

УДК 616.89—008.441.44-008.47-07:616.85-039

*Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отдела неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины», главный психиатр Украины,
Ю. В. Никанорова
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)*

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (клинико-психопатологическая и патопсихологическая характеристика, система профилактики)

В процессе выполнения работы были обследованы 124 пациента с тревожными расстройствами (F 41.0 — паническое расстройство, F 41.1 — генерализованное тревожное расстройство, F 41.2 — смешанное тревожное и депрессивное расстройство), в структуре которых выявлено суицидальное поведение. Контрольную группу составили 101 пациент с аналогичными формами патологии (F 41.0, F 41.1, F 41.2), без признаков суицидального поведения.

Анализ результатов психопатологического, психометрического и патопсихологического исследования больных с суицидальным поведением при тревожных расстройствах позволил выявить предикторы и уточнить механизмы суицидогенеза у данной категории больных.

На этой основе разработана программа дифференцированной профилактики суицидального поведения при тревожных расстройствах, основанная на принципах системности, этапности и дифференцированности.

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости внедрения разработанных клинико-психопатологических и патопсихологических предикторов и системы профилактики в практическую деятельность врачей-психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов.

Ключевые слова: тревожные расстройства, суицидальное поведение, психопатологические и патопсихологические предикторы, система профилактики

В последнее десятилетие отмечается значительное усиление интереса к изучению проблемы тревожных состояний. Данные о распространенности тревожных расстройств свидетельствуют, что их уровень среди населения достаточно высок. Так, тревожные расстройства с паническими приступами наблюдаются у 3—5 % популяции и до 60 % у лиц, первично обратившихся за медицинской помощью. Генерализованная тревожность регистрируется у населения в диапазоне 2—9 %. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство встречается у 9,8 % больных аффективными расстройствами [4, 7, 10, 14, 15].

В настоящее время установлено, что тревожные расстройства представляют собой гетерогенную группу расстройств, которые отличаются клинико-психопатологическими характеристиками, механизмами формирования, динамикой и исходами, что существенно затрудняет диагностику, классификацию, снижает эффективность терапии и профилактики [1, 8, 11, 17].

В проведенных исследованиях отмечено, что тревожные расстройства характеризуются ранним возрастом начала, хроническим течением, выраженным социальным дистрессом, часто встречающейся коморбидной патологией (депрессия, алкогольная и наркотическая зависимость), высоким уровнем суицидального риска. При этом подчеркивается тесная взаимосвязь тревоги и самоповреждающего поведения, выявлен низкий ответ на терапию у данной категории больных [2, 3, 5, 6, 12, 13, 18].

Несмотря на литературные ссылки о высоком уровне суицидального риска при различных вариантах тревожных расстройств, систематизированных исследований в данной области не проводилось.

Нерешенность описанных проблем создает предпосылки для многочисленных диагностических ошибок и расхождений, что препятствует проведению адекватной, своевременно начатой, дифференцированной терапии и профилактики [9, 16, 19].

Вышеизложенное и определило цель настоящего исследования — разработать систему профилактики суицидального поведения при тревожных расстройствах на основе изучения клинико-психопатологических и психопатологических закономерностей его формирования.

Для реализации поставленной цели был использован следующий комплекс методов исследования.

I. Клинико-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, оценка симптомов и синдромов в динамике).

II. Психометрические методы: шкала оценки тревоги Гамильтона, опросник выраженности психопатологической симптоматики, оценка уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера — Ханина, шкала оценки депрессии Гамильтона, шкала определения выраженности суицидального риска, шкала оценки самосознания смерти.

III. Патопсихологические методы: тест «Характерологические акцентуации характера и нервно-психическая неустойчивость», методика изучения ценностных ориентаций Е. Б. Фанталовой, опросник Басса — Дарки.

IV. Методы статистической обработки.

В процессе выполнения работы были обследованы 124 пациента с тревожными расстройствами (F 41.0 — паническое расстройство, F 41.1 — генерализованное тревожное расстройство, F 41.2 — смешанное тревожное и депрессивное расстройство), в структуре которых выявлено суицидальное поведение. Контрольную группу составили 101 пациент с аналогичными формами патологии (F 41.0, F 41.1, F 41.2), в структуре которых суицидальное поведение не наблюдалось.

Изучение феноменологии суицидального поведения показало, что у больных с тревожными расстройствами преобладают суицидальные решения, намерения, замыслы (в 57,3 % случаев) над пассивными и активными суицидальными мыслями, фантазированием и переживаниями (в 42,7 % случаях) (при $p < 0,05$).

Суїцидальних попиток у больних с тривожними расстройствами — не виявлено.

При этом у больних с паническим расстройством (F 41.0) преобладают суїцидальные мысли, фантазирование, переживания — в 63,4 % случаев (при $p < 0,05$), у больних с генерализованным тривожным расстройством (F 41.1) и со смешанным тривожно-депрессивным расстройством (F 41.2) — суїцидальные решения, намерения и замыслы — в 61,3 % случаев (при $p < 0,05$) и в 71,2 % случаев (при $p < 0,01$) соответственно.

Использование шкал определения выраженности суїцидального риска и оценки самосознания смерти показало, что в группе больних с паническими расстройством (F 41.0) выявлен высокий уровень суїцидального риска ($32,7 \pm 2,2$ балла, при $p < 0,01$) при среднем уровне самосознания смерти ($29,8 \pm 3,3$ балла, при $p > 0,5$). В группе больних с генерализованным тривожным расстройством (F 41.1) определялся высокий уровень суїцидального риска ($41,3 \pm 2,5$ балла, при $p < 0,01$) при низком уровне самосознания смерти ($18,2 \pm 1,7$ балла, при $p < 0,05$). У больних со смешанным тривожным и депрессивным расстройством (F 41.2) также отмечался высокий уровень суїцидального риска ($42,4 \pm 2,8$ балла, при $p < 0,01$) при низком уровне самосознания смерти ($17,9 \pm 2,0$ балла, при $p < 0,05$).

По результатам опросника психопатологической симптоматики SCL-90-R у больних с паническим расстройством (F 41.0) основными клинико-патопсихологическими характеристиками являются межличностная сензитивность (чувство личной неадекватности, неполноценности, самоосуждение, беспокійство и дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия), высокая чувствительность ко всему происходящему вокруг и т. д.) — в 68,3 % случаев (при $p < 0,01$) и враждебность (злость, агрессия, раздражительность, гнев, негодование и т. д.) — в 60,9 % случаев (при $p < 0,05$) с высоким уровнем психического дистресса GSI (в 51,2 % случаев) и высокой его интенсивностью (PSDI) (в 46,3 % случаев) (при $p < 0,05$).

В соответствии с данными шкалы тревоги Гамильтона в структуре тривожной симптоматики у больних с паническим расстройством (F 41.0) преобладали: страхи повторного панического приступа ($3,3 \pm 0,2$ балла) и расстройства сна ($3,1 \pm 0,3$ балла) — в тяжелой степени (при $p < 0,01$); сердечно-сосудистые тривожные эквиваленты ($2,8 \pm 0,2$ балла), тривожное напряжение ($2,7 \pm 0,2$ балла), вегетативные нарушения ($2,6 \pm 0,3$ балла) — в умеренно тяжелой степени (при $p < 0,05$).

Анализ предикторов показал, что основными факторами формирования суїцидального поведения у больних с паническим расстройством (F 41.0) являются женский пол (в 78,1 % случаев, при $p < 0,05$); средний возраст $44,8 \pm 6,1$ года (при $p < 0,01$); воспитание в неполных семьях (в 26,8 % случаев, при $p < 0,05$); наследственная отягощенность невротическими расстройствами (в 31,7 % случаев, при $p < 0,01$); тривожные (в 60,9 % случаев, при $p < 0,05$) и аффективно-ригидные (в 36,6 % случаев, при $p < 0,01$) преморбидные личностные особенности; участие психогенных факторов острого характера воздействия (в 65,9 % случаев, при $p < 0,05$), связанных с конфликтами в семье (в 36,6 %

случаев), угрозой здоровью или жизни (в 31,7 % случаев) (при $p < 0,01$); угрозой или потерей социального статуса вследствие проблем, возникших из-за тривожного расстройства и его последствий (в 29,3 % случаев, при $p < 0,05$).

Согласно результатам опросника SCL-90-R, у больних с генерализованным тривожным расстройством (F 41.1) основными клинико-психопатологическими особенностями являются фобическая тривожность (стойкая иррациональная и неадекватная реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, ведущая к избегающему поведению) — в 61,3 % случаев (при $p < 0,01$) и соматизация (дистресс, возникающий как ощущение дисфункции внутренних органов и проявляющийся в виде болей, дискомфорта мускулатуры, соматических эквивалентов тривожности) — в 38,7 % случаев (при $p < 0,05$) с высоким уровнем психического дистресса GSI (в 77,4 % случаев) и высокой его интенсивностью (PSDI) (в 64,5 % случаев) (при $p < 0,05$).

По результатам шкалы тревоги Гамильтона, в структуре тривожной симптоматики у больних с генерализованным тривожным расстройством (F 41.1) преобладали напряжение ($3,4 \pm 0,2$ балла, при $p < 0,05$) — в тяжелой степени; страхи (опасения) за здоровье и свою жизнь, здоровье близких и другие тривожные предчувствия ($2,6 \pm 0,1$ балла, при $p < 0,01$); соматические мышечные симптомы ($2,5 \pm 0,3$ балла) и расстройства поведения при осмотре ($2,3 \pm 0,2$ балла) (при $p < 0,05$) — в умеренно тяжелой степени.

Анализ предикторов показал, что основными факторами формирования суїцидального поведения у больних с генерализованным тривожным расстройством (F 41.1) являются мужской пол (в 67,7 % случаев), семейное положение вне брака (в 71,0 % случаев), умственный характер труда (в 54,8 % случаев), наследственная отягощенность алкогольной зависимостью (в 22,6 % случаев, при $p < 0,05$) и расстройствами личности (в 25,8 % случаев, при $p < 0,01$), невропатическая конституция в анамнезе (в 22,6 % случаев, при $p < 0,05$); тривожные (в 71,0 % случаев, при $p < 0,05$) и интровертированные (в 51,6 % случаев, при $p < 0,01$) преморбидные личные особенности; участие психогенных факторов, связанных с сексуальными проблемами (в 48,4 % случаев, при $p < 0,01$) и одиночеством, неудовлетворенной потребностью в любви и близких отношениях (в 35,5 % случаев, при $p < 0,05$).

У больних со смешанным тривожным и депрессивным расстройством (F 41.2) по результатам опросника SCL-90-R основными психопатологическими характеристиками являются межличностная сензитивность — в 76,9 % случаев с высоким уровнем психического дистресса GSI (в 65,4 % случаев) (при $p < 0,01$) и высокой его интенсивностью (PSDI) (в 55,8 % случаев, при $p < 0,05$).

По результатам шкалы тревоги Гамильтона, в структуре тривожной симптоматики у больних со смешанным тривожным и депрессивным расстройством (F 41.2) преобладали в тяжелой степени — инсомния ($3,2 \pm 0,3$ балла, при $p < 0,01$); в умеренно тяжелой степени — когнитивные нарушения (затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти) ($2,7 \pm 0,3$ балла, при $p < 0,05$) и тривожное настроение ($2,6 \pm 0,3$ балла,

при $p < 0,01$); в умеренной степени выраженности — депрессивное настроение ($1,9 \pm 0,1$ балла, при $p < 0,01$).

Анализ шкалы депрессии Гамильтона у больных этой группы (F 41.2) показал умеренную степень выраженности депрессии — $17,4 \pm 2,0$ баллов (при $p < 0,05$). Также у этой категории больных преобладали поздняя бессонница ($1,9 \pm 0,2$ балла), депрессивное настроение ($1,8 \pm 0,2$ балла) (при $p < 0,01$); психическая тревога ($1,8 \pm 0,3$, при $p < 0,05$ балла), суицидальные намерения ($1,7 \pm 0,2$ балла, при $p < 0,01$); снижение работоспособности и активности ($1,6 \pm 0,3$ балла), суточные колебания настроения ($1,6 \pm 0,4$ балла) (при $p < 0,05$); чувство вины ($1,5 \pm 0,4$ балла, при $p < 0,05$), потеря массы тела ($1,3 \pm 0,3$ балла, при $p < 0,01$), которые были умеренно выраженными.

Анализ предикторов показал, что основными факторами формирования суицидального поведения у больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2) являются мужской пол (в 76,9 % случаев), средний возраст $49,5 \pm 7,3$ года (при $p < 0,05$); семейное положение вне брака (в 76,9 % случаев), умственный характер труда (в 82,7 % случаев), высшее образование (в 67,3 % случаев, при $p < 0,01$); наследственная отягощенность аффективными расстройствами (в 30,8 % случаев, при $p < 0,05$); психастенические (в 46,2 % случаев), дистимические (в 38,5 % случаев) и циклотимические (в 25,0 % случаев) преморбидные особенности (при $p < 0,01$); участие психогенных факторов хронического воздействия (в 71,2 % случаев), обусловленных одиночеством, потребностью в любви и близких отношениях (в 48,1 % случаев), конфликтами в семье (в 44,2 % случаев) (при $p < 0,05$).

Анализ результатов психометрического и патопсихологического исследований больных с суицидальным поведением при тревожных расстройствах позволил уточнить патопсихологические механизмы суицидогенеза у данной категории больных в сравнении с больными контрольной группы.

Общий патопсихологический механизм формирования суицидального поведения у больных с тревожными расстройствами можно представить в следующем виде. Пусковым фактором развития суицидального поведения у больных тревожными расстройствами является выраженная фрустрация потребностей: 1) в здоровье, в активной деятельности жизни, в счастливой семейной жизни, в свободе и независимости в поступках и действиях — для больных с паническим расстройством (F 41.0); 2) в уверенности в себе, в материально обеспеченной жизни, в интересной работе, в счастливой семейной жизни — для больных с генерализованным тревожным расстройством (F 41.1); 3) в любви, в счастливой семейной жизни, в здоровье, в хороших и верных друзьях — для больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F 41.2).

Фрустрация этих потребностей у больных с тревожными расстройствами происходит вследствие преобладания в структуре личности: 1) высокой личностной тревожности — для больных с паническим расстройством (F 41.0) и с генерализованным тревожным расстройством (F 41.1); 2) интровертированных особенностей выраженного уровня и уровня акцентуации — для

больных с паническим расстройством (F 41.0) и со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F 41.2); 3) психастенических особенностей выраженного уровня и уровня акцентуации — для больных с генерализованным тревожным расстройством (F 41.1); 4) эксплозивных особенностей, достигающих уровня заострения — для больных с паническим расстройством (F 41.0).

Фрустрация потребностей у больных с вышеперечисленными личностными особенностями способствует формированию 1) низкой нервно-психической устойчивости; 2) реактивной тревожности; 3) импульсивных импунитивных реакций; 4) усилению депрессивного компонента тревожного расстройства.

У больных с паническим расстройством (F 41.0) на фоне низкой нервно-психической устойчивости и умеренной реактивной тревожности развиваются вторичные страхи смерти, утраты самоконтроля, сумасшествия, людных мест, повторных панических атак с вторичным избеганием ситуаций, в которых паническая атака возникла впервые. Панические состояния и вторичные страхи у больных с эксплозивным компонентом личности приводят к выраженному психическому перенапряжению и компенсаторному агрессивному поведению, которое проявляется в выраженном негативизме, вербальной агрессии, умеренно выраженном раздражении. На высоте психического перенапряжения, в период очередной панической атаки развивается импульсивная импунитивная реакция в форме суицидального поведения, которая способствует снижению уровня тревоги и психического перенапряжения.

У больных с генерализованным тревожным расстройством (F 41.1), на фоне низкой нервно-психической устойчивости и высокой реактивной тревожности, развиваются и приобретают хроническое течение вторичные страхи за свое здоровье и свою жизнь, здоровье близких людей. Эти страхи приводят к социально-психологической дезадаптации и агрессивному поведению, которое у этого контингента больных имеет враждебную направленность и проявляется в выраженной обиде и умеренно выраженной подозрительности. Враждебность по отношению к окружающим и ситуации усиливает тревожный компонент личности, на высоте которого и развивается суицидальное поведение.

У больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F 41.2), на фоне низкой нервно-психической устойчивости и умеренной реактивной тревожности усиливается депрессивный компонент тревожного расстройства. Усиление депрессии ведет к социально-психологической дезадаптации и агрессивному поведению. Агрессивное поведение у больных этой категории имеет враждебную направленность, проявляется в выраженной обиде и чувстве вины. Преобладание в агрессивном поведении этих больных чувства вины способствует формированию у них негативного отношения к самому себе, что обусловлено убеждением в том, что они являются плохими и бесполезными в семье и обществе. Суицидальное поведение у этих больных формируется на фоне усиления депрессии и снижения критики к собственному поведению в ответ на чувство вины и болезненные

представлення о безвиходности ситуации, отсутствию жизненных перспектив и смысла существования.

Разработанная программа дифференцированной профилактики суицидального поведения при тревожных расстройствах основана на принципах системности, дифференцированности и этапности профилактики. Лечебные и профилактические мероприятия реализуются в 3 этапа:

1. Этап кризисной поддержки направлен на купирование выраженности тревожной симптоматики и проявлений суицидального поведения.

Основными формами воздействия на этом этапе являются фармакотерапия (транквилизаторы, антидепрессанты, антипсихотики) и психотерапия (индивидуальная кризисная экзистенциально-гуманистического направления и рациональная).

2. Этап кризисного вмешательства направлен на выявление суицидогенного конфликта, выработку адаптивного стереотипа поведения и стабилизацию тревожных расстройств.

В качестве ведущих методов на данном этапе используют фармакотерапию (анксиолитики, антидепрессанты, стабилизаторы настроения) и психотерапию (индивидуальную рациональную и бихевиоральную).

3. Профилактический этап направлен на профилактику рецидивов суицидального поведения путем формирования устойчивых форм адаптации к окружающим факторам.

Комплекс используемых средств на этом этапе включает поддерживающую фармакотерапию (антидепрессанты, стабилизаторы настроения) и психотерапию (индивидуальную рациональную, семейную, групповую).

В апробации разработанной программы профилактики участвовали 68 больных с суицидальным поведением при тревожных расстройствах, терапия и профилактика которых проводилась с помощью разработанных принципов (основная группа). Контрольная группа состояла из 56 больных с суицидальным поведением при тревожных расстройствах, которые лечились в соответствии с ранее используемыми подходами. Все больные были отобраны из основной группы, участвовавшей в исследовании.

Согласно результатам клинической апробации, после проведения профилактических мероприятий у 70,6 % больных основной группы было диагностировано психическое здоровье, в контрольной группе психическое здоровье диагностировано только у 41,1 % больных (при $p < 0,05$). В контрольной группе в 32,1 % случаев отмечено отсутствие позитивной динамики психического состояния и в 14,3 % случаев — ухудшение психического состояния. В основной группе отсутствие позитивной динамики психического состояния отмечено только в 13,2 % случаев, а ухудшение психического состояния — в 4,4 % случаев (при $p < 0,01$).

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости внедрения разработанных клинико-психопатологических и патопсихологических предикторов и системы профилактики в практическую деятельность врачей-психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов.

Список литературы

1. Психопатологические и психологические детерминанты суицидального риска при невротической болезни [Текст] / [П. В. Волошин, Н. А. Марута, И. А. Явдак, Череднякова Е. С.] // Украинский вестник психоневрологии. — 2008. — Т. 16, вып. 1(54). — С. 73—74.
2. Ефремов, В. С. Основы суицидологии [Текст] / В. С. Ефремов. — СПб.: Изд-во «Диалект», 2004. — 480 с.
3. Клинико-психопатологические корреляты суицидального поведения у больных невротическими расстройствами / [Н. О. Марута, А. Н. Бачериков, И. А. Явдак и др.] // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2007. — Т. 1, № 1. — С. 28—35.
4. Краснов, В. Н. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) [Текст] / [В. Н. Краснов, Т. В. Довженко, А. Е. Бобров и др.] — М.: «Медпрактика-М», 2008. — 136 с.
5. Маркова, М. В. Особливості аутоагресивної поведінки у пацієнтів з несприятливими психічними розладами тривожно-депресивного спектра, коморбідними із серцево-судинними захворюваннями та їх психотерапія [Текст] / М. В. Маркова, В. В. Бабич, Н. М. Степанова // Український вестник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1(54). — С. 81.
6. Марута Н. О. Предиктори суїцидальної поведінки при невротичних розладах / Н. О. Марута, І. О. Явдак // Український вестник психоневрології. — 2006. — Т. 14, вип. 2(47). — С. 59—63.
7. Марута Н. А. Особенности тревожных нарушений при невротических расстройствах и возможности их терапии / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина : матеріали XII Міжнародної конф. «Актуальні напрямки в неврології: сьогодні та майбутнє», 25—28 квітня 2010 року, м. Судак. — С. 220—225.
8. Мишев, В. Д. Этиопатогенез, клиника и терапия панических состояний [Текст] / В. Д. Мишев, А. И. Герасименко // Психічне здоров'я. — 2006. — № 2(11). — С. 19—24.
9. Пилягина, Г. Я. Экзистенциальный кризис как патопсихологическая основа суицидогенеза [Текст] / Г. Я. Пилягина, В. Э. Семенцук, С. А. Чумак // Украинский вестник психоневрологии. — 2008. — Т. 16, вып. 1(54) — С. 84—85.
10. Психіатрична допомога дорослому населенню України в систем реформування галузі охорони здоров'я / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Український вестник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1(70), додаток. — С. 9—11.
11. Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии [Текст] / [М. П. Боро, П. Краузе, Т. Д. Бахтеева, Н. А. Марута и др.]; под общ. ред. М. П. Боро. — Донецк: «Каштан», 2010. — 358 с.
12. Соколова, Е. Т. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс [Текст] / Е. Т. Соколова, Ю. А. Сотникова // Вопросы психологии. — 2006. — № 2. — С. 103—115.
13. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология [Текст] / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
14. Anxiety Disorders: Generalized Anxiety Disorders. Obsessive-Compulsive Disorders and Post traumatic Stress Disorder [Текст] / Edited by D. Nutt and J. Ballenger Blackwell. — London: Oxford, 2005. — P. 242.
15. Christodoulou, G. N. Advances in Psychiatry [Текст] / G. N. Christodoulou. — WPA, 2005. — 282 p.
16. Derogatis, L. R. The SCL-90-R [Текст] / L. R. Derogatis // Clinical Psychometric Research. — Baltimore, 1975. — P. 1—134.
17. Kasper, S. Anxiety: a common theme in psychiatric disorders? [Электронный ресурс] / S. Kasper. — Istanbul: 22nd ECNP Congress, 2009. — С. 12.02/CD. Режим доступа : [http://www.europeanneuropsychopharmacology.com/article/S0924-977X\(09\)71167-8/abstract](http://www.europeanneuropsychopharmacology.com/article/S0924-977X(09)71167-8/abstract)
18. Rihmer, Z. Suicide and anxiety [Текст] / Z. Rihmer // International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. — 2009. — Vol. 13. — Suppl. I. — P. 10—11.
19. Wasserman, D. Suicide prevention in youth [Текст] / D. Wasserman // 16th Congress of the European Psychiatry: abstract. — 2008. — Vol. 23, suppl.2. — P. 08.04.

Надійшла до редакції 13.03.2013 р.

Н. О. Марута, Ю. В. Ніканорова

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

**Суїцидальна поведінка у хворих тривожними розладами
(клініко-психопатологічна та патопсихологічна
характеристика, система профілактики)**

В процесі виконання роботи були обстежені 124 пацієнти з тривожними розладами (F 41.0 — панічний розлад, F 41.1 — генералізований тривожний розлад, F 41.2 — змішаний тривожний і депресивний розлад), в структурі яких виявлено суїцидальну поведінку. Контрольну групу склали 101 пацієнт з аналогічними формами патології (F 41.0, F 41.1, F 41.2), без ознак суїцидальної поведінки.

Аналіз результатів психопатологічного, психометричного і патопсихологічного дослідження хворих з суїцидальною поведінкою при тривожних розладах дозволив виявити предиктори й уточнити механізми суїцидогенезу у даній категорії хворих.

На цій основі розроблена програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки при тривожних розладах, заснована на принципах системності, етапності та диференційованості.

Вищевикладене свідчить про необхідність впровадження розроблених клініко-психопатологічних і патопсихологічних предикторів та системи профілактики в практичну діяльність лікарів-психіатрів, психотерапевтів і медичних психологів.

Ключові слова: тривожні розлади, суїцидальна поведінка, психопатологічні та патопсихологічні предиктори, система профілактики.

N. A. Maruta, Yu. V. Nikanorova

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)*

**A suicidal behavior in patients with anxious disorders
(clinical-psychopathological and pathopsychological
characteristics, the system of prevention)**

Within the framework of the study it was performed an examination of 124 patients with anxious disorders (F 41.0 — panic disorder, F 41.1 — generalized anxious disorder, F 41.2 — mixed anxious and depressive disorder), in the structure of which a suicidal behavior had been revealed. The control group consisted of 101 patients with the same forms of pathology (F 41.0, F 41.1, F 41.2) without signs of a suicidal behavior.

An analysis of results of psychopathological, psychometric, and pathopsychological examinations of patients with a suicidal behavior and anxious disorders allowed us to define predictors and to make more precise mechanisms of suicidogenesis in this category of patients.

On this basis it was developed a program of a differential prevention for a suicidal behavior in anxious disorders, which was based on principles of the system, staging, and differentiation.

All the stated above suggest a necessity to implement of the developed clinical-psychopathological and pathopsychological predictors and the system of prevention into practice of psychiatrists, psychotherapists, and medical psychologists.

Key words: anxious disorders, suicidal behavior, psychopathological and pathopsychological predictors, system of prevention.

УДК 616.895.8-07-08

С. О. Сазонов, Н. А. Байбарак, О. С. Серікова, А. Г. Назарчук

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

**ВІТЧИЗНЯНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ
(Перше повідомлення)**

З урахуванням підходів, які існують у Світі, вивчався процес диференціальної діагностики шизоафективного розладу (ШАР) в клінічній практиці. Досліджено 69 пацієнтів. Виявлено, що в середньому пацієнтові встановлювалося 2,48 диференціальних діагнозів, більше при депресивному типі (частіше 3), і менше — при маніакальному та змішаному (здебільшого 2 диференціальних діагнози). Встановлено, що нечіткість критеріїв різних психіатричних шкіл ускладнює своєчасну вірну ідентифікацію і вірне лікування. Маніакальний полюс афекту сприяє вірній кваліфікації стану, на відміну від депресивного полюса, атипичного при ШАР. Також за різних обставин лікарем не завжди у випадку ШАР ідентифікувався психотичний рівень розладу.

Ключові слова: шизоафективний розлад, діагностика, диференціальна діагностика.

Серед найбільших, класичних і невирішених на цей час проблем психіатрії є проблема взаємного відношення між собою таких основоположних для психіатрії дорослого віку нозологічних одиниць як шизофренія та маніакально-депресивний психоз (Н.-J. Möller, 2012) [1], нині біполярний афективний розлад (БАР). За поглядами Е. Крепеліна (1913) [2], випадок ендогенного психозу у пацієнта повинен відноситись або до кругу шизофренічних захворювань, або до циклоїдних («Крепелінівська дихотомія»). При наявності в клінічній картині захворювання як галюцинаторно-параноїдної, так і афективної симптоматики діагноз слід встановлювати в залежності від домінування тих чи інших хворобливих проявів (дімENSIONАЛЬНИЙ підхід, запропонований ним). Дійсно, вже давно виявлені випадки захворювання психозом, коли позитивні симптоми шизофренії (наприклад, неконгруентне

афекту маячіння впливу, керування та інші компоненти синдрому психічного автоматизму Кандинського — Клерамбо і тому подібне) тісно співіснують та проявляються разом із симптомами порушень настрою. Крім того, випадки із такою клінічною картиною не мають характерних для шизофренії безперервного перебігу, резидуальної дефіцитарної симптоматики та прогредієнтності. Це дозволило J. Kasanin (1933) [3] запропонувати виокремити нову нозологічну одиницю «гострий шизоафективний психоз» (нині шизоафективний розлад (МКХ-10, ВООЗ, 1992) [4].

Щодо правомірності застосування термінів «шизоафективний психоз» (J. Kasanin, 1933) [3] та «шизоафективний розлад» (МКХ-10, ВООЗ, 1992) [4], слід зазначити, що відповідно до затверджених у 1992 році та дійсних на сьогодні в Україні діагностичних критеріїв МКХ-10 демонструє обов'язкову належність випадків шизоафективної хвороби до психотичного реєстру.

© Сазонов С. О., Байбарак Н. А., Серікова О. С., Назарчук А. Г., 2013