3±4,6*	4	13,3±2,0
Тремор	2	3,8±1,1	1	3,3±1,1
Гипергидроз	6	11,5±1,7	4	13,3±2,0
Вегетативно-висцеральные кризы (симптоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные)	20	38,5±4,2	11	36,7±4,2
Нарушение сна	27	51,9±5,5*	6	20,0±2,7
Нарушение аппетита	19	36,5±4,1**	7	23,3±3,1
Запоры	11	21,2±2,7*	2	6,7±1,4

Условные обозначения: * - различия статистически достоверны при $p < 0,01$; ** - различия статистически достоверны при $p < 0,05$

Согласно результатам, представленным в табл. 3, основными соматовегетативными расстройствами у больных основной группы являются: нарушение сна (поздняя бессонница) (в 51,9 % случаев, при $p < 0,01$), снижение массы тела (в 42,3 % случаев, при $p < 0,01$), нарушение аппетита (в 36,5 % случаев, при $p < 0,05$), нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (тошнота, моторные нарушения функций желудка и кишечника и т.д.) (в 32,7 % случаев, при $p < 0,01$), запоры (в 21,2 % случаев, при $p < 0,01$).

У больных контрольной группы нарушение сна, снижение массы тела, нарушение аппетита, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, запоры встречаются в 20,0 %, 13,3 %, 23,3 %, 10,0 %, 6,7 %, случаев соответственно.

Таким образом, нарушение сна, снижение массы тела, нарушения аппетита, вегетативные нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, запоры у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F41.2) является одним из факто-

ров риска развития суицидального поведения у этой категории больных.

Анализ результатов исследования уровня личностной и реактивной тревожности (по данным шкалы самооценки тревожности Ч. Спилбергера и Ю. Ханина) продемонстрировал отсутствие значимых различий в уровне личностной тревожности у больных основной и контрольной групп (рис. 2).

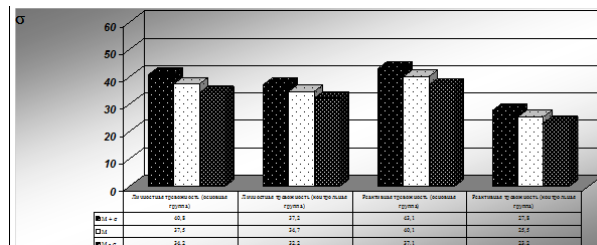


Рис. 2. Уровень личностной и реактивной тревожности больных основной и контрольной группы

Так, у больных обеих групп личностная тревожность соответствовала умеренному уровню (37,5±3,3 баллов в основной группе, 34,7±2,5 баллов – в контрольной группе). При этом уро-

вень реактивной тревожности у больных с суицидальным поведением был значительно выше, чем в группе контроля ($40,1 \pm 3,0$ баллов и $25,5 \pm 2,3$ баллов, соответственно), при $p < 0,05$.

Следовательно, в генезе суицидального поведения при смешанном тревожно-депрессивном расстройстве (F41.2) важную роль играет высокий уровень реактивной тревожности.

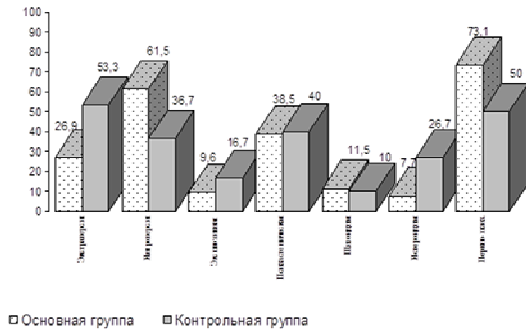


Рис. 3. Распределение больных основной и контрольной группы с различными формами акцентуаций

В структуре личности больных с суицидальным поведением при смешанном тревожно-депрессивном расстройстве преобладали интровертированные характерологические особенности (в 61,5 % случаев, при $p < 0,05$), достигающие выраженного уровня и уровня акцентуации ($1,7 \pm 0,7$ стенов, при $p < 0,05$), а также отмечалась нервно-психическая неустойчивость (в 73,1 % случаев, при $p < 0,05$). В то время как у больных контрольной группы экстравертированные личностные особенности преобладали над интровертированными – в 53,3 % и в 36,7 % случаев, соответственно (при $p < 0,05$), а

Таблица 4. Среднегрупповой уровень потребности в общечеловеческих ценностях больных основной и контрольной группы

Общечеловеческие ценности	Среднегрупповая выраженность потребности в реализации ценности (в баллах)	
	Основная группа (M±σ)	Контрольная группа (M±σ)
Активная деятельная жизнь	1,9±0,5	2,0±0,7
Здоровье (физическое и психическое)	7,9±1,9**	5,0±0,9
Интересная работа	3,1±0,8	2,9±0,7
Красота природы и искусства	3,2±1,1	3,0±1,3
Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)	8,2±1,3*	2,9±0,7
Материально обеспеченная жизнь	3,3±0,7	5,2±1,5
Наличие хороших и верных друзей	7,9±1,6*	3,0±1,4
Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий и сомнений)	5,7±2,4	5,9±2,8
Познание (возможность расширения образования, кругозора, культуры и т.д.)	1,8±1,3	1,9±0,9
Свобода и независимость в поступках и действиях	2,6±1,5	2,8±1,2
Счастливая семейная жизнь	7,8±1,4**	4,0±1,2
Творчество (возможность творческой деятельности)	2,0±0,7	1,8±0,9

Условные обозначения: * - различия статистически достоверны при $p < 0,01$; ** - различия статистически достоверны при $p < 0,05$

Следовательно, выраженная потребность в любви, счастливой семейной жизни, здоровье, хороших и верных друзьях являются фактором развития суицида у больных со сме-

нервно-психическая неустойчивость фиксировалась в 50,0 % случаев (рис. 3).

Совокупность перечисленных характерологических особенностей составляла смешанную акцентуацию личности, для которой были характерны: социальная незрелость, ранимость, фиксация на неудачах, замкнутость, скованность в отношениях, консервативность, серьезность, умственная и физическая заторможенность, холодность в отношениях, направленность интересов на внутренние переживания, которые часто являются источником импунитивных импульсивных реакций, не соответствующих силе и качеству раздражителей.

Таким образом, наличие в структуре личности больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F41.2) интровертированных личностных особенностей в сочетании с нервно-психической неустойчивостью является фактором в формировании суицидального поведения у этой категории больных.

Анализ особенностей ценностной сферы больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F41.2) продемонстрировал преобладание в общей структуре ценностей больных с суицидальным поведением таких ценностей как «любовь» – $8,2 \pm 1,3$ баллов (при $p < 0,01$); «здоровье» - $7,9 \pm 1,9$ баллов (при $p < 0,05$); «наличие хороших и верных друзей» - $7,9 \pm 1,6$ баллов (при $p < 0,01$); «счастливая семейная жизнь» - $7,8 \pm 1,4$ баллов (при $p < 0,05$), по сравнению с контрольной группой, где выраженность данных ценностей составила $2,9 \pm 0,7$; $5,0 \pm 0,9$; $3,0 \pm 1,4$ и $1,8 \pm 0,9$ баллов, соответственно (табл. 4).

шанным тревожно-депрессивным расстройством (F41.2).

Среди форм агрессивного поведения у больных со смешанным тревожно-депрессивным

расстройством (F41.2) основной группы преобладали реакции аутоагрессии (76,4±8,5 баллов, при $p<0,01$); обиды (65,5±7,7 баллов, при $p<0,01$) и подозрительности (60,3±8,6 баллов, при $p<$

0,01). У больных контрольной группы выраженность этих показателей (аутоагрессии, обиды и подозрительности) составила - 22,3±4,8; 30,1±5,3 и 25,5±4,6 баллов соответственно (табл. 5).

Таблица 5. Выраженность различных форм агрессивного поведения больных основной и контрольной группы

Формы агрессивного поведения	Выраженность агрессивного поведения (в баллах)	
	Основная группа	Контрольная группа
	M±σ	M±σ
Физическая агрессия	27,7±4,5	49,1±6,7
Вербальная агрессия	39,6±5,4	61,6±6,1
Косвенная агрессия	35,5±6,3	60,2±7,6
Негативизм	37,5±4,3	39,3±6,5
Раздражение	21,1±4,8	24,1±4,4
Подозрительность	60,3±8,6*	25,5±4,6
Обида	65,5±7,7*	30,1±5,3
Аутоагрессия (чувство вины)	76,4±8,5*	22,3±4,8

Условные обозначения: * - различия статистически достоверны при $p<0,01$

Соотношение показателей индексов враждебности и агрессивности у больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством продемонстрировало значительное преобладание индекса враждебности (ИВ) – 62,9±8,2 баллов (при $p<0,01$) над индексом агрессивности (ИА) - 34,3±5,4 баллов у больных с суицидальным поведением. У больных же контрольной группы была установлена другая закономерность: значение индекса агрессивности (56,9±6,8 баллов) преобладало над показателем враждебности (27,8±4,9 балла) (рис. 4).

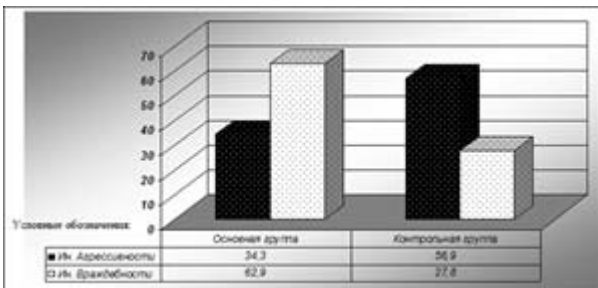


Рис. 4. Соотношение индексов агрессивности и враждебности у больных основной и контрольной группы

Таким образом, наличие в агрессивном поведении больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F41.2) аутоагрессии (чувства вины), обиды с преобладанием вра-

ждебности над агрессивностью является риск-фактором в формировании суицидального поведения у этой категории больных.

В целом, согласно результатам проведенного исследования, патопсихологическими факторами формирования суицидального поведения у больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F41.2) является наличие неудовлетворенных потребностей в сфере любви; счастливой семейной жизни; здоровья; общения с друзьями; преобладание в структуре личности интровертированных характерологических особенностей, достигающих уровня акцентуации и сочетающихся с низким уровнем нервно-психической устойчивости и выраженной реактивной тревожностью; а также доминирование среди форм агрессивного поведения реакций обиды и аутоагрессии при наличии выраженного показателя враждебности.

Выделенные клинико-психопатологические и патопсихологические факторы формирования суицидального поведения при смешанном тревожно-депрессивном расстройстве могут выступать не только в качестве диагностических факторов суицидального риска, но и служить конкретными мишенями при разработке и проведении терапевтических мероприятий, направленных на превенцию суицидального поведения у данных больных.

ЛИТЕРАТУРА:

- Васильев В.В.** Суицидогенные факторы, связанные с оказанием психиатрической помощи // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 8. – С. 21-26.
- Кабанов М.М.** Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. - Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
- Лапин И.П.** Нейрохимическая мозаика и модели тревоги / И.П. Лапин // Аффективные расстройства. Междисциплинарный подход: науч. сб. – СПб, 2009. – С. 25-32.
- Маркова М.В.** Особливості аутоагресивної поведінки у пацієнтів з неспіхотичними психічними розладами тривожно-депресивного спектру, коморбідними із серцево-судинними захворюваннями та їх психотерапія / М.В. Маркова, В.В. Бабич, Н.М. Степанова // Український вісник психоневрології. - 2008. - Т.16, вип. 1(54). – С. 81.
- Марута Н.А.** Суицидальний ризик у больових невротическими расстройствами / Н.А. Марута, Н.А. Явдак, М.М. Денисенко // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т.15, вип. 1(50), (додаток). – С. 208.

6. **Марута Н.О.** Аспекти психотерапевтичної корекції тривожно-фобічних розладів з урахуванням особливостей факторів психічної травматизації / Н.О. Марута, Т.В. Панько, В.Ю. Федченко // Український вісник психоневрології. - 2010. - Т.18, вип. 3(64). - С. 137.
7. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: інформаційно-аналітичний огляд за 2000-2009 рр. / під ред. **П.В. Волошина, Н.О. Марути.** - Харків: Арсіс, 2010. - 160с.
8. **Райгородский Д.Я.** Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский. - Самара: "БАХРАХ-М", 2000 - 672 с.
9. **Фанталова Е.Б.** Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал.- 1992.- № 1. - Т.13. - С. 107-117.
10. **Bandelow B.** Comorbid depression and anxiety – understanding and treating complex patients / B. Bandelow. – Istanbul: 22nd ECNP Congress, 2009. – С.03.02 / CD.
11. **Rihmer Z.** Suicide and anxiety / Z. Rihmer // International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. – 2009. - Vol.13. - Suppl.1. – P. 10-11.

Никанорова Ю.В. Клинико-психопатологические и патопсихологические механизмы формирования суицидального поведения при тревожных расстройствах // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 148-153.

Обследовано 82 пациента со смешанным тревожно-депрессивным расстройством F41.2. Основную группу исследования составили 52 пациента с признаками суицидального поведения в структуре тревожного расстройства, контрольную - 30 пациентов без суицидального поведения. В ходе исследования изучены уровень личностной и ситуативной тревожности, характерологические особенности, специфика потребности сферы и форм выражения агрессии. На основании полученных данных выделены основные патопсихологические факторы и описаны закономерности формирования суицидального поведения у больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством.

Ключевые слова: суицидальное поведение, патопсихологические факторы, смешанное тревожно-депрессивное расстройство

Ніканорова Ю.В. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні механізми формування суїцидальної поведінки при тривожних розладах // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 148-153.

Обстежено 82 пацієнта зі змішаним тривожно-депресивним розладом F41.2. Основну групу дослідження склали 52 пацієнта з ознаками суїцидальної поведінки в структурі тривожного розладу, контрольную - 30 пацієнтів без суїцидальної поведінки. В ході дослідження вивчено рівень особистісної та ситуативної тривожності, характерологічні особливості, специфіка потребової сфери та форм вираження агресії. На підставі отриманих даних виділено основні патопсихологічні чинники та описано закономірності формування суїцидальної поведінки у хворих зі змішаним тривожно-депресивним розладом.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, патопсихологічні чинники, змішаний тривожно-депресивний розлад

Nikanorova Yu. Clinico-psychopathological and pathopsychological regularities of formation of suicidal behavior in anxiety disorders // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 148-153.

Eighty-two patients with mixed anxiety-depressive disorder F41.2. were examined. The main study group consisted of fifty-two patients patients with signs of suicidal behavior in the structure of anxiety disorders, the control group - thirty patients without suicidal behavior.

The level of personal and situational anxiety, personality traits, the specific requirement of the sphere and the form of aggression have been analyzed. Pathopsychological factors of formation of suicidal behavior in patients with mixed anxiety-depressive disorder were determined and mechanisms of their pathogenesis were described.

Key words: suicidal behavior, pathopsychological factors, mixed anxiety-depressive disorder

Надійшла 16.11.2012 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова