

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕЖИВШИХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ

С.И. Шкробот, Е.П. Венгер

В данной статье рассматриваются стрессогенные воздействия чрезвычайных ситуаций (боевых действий) на формирование психических расстройств; приведен пример факторов, наиболее значимых в возникновении психических проблем. Выделены распространенные симптомы, среди которых особое место занимают когнитивные нарушения. Обоснована соответствующая тактика комплексного лечения военнослужащих, участвовавших в вооруженных конфликтах.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, чрезвычайные ситуации, когнитивные нарушения.

MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WITH COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS, WHO SURVIVED EMERGENCIES

S. Shkrobot, E. Wenger

This article discusses the impact of stressful emergency situations (fighting) on the formation of mental disorders; an example of factors, the most important in causing mental problems. Highlighted common symptoms, including a special place cognitive impairment. Justified by appropriate tactics of complex treatment of servicemen involved in armed conflict.

Key words: depression, emergency, cognitive impairment.

УДК 616.895.8+616.89

О.П. Романів

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ
ІНФАРКТ МІОКАРДА, ТА ОСІБ, ЩО ВЧИНИЛИ СУЇЦИДАЛЬНУ СПРОБУУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Більшість стрес-діатез моделей психосоматичних розладів припускають, що всі люди мають певний рівень діатезу для будь-якого хворобливого стану. Вони можуть відрізнятися відносно точки, в якій розвиваються розлади залежно від вираженості факторів ризику і ступеня впливу стресу. Метою дослідження було виявлення загальних клініко-психопатологічних характеристик аутоагресивної поведінки на прикладі 60 осіб після незавершеної суїцидальної спроби і 60 хворих на інфаркт міокарда. Пацієнти обох груп перебували в умовах тривалих хронічних психотравмуючих ситуацій, що обумовлювало появу психопатологічних симптомів, розвиток і ускладнення структури патологічних синдромів, а також формування нозологічно окреслених психічних розладів. Психопатологічні синдроми різного ступеня вираженості мали 100% пацієнтів обох груп. В основній групі СД достовірно переважали тужливо-депресивний, депресивно-параноїдний, а також наркоманійний і психопатоподібний синдроми. Питома частка осіб з психічними розладами становила понад 2/3, а саме: у групі СД 88,3%, у групі ІМ 76,6%, причому в обох групах переважали депресивні розлади. Частина пацієнтів з наявністю депресивних синдромів була верифікована як такі, що мали на першій осі діагноз тривожного розладу або зловживання ПАР (насамперед алкоголем) з переважанням першого в групі ІМ, а другого – у групі СД. Тяжкість психічних і психосоматичних розладів позитивно корелювала з тяжкістю суїцидальної налаштованості за С-SSRS. Проведений клініко-психопатологічний та клініко-статистичний аналіз обстежених контингентів виявив, що основою для аутоагресії насамперед можуть служити нерозгорнуті, абортивні, субклінічні непсихотичні психічні розлади, насамперед депресивного спектра. Наші результати підтверджують існуючі рекомендації для скринінгу пацієнтів з інфарктом міокарда щодо депресії та суїцидальних думок, як і осіб з незавершеними суїцидальними спробами.

Ключові слова:психічний розлад,
провідний
психопатологічний
синдром, тривога,
депресія, суїцидальна
спроба, інфаркт
міокарда.

Актуальність. Психосоматичний принцип єдності тілесного і психічного є основою комплексного підходу до curaції пацієнта, що повинні враховувати всі медичні спеціалісти [1, 2, 9, 10, 19, 22]. Сучасні дослідження різних хворобливих станів підтверджують їх біопсихосоціальну природу, або, за сучасною термінологією, діатез-стресову модель [3, 8, 16]. За цією моделлю, біологічний діатез або біологічна уразливість стає хворобою тільки за умови впливу стресорів – несприятливих психологічних та со-

ціально-психологічних факторів [8]. Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній сфері сучасної цивілізації. Генетично обумовлена норма реакції має еволюційно-історичний пристосувальний характер, вона може «не встигати» за новими темпами змін середовища [9, 10].

Сучасні дослідження діатез-стресових моделей розвитку психосоматичної патології акцентуються на визначенні доказовості, а саме: впливу психічного

стресу; виявлення факторів уразливості; використання клінічних, нейробіологічних і генетичних методів [3, 8, 16]. Добре узгоджені дані отримані шизофренії, де розглядається наступна багаторівнева діатез-стресова модель: уразливість → стрес → поріг уразливості → шизофренічний діатез → стрес → адаптаційний бар'єр → хвороба [16]. Також в науковій медичній літературі описана афективно-стресова модель депресії [2]. Результати досліджень вказують на значимість діатез-стресових моделей для постстресових, тривожних і афективних розладів [2, 8, 9, 17, 20, 28], коли стресові події, що передують хворобливому стану, не тільки підвищують захворюваність, а й зумовлюють уразливість. Разом з тим, були отримані й протилежні дані, про відсутність статистичного зв'язку між стресовими подіями і розвитком фобічних розладів [20]. Вельми перспективною виглядає пропозиція про виділення особливого універсального психопатологічного діатезу, що об'єднує багато провідних сучасних діагностичних категорій [22].

Більшість стрес-діатез моделей припускають, що всі люди мають певний рівень діатезу для будь-якого даного психосоматичного розладу [7, 9]. Тим не менше, індивідууми можуть відрізнятися відносно точки, в якій розвиваються розлади, залежно від вираженості факторів ризику і ступеня впливу стресу. Відносно незначні чинники стресу можуть призвести до порушення у людей, які дуже вразливі. Цей підхід передбачає адитивність: діатез і стрес взаємно підсилюють один одного, що призводить до появи хворобливих станів.

Отже, діатез є необхідною передумовою для розвитку розладу, фізичного або психічного. Модель суїцидальної поведінки «крик болю» є яскравим прикладом такого підходу до вивчення діатезу до суїцидальної поведінки [27]. Манн і Аранго (1992) запропонували стрес-діатез модель суїциду, засновану на інтеграції нейробіології і психопатології, яка досі є основою для більшої частини сучасних досліджень в суїцидології. Особливий акцент робиться на змінах в системі метаболізму серотоніну як конституціональному факторі ризику, на відміну від ситуаційних стресорних факторів ризику для суїцидальної поведінки [19].

Залежно від обраної моделі постулюються різні типи схильності – нейробіологічні, психофізіологічні або когнітивні. У центрі уваги моделі тривожного очікування, запропонованої Barlow, на тлі вродженої та / або набутої вразливості, стоїть розвиток тривожного очікування, який характеризується:

- а) підвищенням збудження (вігільності);
- б) припущенням пацієнта про те, що майбутні події будуть неконтрольованими і не прогнозованими;
- в) зміною спрямованості уваги на внутрішні події [7].

В емпіричних дослідженнях отримані достовірні дані про зв'язок, наприклад, соціального стресу з виробничим травматизмом або рівнем «простудних» (гострих респіраторних) захворювань. Однак для лікаря у разі гострих захворювань або уражень ці фактори є мало важливими, порівняно з дією основної причини. Наприклад, тип А розглядають як головний модератор впливу соціального стресу на серцево-судинні розлади, однак смертність з причин, пов'язаних із серцево-су-

диною патологією, у групі типу А не відрізняється від загальної у популяції. У реальних життєвих ситуаціях має значення не сам патерн типу А, а одна з його складових – ворожість. Разом з тим, накопичується все більше даних про те, що природний низький або фармакологічно знижений рівень холестеролу в крові пов'язаний з ризикованою поведінкою і підвищеною смертністю не тільки внаслідок самогубств, а й у зв'язку з травмами і нещасними випадками. «Холестеролова гіпотеза суїциду» змушує задуматися про доцільність фармакологічних заходів щодо цілеспрямованого зниження рівня холестеролу, оскільки зниження ризику інфаркту при цьому компенсується високим ризиком суїциду [5, 6, 21].

Концепція безперервного діатезу може пояснити відмінності в саморуйнівній поведінці: аутоагресивні реакції на подібні події життя коливаються від гострих соматичних станів (інфаркт міокарда, мозковий інсульт) до завершених суїцидів. Кореляція між агресією і ворожістю була підтверджена в дослідженнях і суїциду, і інфаркту міокарда. Дослідження суїцидальної поведінки додатково вказали на роль імпульсивності, яка визначає високу летальність суїцидальної поведінки [11].

Депресія, інші психіатричні захворювання та низький соціально-економічний статус, як правило, збільшують ризик і інфаркту міокарда [12, 14, 25], і самогубства [15, 26]. Дослідження показали позитивну кореляцію між кількістю смертей від суїциду і від ішемічної хвороби серця з 1979 по 2005 рік у Бразилії, виявили позитивну кореляцію між поширеністю хвороб серця і спроб самогубства у літнього населення Півдня Франції. Бідність, безробіття, соціальна ізоляція (за даними досліджень) призводили як до інфаркту міокарда, так і до самогубства. Дослідження також показують, що ризик інфаркту міокарда і суїциду збільшується з підвищенням рівня тяжкості депресивних симптомів [13, 18, 23, 24]. Причому, незалежно від віку та статі прояви психічних порушень випереджають клінічні прояви серцево-судинної патології, в тому числі ішемічної хвороби серця.

Взаємозалежність стресу і діатезу означає, що заходами, спрямованими на діатез, можна також зменшити вплив стресових факторів, а зниження рельєфу ефектів стресу підвищить ефективність терапевтичних втручань та програм профілактики аутоагресивної поведінки.

Метою дослідження було виявлення спільних клініко-психопатологічних характеристик аутоагресивної поведінки, отже – суїцидальної небезпеки обстежених контингентів (осіб після незавершеної суїцидальної спроби і хворих на інфаркт міокарда)

Матеріали та методи дослідження

Обстеження за програмою дисертаційного дослідження за умови отримання інформованої згоди у період з 2009 по 2013 рік пройшли 158 осіб, дані 38 респондентів були вилучені з подальшої статистичної обробки з метою формування репрезентативної за віком та статтю вибірки. Для здійснення завдань дослідження нами було відібрано 120 пацієнтів – хворих з різними формами суїцидальної

поведінки, а також контрольна група порівняння – пацієнти з серцево-судинною патологією (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл обстежених осіб за групами (n=120)

Групи	Контрольна група	Основна група	Разом
Абс.	60	60	120
%	50,0	50,0	100,00

В основну групу увійшло 60 суїцидентів, які перебували на стаціонарному лікуванні у психіатричному відділенні ЗОКЛ після скоєння суїцидальної спроби та амбулаторно спостерігалися в цьому ж відділенні після виписки. Процедура обстеження була реалізована по мірі поступлення пацієнтів у психіатричне відділення Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака. Пацієнти цієї групи проходили обстеження в рамках даного дослідження в ранньому постсуїцидальному періоді (від тижня до місяця після скоєння спроби самогубства), після завершення купірування соматоневрологічних наслідків суїциду.

Для групи порівняння було обстежено 60 пацієнтів кардіологічних стаціонарів області, які за показаннями (за рішенням лікуючого лікаря-кардіолога) потребували консультації психіатра. Групу складала 60 пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда в межах до 30 днів перед дослідженням (у дослідження включали пацієнтів кардіологічних відділень, які отримали лікування гострого періоду та не мають тяжких ускладнень).

До критеріїв виключення пацієнтів із дослідження відносили гострий психотичний епізод, виражене інтелектуально-мнестичне зниження, поведінкові і психічні розлади внаслідок регулярного зловживання психоактивними речовинами; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження та лікування; вік менше 18 років.

Вікові межі для сформованої вибірки респондентів визначалися вимогами госпіталізації в стаціонар для дорослих. Вік обстежених респондентів коливався від 22 до 65 років, із переважанням осіб середнього віку (31–40 років – 47,5 %; 41–50 років – 29,2 %) (табл. 2).

Середній вік обстежених контрольної групи ІМ склав (37,8±6,1), основної групи СД – (34,5±7,3). Достовірної різниці між групами за середнім віком не визначено ($\chi^2_{\text{емп}} < \chi^2_{\text{крит.}}$, $p \leq 0,01$), що й було передбачено критеріями формування вибірки осіб для включення до дослідження. Значуща ураженість осіб працездатного віку вказує на вагому соціальну значимість цієї медичної проблеми. Визначений розподіл хворих на даному етапі обстеження був обумовлений переважанням осіб працездатного віку в контингенті стаціонарних хворих усіх відділень, задіяних у дослідженні.

Таблиця 2. Розподіл обстежених осіб за віком (n=120)

Вік (роки)	Групи			
	Основна СД (n=60)		Контрольна ІМ (n=60)	
	N	%	N	%
> 20	–	–	–	–
21–30	6	10,0	4	6,7
31–40	27	45,0	30	50,0
41–50	17	28,3	18	30,0
51–60	6	10,0	6	10,0
> 60	4	6,7	2	3,3

За статеву структуру основну групу суїцидентів (СД) склали 34 жінки (56,7%) і 26 чоловіків (44,3%). Контрольна група хворих на інфаркт (ІМ) складалася відповідно з 23 жінок (38,3%) та 37 чоловіків (61,7%) (табл. 3.). Відповідно, переважання жінок в групі СД склало 12,4%. Такий розподіл не був типовим, загальнопопуляційний рівень завершених суїцидів приблизно в 6 разів вищий у чоловіків, ніж в жінок; натомість, кількість незавершених суїцидальних спроб вчетверо більша серед жінок. Переважання чоловіків в групі ІМ склало 23,4%, що відповідає популяційним тенденціям: у жінок до настання менопаузи ІХС трапляється значно рідше, ніж у чоловіків того ж віку. Інфаркт міокарда розвивається у жінок на 10–15 років пізніше, ніж у чоловіків, а больовий синдром нерідко має атиповий або поєднаний характер, що ускладнює ранню діагностику цього важкого захворювання. Отже, вищеописаний гендерний розподіл більшою мірою обумовлювався специфікою контингентів хворих, які зазвичай проходять лікування у психіатричних та кардіологічних стаціонарах Закарпатської області.

Таблиця 3. Розподіл обстежених осіб за статтю (n=120)

Стать	Групи			
	Основна СД (n=60)		Контрольна ІМ (n=60)	
	N	%	N	%
Чоловіки	26	44,3	37	61,7
Жінки	34	56,7	23	38,3

Достовірна різниця за статтю в групах також відсутня згідно з критеріями формування вибірки осіб для включення до дослідження ($\chi^2_{\text{емп}} < \chi^2_{\text{крит.}}$, $p \leq 0,01$).

Клінічну оцінку обстеження проводили за двома напрямками – оцінка актуального психічного стану на момент обстеження, клінічне інтерв'ю та ретроспективна оцінка життєвих подій та переживань, що передували випадкам госпіталізації. З цією метою використаний клініко-феноменологічний та клініко-психопатологічний методи дослідження у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта, характеристик аутоагресивної поведінки та коморбідних психопатологічних порушень.

Розлади психіки в процесі структурованого психопатологічного інтерв'ю діагностували згідно з критеріями розділу V «Психічні розлади» МКХ–10. Провідний психопатологічний синдром визначався відповідно до глосарію психопатологічних симптомів.

Результати та їх обговорення

Психопатологічні симптоми різного ступеня вираженості (феномени) були виявлені у 100% пацієнтів як основної, так і контрольної груп. Відповідно до «Глосарію психопатологічних синдромів і станів» вони були зведені в синдромальні комплекси: у пацієнтів з груп СД та ІМ було виявлено різну якісну та кількісну структуру окремих синдромів (табл. 4).

Таблиця 4. Розподіл обстежених осіб за провідним психопатологічним синдромом (n=120)

Провідний психопатологічний синдром	Групи			
	Основна СД (n=60)		Контрольна ІМ (n=60)	
	N	%	N	%
Тривожно-депресивний	3	5,0	17	28,4
Тужливо-депресивний	26	43,3	2	3,3
Депресивно-фобічний	–	–	12	20,0
Депресивно-параноїдний	7	11,7	–	–
Тривожно-фобічний	–	–	11	18,3
Тривожно-іпохондричний	–	–	8	13,3
Істеричний	3	5,0	–	–
Психопатоподібний	11	18,3	6	10,0
Наркоманічний	7	11,7	–	–
Сенесто-іпохондричний	3	5,0	4	6,7

У основній групі СД достовірно переважали тужливо-депресивний ($\phi^*=2,54$, $p=0,004$), депресивно-параноїдний і наркоманічний (відповідно $\phi^*=1,98$, $p=0,021$) та психопатоподібний синдроми ($\phi^*=2,24$, $p=0,015$), а також спостерігалася тенденція до переважання істеричного ($\phi^*=1,4$, $p=0,076$) синдрому. Натомість, в контрольній групі ІМ переважали тривожно-депресивний ($\phi^*=2,39$, $p=0,007$), депресивно-фобічний ($\phi^*=1,82$, $p=0,034$), тривожно-фобічний ($\phi^*=1,94$, $p=0,025$) тривожно-іпохондричний ($\phi^*=2,32$, $p=0,01$) синдроми. Такий синдромальний розподіл вказує на те, що в основній групі СД питома частка депресивних порушень складає понад 70%.

Пацієнти обох груп перебували у подібних умовах, на тлі тривалих хронічних психотравмуючих ситуацій у пацієнтів спостерігали стабілізацію невротичної симптоматики, подальший розвиток та ускладнення структури патологічного синдрому, а також формування нозологічно окреслених психічних розладів. Така динаміка психопатологічної симптоматики в процесі формування та подальшого перебігу психічних розладів була обумовлена взаємодією актуальних життєвих ресурсів пацієнта з біопсихосоціальними факторами навколишнього середовища: психотравмуючими факторами, особливостями особистісного реагування, закономірностями перебігу самого психопатологічного процесу. Варто зауважити, що в обох групах питома частка осіб з нозологічно окресленими психічними розладами складала понад 2/3, а саме: в групі СД – 88,3%, в групі ІМ – 76,6% (табл. 5). Решта клініко-феноменологічних проявів була кваліфікована в рамках психосоматичних розладів з вищевказаною синдромальною структурою.

В основній (СД) і контрольній(ІМ) групах пацієнтів провідною нозологічною категорією була депресія (відповідно 32 особи або 53,3% групи СД; 22 особи або 36,6% групи ІМ). У більшості пацієнтів з нозологічно окресленою депресією був депресивний епізод легкого або середнього ступеня тяжкості, вперше виявлений (відповідно 23 особи або 38,3% групи СД; 19 осіб або 31,7% групи ІМ). В групі СД, порівняно з групою ІМ, було виявлено накопичення осіб з рекурентним депресивним розладом (8,3% VS 3,3%) та депресивним/змішаним епізодом біполярного афективного розладу (6,7% VS 1,7%).

Частина пацієнтів з наявністю депресивних синдромів (їх загальна кількість сягала 60% в групі СД та 51,6% в групі ІМ) були верифіковані як такі, що мали на першій осі діагноз реакції на тяжкий стрес, тривожного розладу або зловживання ПАР (насамперед алкоголем). Варто зауважити, що останні дві нозологічні категорії в основній і контрольній групах розподілилися протилежним чином. В групі СД частка осіб зі зловживанням ПАР сягала 18,3%, порівняно з 10,0% в групі ІМ. Навпаки, в групі ІМ частка осіб з тривожними розладами (в тому числі з фобічними проявами внаслідок перенесеного ІМ) складала 21,7%, порівняно з 5,0% в групі СД. Тяжкість психічних та психосоматичних розладів позитивно корелювала з тяжкістю суїцидальної налаштованості за Колумбійською шкалою оцінки тяжкості суїциду (C-SSRS) ($r_s=0,643$, $r_s>r_s$ кр, $p\leq 0,01$), а їх патоморфоз полягав у збільшенні алекситимії і прихованої ворожості.

Висновки

Пацієнти обох груп перебували в умовах тривалих хронічних психотравмуючих ситуацій, що обумовлювало появу психопатологічних симптомів, розвиток та ускладнення структури патологічних синдромів, а також формування нозологічно окреслених психічних розладів. Психопатологічні синдроми різного ступеня вираженості мали 100% пацієнтів обох груп. В основній групі достовірно переважали тужливо-депресивний, депресивно-параноїдний, а також наркоманічний та психопатоподібний синдроми. В контрольній групі переважали тривожно-депресивний, депресивно-фобічний, тривожно-фобічний і тривожно-іпохондричний синдроми. Питома частка осіб з психічними розладами складала понад 2/3, а саме: в групі СД 88,3%, в групі ІМ 76,6%, причому в обох групах переважали депресивні розлади. Частина пацієнтів з наявністю депресивних синдромів була верифікована як такі, що мали на першій осі діагноз тривожного розладу або зловживання ПАР (насамперед алкоголем) із переважанням першого в групі ІМ, а другого – в групі СД. Тяжкість психічних та психосоматичних розладів позитивно корелювала з тяжкістю суїцидальної налаштованості за C-SSRS.

Проведений клініко-психопатологічний та клініко-статистичний аналіз обстежених осіб після незавершеної суїцидальної спроби і хворих на інфаркт міокарда виявив певні спільні характеристики аутоагресивної поведінки,

Таблиця 5. Розподіл обстежених осіб за провідним психічним розладом (n=120)

Психічний розлад	Групи			
	Основна СД (n=60)		Контрольна ІМ (n=60)	
	N	%	N	%
ВДР, вперше виявлений	23	38,3	19	31,7
ВДР, рекурентний	5	8,3	2	3,3
БАР, депресивний/змішаний епізод	4	6,7	1	1,7
Тривожні розлади	3	5,0	13	21,7
Реакції на тяжкий стрес	4	6,7	5	8,3
Розлади особистості	3	5,0	–	–
Зловживання ПАР	11	18,3	6	10,0
ВСЬОГО	53	88,3	46	76,7

отже – суїцидальної небезпеки пацієнтів, основою для якої в першу чергу можуть служити нерозгорнуті, абортівні, часом субклінічні неспсихотичні психічні розлади, насамперед депресивного спектра. Найбільш значущим є переживання пацієнтом стерпного конфлікту з почуттям внутрішньої напруженості, втратою інтересу до життя і кумулюванням негативних емоцій. Наші результати підтверджують існуючі рекомендації для скринінгу пацієнтів з інфарктом міокарда щодо депресії та суїцидальних думок.

Список використаної літератури

1. Александровский Ю. А. Пограничные психиатрические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
2. Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике / Вельтищев Д. Ю., Марченко А. С., Серавина О. Ф. [и соавт.] // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 5. – С. 17–21.
3. Бачериков Н. Е. Клиническая психиатрия / Н. Е. Бачериков. – К. : Здоровье, 1989. – 490 с.
4. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний: методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний / под ред. В. С. Ястребова, А. К. Ануфриева, М. А. Лисиной. – Москва, 1990. – 111 с.
5. Клинико-терапевтическая динамика нозогенных реакций при инфаркте миокарда / В. Н. Корниенко // Военно-медицинский журнал. – 2008. – № 5. – С. 55–56.
6. Розанов В. А. Нейробиологические аспекты самоубийств и перспективы изучения биомаркеров суицидального поведения в Украине. В кн.: Суицидология. Теория и практика. – К. : Изд-во КИВД, 1998. – С. 71–73.
7. Хаустова О. О. Самоубийства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року / О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, Вип. 4 (77). – С. 71–73.
8. Чабан О. С. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Журнал психіатрії та медичинської психології. – 2009. – № 3 (23). – С. 13–21.
9. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. – К. : ТОВ ДСГ Лтд, 2004.
10. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология. – Днепрпетровск, 2006. – 742 с.
11. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы / Л. Н. Юрьева // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, Вип. 1 (50). – С. 34–36.
12. Chaix B. Neighborhood socioeconomic deprivation and residential instability: effects on incidence of ischemic heart disease and survival after myocardial infarction / V. Chaix, M. Rosvall, J. Merlo // Epidemiology. – 2007. – № 18. – P. 104–111.
13. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association / J. H. Lichtman, J. T. Jr. Bigger, J. A. Blumenthal [et al.] // Circulation. – 2008. – № 118. – P. 1768–1775.
14. Ferketich A. K. Psychological distress and cardiovascular disease: results from the 2002 National Health Interview Survey / A. K. Ferketich, P. F. Binkley // Eur. Heart J. – 2005. – № 26. – P. 1923–1929.
15. Hawton K. Suicide / K. Hawton, K. van Heeringen // The Lancet. – 2009. – № 373. – P. 1372–1381.
16. Jones S. R. A new look at the neural diathesis–stress model of schizophrenia: the primacy of social-evaluative and uncontrollable situations / S. R. Jones, C. Fernyhough // Schizophr. Bull. – 2007. – Vol. 33, № 5. – P. 1171–1178.
17. Kishi Y. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury / Y. Kishi, R. G. Robinson, J. T. Kosier // Psychosomatics. – 2001. – № 42. – P. 382–390.
18. Lesperance F. Depression in patients with cardiac disease: a practical review / F. Lesperance, N. Frasure-Smith // J. Psychosom. Res. – 2000. – № 48. – P. 379–391.
19. Mann J. J. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior / J. J. Mann, V. Arango // Journal of Clinical Psychopharmacology. – 1992. – № 12. – S. 2–7.
20. Mann J. J. Neurobiology of suicidal behaviour / J. J. Mann // Nat. Rev. Neurosci. – 2003. – № 4. – P. 819–828.
21. Monroe S. M., Hadjiyannakis H. The social environment and depression: Focusing on severe life stress / Gotlib I. H., Hammen C. L., editors // New York: Guilford Press; Handbook of Depression. – 2002.
22. Myocardial Infarction and Risk of Suicide. A Population-Based Case-Control Study / K. K. Larsen [et al.] // Circulation. – 2010. – Vol. 122. – P. 2388–2393.
23. Placido A. Association between suicide and cardiovascular disease: time series of 27 years / A. Placido, A. C. Sposito // Int. J. Cardiol. – 2009. – № 135. – P. 261–262.
24. Qin P. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997 / P. Qin, E. Agerbo, P. B. Mortensen // Am. J. Psychiatry. – 2003. – № 160. – P. 765–772.
25. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis / R. Rugulies // Am. J. Prev. Med. – 2002. – № 23. – P. 51–61.
26. van Heeringen C. Suicidal brains: A systematic review of structural and functional brain studies in association with suicidal behaviour // C. van Heeringen, S. Byttember, K. Godfrin // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2011. – № 35. – P. 688–698.
27. Williams J. M. G., Psychological aspects of the suicidal process / Williams J. M. G., Pollock L., vanHeeringen K, editor. West Sussex, England: Wiley; In: Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention, 2001.
28. Yang B., Clum G. A. Suicide and Life-Threat Behavior. – 1994. – Vol. 24, № 2. – P. 127–139.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, И ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

А. П. Романів

Большинство стресс-диатез моделей психосоматических расстройств предполагают, что все люди имеют определенный уровень диатеза для любого болезненного состояния. Они могут отличаться относительно точки, в которой развиваются расстройства в зависимости от выраженности факторов риска и степени воздействия стресса. Целью исследования было выявление общих клинико-психопатологических характеристик аутоагрессивного поведения на примере 60 человек после незавершенной суицидальной попытки и 60 больных инфарктом миокарда. Пациенты обеих групп находились в условиях длительных хронических психотравмирующих ситуаций, что обуславливало появление психопатологических симптомов, развитие и усложнение структуры патологических синдромов, а также формирование нозологически очерченных психических расстройств. Психопатологические синдромы различной степени выраженности имели 100% пациентов обеих групп. В основной группе СД достоверно преобладали тоскливо-депрессивный, депрессивно-параноидный, а также наркоманический и психопатоподобный синдромы. В контрольной группе ИМ преобладали тревожно-депрессивный, депрессивно-фобический, тревожно-фобический и тревожно-ипохондрический синдромы. Удельный вес лиц с психическими расстройствами составлял более 2/3, а именно: в группе СД 88,3%, в группе ИМ 76,6%, причем в обеих группах преобладали депрессивные расстройства. Часть пациентов с наличием депрессивных синдромов была верифицирована как имевшие на первой оси диагноз тревожного расстройства или злоупотребления ПАВ (прежде всего алкоголем) с преобладанием первого в группе ИМ, а второго – в группе СД. Тяжесть психических и психосоматических расстройств положительно коррелировала с тяжестью суицидальной настроенности по С-SSRS. Проведенный клинико-психопатологический и клинико-статистический анализ обследованных контингентов обнаружил, что основой для аутоагрессии в первую очередь могут служить неразвернутые, абортивные, субклинические неспсихотичные психические расстройства, прежде всего депрессивного спектра. Наши результаты подтверждают существующие рекомендации для скрининга пациентов с инфарктом миокарда по депрессии и суицидальным мыслям, как и лиц с незавершенными суицидальными попытками.

Ключевые слова: психическое расстройство, ведущий психопатологический синдром, тревога, депрессия, суицидальная попытка, инфаркт миокарда.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND THE PERPETRATORS OF SUICIDE ATTEMPT

A. Romaniv

Most of the stress-diathesis model of psychosomatic disorders suggest that all people have a certain level of diathesis for any disease. They may differ the point of the disorder develops depending on the severity of the risk factors and the impact of stress. The aim of the study was to identify common characteristics of clinical and psychopathological autoaggressive behavior on the example of 60 people after an incomplete suicide attempt and 60 patients with myocardial infarction. Patients in both groups were in a long-term chronic traumatic situations that causes the appearance of psychopathological symptoms, development and complexity of the structure of pathological syndromes, as well as the formation of nosologically-defined mental disorders. Psychopathological syndromes of varying severity were 100% in both groups. In the study SD group was significantly prevailed melancholy-depressive, depressive-paranoid, as well as narcotics and psychopathic syndromes. In the control MI group prevailed anxiety-depressive, depressive-phobic, anxious-phobic and anxious-hypochondriacal syndromes. The proportion of persons with mental illness was more than 2/3, namely, in the SD group, 88.3% and 76.6% MI group, wherein both groups dominated depressive disorder. Part of patients with depressive syndromes have diagnosis of anxiety disorder or substance abuse (especially alcohol) at first axis with a predominance of anxiety in MI group, and the abuse – in the SD group. The severity of psychiatric and psychosomatic disorders was positively correlated with the severity of suicidal feelings on C-SSRS. Thus, our clinical-psycho-pathological and clinical-statistical analysis of the surveyed contingents found that the basis for self-aggression in the first place can serve as a non-deployed, abortive, subclinical psychotic mental disorders, especially depressive spectrum. Our results support the current recommendations for screening patients with myocardial infarction depression and suicidal thoughts, as well as those with incomplete suicide attempts.

Key words: mental disorder, leading psychopathological syndrome, anxiety, depression, suicide attempt, myocardial infarction.