

13. Cox D. J., Kovatchev B. P., Gonder-Frederick L. A. et al. Relationships Between Hyperglycemia and Cognitive Performance Among Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes // *Diabetes Care*. 1997. Vol. 28. P. 71–77.

14. DiCarlo A., Baldereschi M., Amaducci L. Et al. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging. // *J Am Ger Soc*. – 2000. – V. 48. – P. 775–782.

15. Galluzi S., Sheu C. F., Zanetti O., Frisoni G. B. Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord*. – 2005. – 19. – P. 196–203.

16. Ganguli M., Dodge H. H., Shen C. et al. Mild cognitive impairment, amnesic type an epidemiologic study // *Neurology*. – 2004. – 63. – P. 115–121.

17. Hackett M. L., Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies / C. Yapa, V. Parag et al. // *Stroke*. – 2005. – Vol. 36. – P. 1330–1340.

18. Petersen R. C., Doody R., Kurz A. et al. Current concepts in mild cognitive impairment // *Arch. Neurol*. – 2001. – 58, № 12. – P. 1985–1992.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Г.М. Кожина, В.И. Коростий, В.Б. Михайлов, О.Л. Товажнянска, И.А. Григорова

В ходе работы проведено изучение клинической структуры и особенностей синдрома генеза когнитивных расстройств среди больных трудоспособного возраста с соматическими заболеваниями. Разработанные диагностические критерии когнитивных расстройств у больных с органическими и симптоматическими психическими заболеваниями вследствие цереброваскулярных, сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний, систематизированы факторы риска для ранней диагностики и профилактики когнитивных и эмоциональных расстройств у больных с психическими нарушениями при соматических заболеваниях.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, соматические заболевания, трудоспособный возраст

CLINICAL STRUCTURE AND DYNAMICS OF COGNITIVE DISORDERS AMONG PATIENTS OF WORKING AGE WITH PHYSICAL ILLNESS

H.M. Kozhyna, V.I. Korostiy, V.B. Myhaylov, O.L. Tovazhnyanska, I.A. Hryhorova

In the course of the study of structure and clinical features syndromohenezu cognitive disorders among patients of working age with physical illness. The developed diagnostic criteria for cognitive disorders in patients with organic and symptomatic mental illness due to cerebrovascular, cardiovascular and endocrine diseases, systematic risk factors for early diagnosis and prevention of cognitive and emotional disorders in patients with mental disorders in somatic diseases.

Keywords: cognitive disorders, physical illness, working age

УДК 616.895.4-008.441.44-008.447-055.1-005.2

Л.Т. Сновида

ГЕНДЕРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

(клинико-психопатологический и патопсихологический анализ)

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: гендерные различия, депрессивные расстройства, суицидальное поведение, патопсихологический механизм, клинические факторы, клинико-психопатологические факторы

Депрессия сегодня - один из самых острых и злободневных вопросов современной медицины. Именно депрессивные расстройства называют “болезнью третьего тысячелетия”. По данным Всемирной организации здравоохранения депрессиями страдает около 5–8 % населения земного шара. Риск развития депрессии в течение жизни составляет около 20 %. Угроза заболеть депрессией хотя бы раз в жизни существует для каждой четвертой женщины и для каждого седьмого мужчины [5;6;9]. При этом отмечается ежегодное увеличение числа суицидов в большинстве развитых стран мира. В Украине только за последние 10 лет показатель распространенности депрессивных расстройств возрос на 17,7 % [13;16].

Смертность среди больных депрессией мало уступает смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, не менее 15 % больных депрессией совершают суицид. Именно депрессия оказывается причиной 70 % всех

совершенных самоубийств. В среднем риск самоубийства среди людей с депрессией в 20 раз выше, чем в общей популяции населения [6;7;12].

Отмечено, что частота суицидов среди мужчин значительно выше, чем среди женщин. В целом по данным ВОЗ соотношение мужчин и женщин, совершивших заверченный суицид, составляет 3,5 к 1. В Украине этот показатель достигает 6,75 к 1 [16]. Среди пожилых частота суицидов среди мужчин прогрессивно возрастает и составляет 6-9 к 1. Обратная закономерность наблюдается при совершении суицидальных попыток, женщины совершают их в 4 раза чаще мужчин. Среди суицидентов старших возрастных категорий преобладают мужчины [7;16]. Среди причин такой дифференциации выделяют специфические особенности гендерной психологии мужчин и женщин. Вместе с тем, роль гендерного фактора в генезе депрессий, их влияние на формы суицидального поведения и комор-

бидную патологию, предикторы суицидального поведения в зависимости от пола остаются до настоящего времени не изученными [1;2;15;17].

Целью данного исследования явилось изучение гендерной специфики факторов и механизмов формирования суицидального поведения у больных депрессиями.

В исследовании принял участие 241 больной с депрессивными расстройствами (F32.1 и F33.1), из которых основную группу исследования составили 128 больных (65 мужчин и 63 женщины) с различными формами суицидального поведения в структуре депрессий; контрольную - 113 больных (58 мужчин и 55 женщин) без признаков суицидальности.

В качестве **методов** исследования использовались: *клинико-психопатологический метод*, включающий сбор жалоб, изучение симптомов и синдромов в динамике, их психопатологическая интерпретация; *психометрические методы*: шкала Гамильтона (HDRS) (Hamilton M., 1967) – для объективной оценки степени выраженности депрессивной симптоматики [9], шкала определения выраженности суицидального риска (Гавенко В.Л. с соавт., 2001) – для количественного определения уровня суицидального риска [4], оценка самосознания смерти (Гавенко В.Л. с соавт., 2001) – для количественной оценки категории самосознания смерти [3], самооценка выраженности аутоагрессивных предикторов [8]; *патопсихологические* - методика изучения ценностных ориентаций Е.Б. Фанталовой (1992) для изучения основных мотиваций, соотношения важности ценности и её доступности [14]; опросник А. Басса - А. Дарки для определения различных проявлений агрессии [10]; методика «Оценка психологического пола личности» [11], а также методы статистической оценки полученных данных.

Анализ клинических факторов формирования суицидального поведения, показал, что наследственная отягощенность психической патологией и алкогольной зависимостью у больных с суицидальным поведением независимо от пола встречалась чаще, чем у больных контрольной группы (в основной группе: 47,7 % у мужчин и 46,0 % у женщин; в контрольной группе: 27,6 % у мужчин и 25,5 % у женщин, $p < 0,05$). Чаще всего у мужчин больных депрессиями с суицидальным поведением родители страдали аффективной патологией различной степени тяжести (30,8 %) и алкогольной зависимостью (13,8 %). У женщин больных депрессиями с суицидальным поведением наследственность была отягощена различными формами невротических расстройств (28,6 %) и расстройствами личности (20,6 %). Следовательно, наследственная отягощенность аффективной патологией и алкогольной зависимостью у больных депрессиями мужчин служит одним из факторов развития суицидального поведения. В тоже время у женщин аналогичными предикторами являются наследственная отягощенность невротическими и личностными расстройствами.

Невропатическая конституция в детстве у мужчин не выступала в роли фактора потенцирующего суици-

дальную активность. При этом у женщин страдающих депрессиями с суицидальным поведением наличие невропатической конституции в детстве отмечалось значительно чаще (34,9 %), чем у женщин с депрессиями без признаков суицидальности (12,7 %), $p < 0,01$. Следовательно, фактор наличия невропатической конституции служил одним из специфических факторов риска развития суицидального поведения у женщин.

Наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций и интоксикаций значительно чаще отмечалось у мужчин больных депрессиями основной группы (29,2 %), чем у мужчин контрольной группы (10,3 %), $p < 0,01$. Среди женщин основной и контрольной групп значимых различий по данному фактору обнаружено не было. Таким образом, наличие в анамнезе ЧМТ, нейроинфекций и интоксикаций является специфичным для мужчин фактором формирования суицидального поведения при депрессиях.

Относительно сопутствующей соматической патологии было установлено, что у больных основной группы независимо от пола соматическая патология фиксировалась чаще, чем у больных контрольной группы (в основной группе 50,8 % у мужчин и 33,8 % у женщин; в контрольной 27,6 % у мужчин и 16,4 % у женщин, $p < 0,05$). При этом для мужчин этот фактор был статистически более значим в формировании суицидального поведения, чем для женщин (соотношение больных депрессиями мужчин и женщин основной группы с соматической патологией соответствует 1,6 к 1, $p < 0,05$).

У мужчин основной группы значительно чаще отмечалась неврологическая патология (18,5 %), чем у мужчин контрольной группы (8,6 %), $p < 0,05$. У женщин основной группы значительно чаще диагностировалась различная онкологическая патология (14,3%) и патология сердечно-сосудистой системы с хронической сердечной недостаточностью (14,3 %), по сравнению с женщинами контрольной группы 3,6 % и 7,3 % больных, соответственно, $p < 0,05$.

Следовательно, из соматической патологии для больных депрессиями мужчин более суицидоопасной выступала рецидивирующая неврологическая патология, для больных депрессиями женщин – онкологическая патология и патология сердечно-сосудистой системы с хронической сердечной недостаточностью.

Анализ фактора воспитания в неполной семье продемонстрировал его преобладающее значение в формировании суицидального поведения у женщин. Так, 28,6 % женщин основной группы воспитывались в неполной семье, в то время как этот показатель у женщин контрольной группы составил 12,7 %, $p < 0,01$. Воспитание в неполной семье у мужчин не выступало в качестве значимого фактора в формировании суицидального поведения.

Анализ роли психогенных факторов в формировании суицидального поведения показал, что у мужчин основной группы значительно чаще (66,2 %), чем у мужчин контрольной группы (46,6 %), $p < 0,05$, преобладали хронические психогенные факторы, связан-

ные с ухудшением материально-бытового состояния больного (63,1 %), одиночеством, неудовлетворенной потребностью в любви (58,5 %), потерей социального статуса (49,2 %), собственной болезнью (43,1 %), сексуальными проблемами (35,4 %).

У женщин основной группы значительно чаще фиксировалось острое воздействие психогенных факторов (74,6 %), связанных с семейными конфликтами, ревностью, изменой супруга, разводом (68,3 %), по сравнению с женщинами контрольной группы, у которых острые стрессовые расстройства отмечались в 45,5 % случаев, $p < 0,05$.

Анализ гендерного распределения различных форм депрессивного расстройства среди обследованных больных показал, что суицидальное поведение у мужчин достоверно чаще проявлялось в структуре депрессивного эпизода F32.1 (87,7 %), с преобладанием выраженной (37,3±3,6 баллов по шкале HDRS) апато-адинамической (36,9 %) и выраженной (34,5±2,7 баллов) тоскливой (30,8 %) форм депрессии, с высоким уровнем суицидального риска (49,8±3,3 балла при апато-адинамической депрессии и 41,9±2,0 балла – при тоскливой) и низким уровнем самосознания смерти (9,9±1,2 балла при апато-адинамической депрессии и 10,1±1,4 балла – при тоскливой).

Суицидальное поведение женщин чаще регистрировалось при рекуррентной депрессии F33.1 (61,9 %), проявлялось выраженным (24,2±1,7 баллов) тревожно-ажитированным (34,9 %) и слабовыраженным (14,5±1,3 баллов) истерическим (30,2 %) синдромами, с высоким суицидальным риском (32,5±1,9 балла при тревожно-ажитированной депрессии и 26,1±1,7 балла при истерической) и низким самосознанием смерти (12,4±1,5 балла при тревожно-ажитированной депрессии и высоким - 28,1±2,3 балла – при истерической депрессии).

Феноменологическая структура депрессий у мужчин с суицидальным поведением характеризовалась преобладанием в клинике эмоциональных расстройств ангедонии (80,0 %), тоски (76,9 %) и безразличия (73,8 %), в то время как у мужчин контрольной группы эти показатели составляли (25,9%, 25,9% и 22,4%, соответственно), $p < 0,05$. Среди расстройств мышления чаще всего отмечались идеи малоценности (73,8 %), снижение уровня интересов (60,0 %), ригидность мышления (55,4 %), трудности в принятии решений (52,3 %), у мужчин контрольной группы эти показатели составили, соответственно, 31,0%, 24,1%, 20,7% и 22,4%, $p < 0,05$. Расстройства когнитивных функций проявлялись преимущественно ухудшением коммуникативных навыков (84,6 %), у мужчин группы контроля этот вид расстройств отмечался значительно реже (51,8%), $p < 0,05$. Расстройства моторной функции у мужчин основной группы проявлялись в виде заторможенности движений, речи, мимики вплоть до полной адинамии (67,7 %), по сравнению с группой контроля (17,2%), $p < 0,05$. Из сомато-вегетативных расстройств у этой категории больных преобладали снижение массы тела (78,5 %), запоры (72,3 %), наруше-

ния сна (69,2 %), сексуальные нарушения (64,6 %) ($p < 0,01$), данные показатели у мужчин контрольной группы составили 29,3%, 22,4%, 18,9% и 20,7%, $p < 0,05$. Относительно выраженности сенсорных расстройств у мужчин основной и контрольной групп значимых различий не выявлено.

У больных депрессиями женщин с суицидальным поведением в клинике эмоциональных расстройств преобладали тревога (65,1 %), неудовольствие (57,1 %), постоянное ощущение усталости (50,8 %), горе, скорбь (42,9 %), отчаяние (36,5 %), печаль (31,7 %) и боязнь (31,7 %), чувство оскорбления (22,2 %), по сравнению с контрольной группой женщин – соответственно, 30,9%, 16,4%, 27,3%, 10,9%, 16,4%, 12,7%, 14,5%, 3,6%, $p < 0,05$. В мышлении и когнитивных функциях отмечалось снижение уровня интересов (76,2 %), навязчивые мысли (73,0 %), повышенная чувствительность к критике в свой адрес (63,5 %) и снижение уровня концентрации внимания (58,7 %), в контрольной группе женщин данные показатели составили, соответственно 25,5%, 9,1%, 34,5%, 23,6%, $p < 0,05$. Расстройства моторной функции у женщин основной группы проявлялись преимущественно двигательным беспокойством (57,1 %), в контрольной группе двигательное беспокойство фиксировалось значительно реже (21,8 %), $p < 0,05$. В структуре сомато-вегетативных проявлений депрессий с суицидальным поведением у женщин преимущественно регистрировались вегетативно-висцеральные кризы (63,5 %), гипергидроз (60,3 %), функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы (57,1 %), головные боли (44,4 %), в группе контроля данные показатели составили 30,9%, 36,4%, 14,5%, 18, 2%, $p < 0,05$. Среди сенсорных нарушений у женщин основной группы преобладали расстройства слуха (повышенная чувствительность и непереносимость громких звуков) (53,9 %), чувствительности (гипостезия, гиперестезия, анестезия, парестезия) (46,0 %), зрения неорганической природы (33,3 %), психосенсорные нарушения (колебания почвы под ногами, колебания окружающих предметов) (30,2 %), по сравнению с женщинами контрольной группы - 23,6%, 18,2%, 14,5% и 9,1 соответственно, $p < 0,05$.

Среди патофизиологических факторов у больных депрессиями мужчин с суицидальным поведением отмечалось преобладание таких аутоагрессивных предикторов, как выраженность аффективных нарушений (40,5±2,6 баллов, различия между больными основной и контрольной группы статистически достоверны, $p < 0,01$), аутоагрессии (37,2±2,4 баллов, $p < 0,01$), сужения когнитивных функций (31,4±1,6 баллов, $p < 0,05$). У женщин с суицидальным поведением при депрессиях отмечалось доминирование таких аутоагрессивных предикторов как импульсивность (35,3±2,6 баллов, различия между больными основной и контрольной группы статистически достоверны, $p < 0,01$), вегетативные нарушения (25,2±2,2 баллов, $p < 0,05$), сужение и расстройства межличностных контактов (18,3±1,2 баллов, при $p < 0,05$).

В ценностно-мотивационной сфере мужчин с суицидальным поведением отмечалась неудовлетворенность потребностей в активной деятельности жизни (разница между значимостью и доступностью ценности - $8,1 \pm 2,5$ баллов), в физическом и психическом здоровье ($7,0 \pm 1,7$ баллов), в материально обеспеченной жизни ($7,9 \pm 0,6$ баллов), в любви ($7,2 \pm 0,5$ баллов). У больных депрессиями женщин с суицидальным поведением отмечалась неудовлетворенность потребностей в физическом и психическом здоровье ($7,7 \pm 1,9$ баллов), в счастливой семейной жизни ($7,6 \pm 0,7$ баллов), в уверенности, свободе от внутренних противоречий и сомнений ($7,8 \pm 0,6$ баллов), в свободе и независимости действий и поступков ($8,3 \pm 0,8$ баллов), в познании ($8,1 \pm 1,0$ баллов).

Агрессивное поведение у мужчин с суицидальным поведением при депрессиях характеризовалось преобладанием реакций в виде выраженной аутоагрессии ($72,3 \pm 6,1$ баллов, различия между больными основной и контрольной группы статистически достоверны, $p < 0,01$). У женщин с суицидальным поведением при депрессиях были выражены подозрительность ($76,6 \pm 8,3$ баллов, $p < 0,01$), обида ($68,8 \pm 7,1$ баллов, $p < 0,01$), и козвенная агрессия ($65,9 \pm 7,1$ баллов, $p < 0,05$).

Анализ психологического пола личности продемонстрировал преобладание у мужчин с суицидальным поведением при депрессиях феминных (41,5 %) и недифференцированных (33,8 %) личностных особенностей (различия с контрольной группой статистически достоверны, $p < 0,01$), что отражает их пассивную и зависимую ролевую позицию, трудности в социокультурной адаптации, несоответствие глубинных полоролевых установок субъекта идеальным образам маскулинности. У больных депрессиями женщин с суицидальным поведением преобладал недифференцированный психологический пол (55,6 %), различия с контрольной группой статистически достоверны, $p < 0,01$, что также отражало несоответствие полоролевых установок женщин основной группы идеальным образам феминности.

Таким образом, проведенное исследование позволило выделить определенную гендерную специфику в факторах и механизмах формирования суицидального поведения при депрессиях.

Так у мужчин, *клиническими факторами* формирования суицидального поведения при депрессиях являются: наследственная отягощенность аффективной патологией и алкогольной зависимостью; наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций и нейроинтоксикаций различного генеза; хроническая соматическая патология, в частности неврологическая патология; хронические психогенные факторы, связанные с ухудшением материально-бытового состояния больного, одиночеством, неудовлетворенной потребностью в любви, потерей социального статуса, собственной болезнью, сексуальными проблемами; *клинико-психопатологическими факторами* суицидального риска при депрессиях являются: наличие депрессивно-

го эпизода (F32.1), выраженные апато-адинамическая и тоскливая формы депрессии, с высоким уровнем суицидального риска и низким уровнем самосознания смерти; преобладание в клинике эмоциональных расстройств ангедонии, тоски и безразличия; в структуре расстройств мышления - идей малоценности, сниженного уровня интересов, ригидности в мышлении, трудностей в принятии решений; моторных расстройств в виде заторможенности движений, речи, мимики вплоть до их полной адинамии; сомато-вегетативных расстройств в виде снижения массы тела, запоров, нарушений сна и сексуальных нарушений. Основным *патопсихологическим механизмом* формирования суицида у больных депрессиями мужчин выступала фрустрация потребностей в активной жизни, здоровье, материально обеспеченной жизни, любви, которая формируется вследствие преобладания в структуре личностных особенностях мужчин феминных и недифференцированных половых психологических качеств. Фрустрация этих потребностей у мужчин способствовала развитию негативного отношения и агрессивных действий, направленных на себя, которые в сочетании с патопсихологическими предикторами (аффективные нарушения, аутоагрессия, сужение когнитивных функций) становились причиной интропунитивных реакций в форме суицидального поведения.

У женщин с депрессиями *клиническими факторами* риска суицидального поведения служили: наследственная отягощенность невротическими расстройствами и расстройствами личности; невропатическая конституция в детстве; хроническая соматическая патология, в частности онкологическая патология и патология сердечно-сосудистой системы с хронической сердечной недостаточностью; воспитание в неполной семье; острое воздействие психогенных факторов, связанных с семейными конфликтами, ревностью, изменой супруга, разводом; Среди *клинико-психопатологических факторов* суицидального риска выделены: рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1), выраженный тревожно-ажитированный синдром с высоким суицидальным риском и низким уровнем самосознания смерти, а также слабовыраженный истерический синдромом, с высокими показателями суицидального риска и самосознания смерти; преобладание в клинико-психопатологической структуре эмоциональных расстройств в виде тревоги, неудовольствия, постоянного ощущения усталости, горя, отчаяния, печали, боязни, чувства оскорбления; среди расстройств мышления - снижения уровня интересов, повышенной чувствительности к критике в свой адрес, навязчивых мыслей, сниженного уровня концентрации внимания; в структуре моторных расстройств - двигательного беспокойства; сомато-вегетативных расстройств в виде вегетативно-висцеральных кризов, гипергидроза, функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, головных болей функционального (неорганического) характера; а также выраженными сенсорными расстройствами в виде неорганических

нарушений слуха, чутливості, зору, психо-сенсорних порушень. Основним патопсихологічним механізмом формування суїцида у великих депресіях жінок служила фрустрація потребностей у здоров'ї, в щасливій сімейній житті, в впевненості і свободі від внутрішніх протиріччів, в свободі і незалежності дій, в знанні, яка виникає в силу невідповідності глибини образів жіночності, недостатньої вираженості у них як чоловічих, так і жіночих психологічних якостей. Фрустрація цих потребностей сприяє у жінок зростанню тривоги, углибленню депресії, формуванню соціально-психологічної дезадаптації і агресивного поведінки в формі підозрливості, образи, косвенної агресії. Подібна форма агресивного поведінки в поєднанні з патопсихологічними і клінічними предикторами (імпульсивність, вегетативні порушення, розлад міжособистісних контактів) стає причиною імпульсивних імпульсивних реакцій в формі суїцидального (парасуїцидального) поведінки.

Виділені в ході дослідження гендерно-обумовлені клініко-психопатологічні і патопсихологічні фактори і механізми формування суїцидального поведінки при депресіях повинні враховуватися при діагностиці суїцидальності і виступати в якості цільової терапії.

Література:

1. Васильев В.В. Суїцидогенні фактори, пов'язані з наданням психіатричної допомоги // Вестник неврології, психіатрії і нейрохірургії. – 2010. – № 8. – С. 21 – 26.
2. Васильев В.В. Соціально-демографічні і клінічні особливості жінок з психічними розладами і суїцидальним поведінкою // Російський психіатричний журнал. – 2009. – № 6. – С. 39 – 45

3. Гавенко, В. Л. та ін. Спосіб оцінки самосвідомості смерті // Патент 40453А ; заявник та патентовласник ХДМУ. – № 20001021008 ; заявл. 13.02.01 ; надрок. 2001, Бюл. №6.

4. Гавенко, В. Л. та ін. Спосіб визначення суїцидального ризику // Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00 ; заявник та патентовласник ХДМУ. – № 20001021010 ; заявл. 13.02.01 ; надрок. 2001, Бюл. № 6.

5. Марута Н.А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке // НейроNEWS. – 2008. – №6 (11). – с 24-28.

6. Марута Н.А., Мамчур А.И., Юрьева Л.Н. Депрессии в общемедицинской практике. Справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети. – Киев, 2009. – 30с.

7. Марута Н.А., Явдак И.А., Чередынкова О.С. Особенности потребово-емоційної сфери у хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади з суїцидальним ризиком // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т.19, вип. 3(68) – С. 50-54.

8. Пилягина, Г. Я., Семенюк В. Э., Чумак С. А. Экзистенциальный кризис как патопсихологическая основа суїцидогенеза // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т.16, вип. 1(54) – С. 84-85.

9. Подкорытов, В. С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков : Торнадо, 2003. – 352 с.

10. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие / Под ред. проф. О.А. Прохорова. – СПб: Речь, 2004

11. Ретина Л. П. Гендерная история: проблемы и методы исследования // Новая и новейшая история. – 1999. – №6. – С. 41-58.

12. Соколова, Е. Т. Проблема суїцида: клініко-психологічний ракурс // Вопросы психологии. – 2006. – №2. – С. 103-115.

13. Табачников, С. И. К вопросу о необходимости организации комплексной неотложной суїцидологической помощи в Украине / С. И. Табачников, Г. Я. Пилягина, С. А. Чумак : материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 448.

14. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал. – 1992. – № 1. – Т.13. – С. 107 – 117.

15. Шмунк Е.В. Факторы, оказывающие влияние на клинику и течение депрессивных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т.19, № 2. С.84-92.

16. Юрьева, Л. Н. Суїцидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1(50). – С. 34-36.

17. Branney P., White A. Big boys don't cry: depression and men // Adv. in Psychiatr. Treatment. 2008. N 14. P. 256-262.

18. Bertolote, J.M.F. A global perspective in the epidemiology of suicide / J.M.F. Bertolote, A. Fleischmann // Suicidology. 2002. Vol. 7, № 2. P. 6-8.

19. Kutcher S., Chehil S. Suicide Risk Management / S. Kutcher, S. Chehil. – Halifax. Lundbeck Institute, 2007. – 134p.

ГЕНДЕРНО-ОБУМОВЛЕНІ ФАКТОРИ І МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ДЕПРЕСІЯХ (клініко-психопатологічний та патопсихологічний аналіз)

Л.Т. Сновіда

Обстежено 241 хворий з депресивними розладами (F32.1 і F33.1), з них основну групу склали 128 хворих (65 чоловіків і 63 жінки) з різними формами суїцидальної поведінки, контрольну - 113 хворих (58 чоловіків і 55 жінок) без ознак суїцидальності. Проаналізовано конституційно-біологічні, екзогенно-органічні фактори, патопсихологічні чинники, а також фактори психічної травматизації, особливості синдромальної та феноменологічної структури депресій в порівняльному гендерному аспекті. На підставі чого виділені гендерно-специфічні клінічні, клініко-психопатологічні та патопсихологічні чинники суїцидальної поведінки та описані патопсихологічні механізми формування суїцидальної поведінки при депресивних розладах.

Ключові слова: гендерні відмінності, депресивні розлади, суїцидальна поведінка, патопсихологічний механізм, клінічні фактори, клініко-психопатологічні фактори

GENDER-DEPENDENT FACTORS AND MECHANISMS OF A SUICIDAL BEHAVIOR FORMATION IN DEPRESSIONS (clinical-psychological and pathopsychological analysis)

L.T. Snovyda

Two hundred forty one patients with depressive disorders (F32.1 and F33.1) were examined, including 128 patients (65 male and 63 female patients) with different forms of a suicidal behavior as the main group and 113 patients (58 male and 55 female patients) without features of suicide as the control group. Constitutional-biological, exogenous organic factors, pathopsychological factors as well as factors of a psychic traumatism, peculiarities of the syndrome and phenomenological structure of depressions have been analyzed in a comparative gender aspect. On this basis gender-specific clinical, clinical-psychopathological, and pathopsychological factors of a suicidal behavior were defined, pathopsychological mechanisms of a suicidal behavior formation in depressive disorders were described.

Keywords: gender differences, depressive disorders, suicidal behavior, pathopsychological mechanism, clinical factors, clinical-psychopathological factors