

УДК 616.89-008.441.44-084

А. М. Бачериков, д-р мед. наук, керівник відділу невідкладної психіатрії та наркології, Е. Г. Матузок, канд. мед. наук, ст. наук. співробітн. відділення невідкладної психіатрії та наркології, Р. В. Лакінський, аспірант, Т. В. Ткаченко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА ЇЇ ПРОФІЛАКТИКА (Огляд літератури)

У статті подано огляд літератури щодо вивчення чинників ризику, антиризиків та способів профілактики суїцидальної поведінки. Показано, що основними чинниками ризику є наявність психічного розладу, наявність суїцидальних спроб у минулому, суїцидальні спроби у близьких родичів, імпульсивність, залежність від психоактивних речовин, психотичний рівень психічного розладу, важкі соматичні хвороби.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, психічні розлади, профілактика суїцидальних хворих.

Завершені самогубства здійснюються у світі з частотою щонайменше 16,7 на 100 000 населення, вони є чотирнадцятою причиною смерті (за кількістю померлих) і складають приблизно 1,5 % від усіх смертей у світі [1]. Смертність внаслідок суїцидів займає четверте місце серед причин смерті внаслідок СНІД, серцево-судинних, онкологічних захворювань і нещасних випадків у результаті дорожнього транспортних пригод [2]. Україна з показником 11 тис. самогубств за рік зайняла 8 місце у світі за кількістю здійснення суїцидів [3].

За період з 1950 по 2004 роки частота самогубств у світі істотно зросла, особливо у чоловіків. У підлітків ризик нелетального та летального самоушкодження є дуже високим. Частота незавершених самогубств значно вища у жінок порівняно з чоловіками [4]. За деякими прогнозами смертність внаслідок суїцидів впродовж 2002—2030 років зросте на 50 % [5, 6]. Профілактика самогубств — один з головних напрямків діяльності служб захисту психічного здоров'я у багатьох країнах світу [4].

У останній час під терміном «суїцидальність» спеціалісти розуміють: 1) завершені самогубства; 2) суїцидальні спроби; приготування до спроби піти з життя; 3) суїцидальні думки; 4) нанесення собі ушкоджень без бажання піти з життя; нанесення собі ненавмисних ушкоджень; 5) поведінку, що призводить до нанесення собі шкоди без усвідомлення існування суїцидальних намірів [8].

Причини суїцидальної поведінки дуже складні та численні. Вони полягають у біологічних, генетичних, психологічних і соціальних чинниках.

Факторами ризику скоєння суїциду є такі.

1. Демографічні фактори. Для завершені спроби накласти на себе руки факторами ризику є чоловіча стать, підлітковий, чи похилий вік. Факторами ризику для незавершеної суїцидальної спроби є жіноча стать, молодий вік, відсутність шлюбу, низький рівень освіти, безробіття. Відмінності у частоті завершених самогубств у чоловіків та жінок зумовлені тим, що чоловіки частіше вживають більш брутальні методи самогубства [8].

2. Психопатологічні фактори. Одним з найважливіших факторів, що сприяє розвитку суїцидальної

поведінки, є наявність психічного захворювання, яке ускладнює адаптацію до соціального оточення не лише самого хворого, але й членів його сім'ї [9, 10]. Результати досліджень свідчать, що 90—95 % суїцидентів у момент здійснення суїциду перебували у стані психічного розладу. Як для завершених, так і для незавершених самогубств основними факторами ризику є імпульсивність, психотичний рівень психічного розладу, маніфест захворювання, розлади настрою, наявність розладів особистості, залежність від алкоголю/наркотиків [8, 11]. Психічно хворі на шизофреноподібні та емоційні розлади мають майже удвічі вищий суїцидальний ризик. Хвороби, що пов'язані із залежністю від психоактивних речовин, супроводжуються не тільки високим ризиком скоєння суїциду, а і значно підвищують ризик вмерти від інших видів насильницької смерті [12].

Одним з найбільш небезпечних аспектів проблеми суїцидів серед населення різних країн світу є достатньо високий показник повторних аутоагресивних дій. Від 15 до 23 % пацієнтів, раніше госпіталізованих по приводу аутоагресивних дій, повторюють подібні дії протягом року, причому найбільший ризик повторення спостерігається в найближчі тижні після здійснення аутоагресивних дій. Від 3 до 5 % таких пацієнтів закінчують життя суїцидом протягом 5—10 років після першої суїцидальної спроби [13]. Попередня суїцидальна спроба вважається одним з найбільш значущих предикторів завершеного суїциду [14].

3. Психологічні фактори. Такими факторами є особисте відчуття можливості вкоротити собі віку; сексуальне чи фізичне насильство, що мало місце у дитинстві; занадто активний пошук допомоги у вирішенні своїх проблем; підвищена емоційна реактивність; агресивні/імпульсивні риси особистості; відчуття песимізму та втрати надії; низька самооцінка; психологічна закритість. Кожен з цих факторів підвищує психологічний дистрес до такого рівня, коли він стає занадто сильним. Самогубство у цій ситуації стає засобом уходу від психотравмуючої ситуації [15].

4. Біологічні фактори. Багато досліджень спрямовано на пошук локалізації генетичного носія схильності до самогубств [16], але на сьогоднішній день це питання залишається відкритим. Встановлено, що біологічними маркерами високого суїцидального ризику є порушення нейромедіаторного забезпечення в головному мозку; низька концентрація 5-гідроксиіндолацетової кислоти у спинномозковій рідині; порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи (ГАС); низький рівень холестерину у крові чоловіків; деякі захворювання (інсульт, хвороба Геттінгтона, епілепсія).

Проведена велика кількість досліджень, які продемонстрували ушкодження обміну нейромедіаторів та вади нейроендокринної системи у суїцидентів. Показані асоціації між самогубною поведінкою та станом серотонінергічної системи мозку [17]. У хворих,

що вкоротили собі віку, часто мають місце порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи. Наприклад, відсутність пригнічення функції ГГАС у відповідь на введення дексаметазону асоціюється із 14-кратним підвищенням ризику здійснення спроби піти з життя [18]. У суїцидентів при посмертному дослідженні норадренергічної системи знайдено зменшення кількості норадренергічних нейронів у *locus coeruleus*; підвищення рівня тирозингідроксилази у стовбурі мозку; зниження кількості постсинаптичних адренергічних рецепторів у корі мозку. Найбільш значущими біохімічними предикторами суїцидальної поведінки вважають низький рівень 5-гідроксиіндолацетової кислоти у спинномозковій рідині, яка є основним метаболітом сертоніну [19].

5. Психічні травми. На сьогоднішній день пріоритет мають інтегруючі моделі формування суїцидальної поведінки, у яких на фоні психопатологічних, психологічних та біологічних чинників життєвий стрес є пусковою ланкою для здійснення суїциду. Особи, що зайняті на роботі, яка пов'язана із частим стресом (лікарі, військово-службовці), мають більш високий ризик суїцидальної поведінки [20].

6. Інші фактори. До цієї групи факторів відносять доступ до вогнепальної зброї та медикаментів; хронічні хвороби та хвороби у термінальній стадії [21].

Антисуїцидальними факторами є такі: релігійні вірування; моральне неприйняття самогубства; соціальна підтримка; наявність близьких стосунків у родині. Вагітність та присутність малих дітей у домі знижують частоту самогубних спроб [4, 21, 22].

Багато досліджень присвячено вивченню механізмів формування суїцидальної поведінки. Група дослідників [23] вивчила 25 321 суїцидальну спробу — всі зареєстровані у Фінляндії серйозні спроби піти з життя, що були скоєні впродовж 1996—2003 років і привели до госпіталізації. Впродовж 8 років спостереження зафіксовано 18 199 первинних спроб вкоротити собі віку, а 7 122 хворих мали суїцидальну спробу у анамнезі. З'ясувалося, що 18 % осіб, що намагалися вкоротити собі віку, страждали на хвороби шизофренічного спектру, 28 % хворіли на афективні розлади, більше 33 % обстежених мали різного роду психічні розлади, пов'язані із вживанням алкоголю [24].

Найбільш частим способом скоєння самогубної спроби серед жінок є самоотруєння. Частота повторних спроб у жінок була більшою порівняно із чоловіками. Найвищий ризик повторення самогубства спостерігався у віковій групі 30—40 років. Особи, що мали діагноз психічної хвороби (включаючи розлади, пов'язані із вживанням етанолу), частіше здійснювали спроби піти з життя, у тому числі і повторні. Найчастіше люди намагалися вкоротити собі віку у квітні, найбільш рідко — у грудні [23, 25].

У роботі J. J. Mann зі співавторами, яка написана за результатами дискусії провідних експертів у галузі суїцидології з 15 країн світу, розкриваються актуальні питання щодо профілактики самогубств [22]. Відзначається, що самогубства становлять значну проблему для охорони здоров'я у багатьох країнах світу. Одним з найбільш проблемних регіонів у цьому сенсі є Східна Європа, де у 10 країнах частота завершених суїцидальних спроб перевершувала 27 на 100 000 населення. У 2002 році у США було здійснено 31 655 завершених самогубств, що склало 11 на 100 000 населення. Близько 0,6 % населення країни вчинили незавершену спробу піти

з життя; приблизно 3,3 % мали самогубні думки. За приблизними оцінками загальні матеріальні збитки від суїцидальної поведінки у США у тому році сягнули \$11 800 000 [1, 267].

Профілактика самогубств має бути різноплановою, із особливим акцентом на проблеми психічного здоров'я. Розрізняють первинну, вторинну та третинну профілактику самогубств. Первинна профілактика має на меті зменшення кількості реалізованих нових самогубств у даній популяції. Вторинна профілактика має сприяти зменшенню вірогідності здійснення суїцидальних спроб тими особами, які вже здійснили спробу піти з життя і перебувають у зоні підвищеного ризику. Третинна профілактика спрямована на зменшення кількості спроб самогубства, які виникають у відповідь на завершеної/незавершеної спроби самогубства, що мала місце у тій, чи іншій місцевості [27].

Автори [21] пропонують 5 основних напрямків профілактичної роботи, які можуть призвести до зменшення кількості суїцидів:

1. Просвітницькі та навчальні програми для широких верств населення та спеціалістів соматичної практики;
2. Широке впровадження скринінг-методів задля виявлення осіб, що перебувають у групах підвищеного ризику;
3. Покращання результатів лікування осіб з психічними розладами;
4. Обмеження доступу до засобів реалізації самогубств;
5. Розроблення політики щодо висвітлення проблеми у засобах масової інформації.

Просвітницькі компанії для населення мають на меті покращити розпізнавання ступеня суїцидального ризику; факторів ризику самогубства, зокрема, психічних захворювань. Треба також домагатися знизити рівень стигматизації психічно хворих та самогубців. Особливу увагу під час проведення просвітницької роботи слід звернути на молодь [28].

Депресія та інші психічні розлади, зазвичай, не вчасно діагностуються лікарями загальної практики. У той же час профілактичні заходи на цьому рівні дуже важливі. Приблизно 83 % тих, хто наклав на себе руки відвідували лікаря загальної практики впродовж року, що передував їх загибелі; а 66 % цих людей зверталися до такого спеціаліста впродовж місяця перед смертю.

Клініцисти не повинні боїтися розпитувати хворих про суїцидальні думки, оскільки пацієнти часто відверто розповідають про свої переживання та наміри. Анамнез та клінічне дослідження відіграють провідну роль у оцінці ступеня суїцидального ризику. Використовуючи їх лікар може з'ясувати фактори ризику та антиризиків; зрозуміти рівень безпосередньої загрози; провести диференційний діагноз; розробити найбільш адекватну індивідуальну схему лікування. Досвід показує, що покращання рівня діагностики депресії веде до своєчасного початку її лікування і зменшення рівня самогубств.

Метою застосування скринінг-методів є своєчасне розпізнавання людей, що належать до групи ризику та своєчасне направлення їх на лікування до спеціалістів. Увагу слід приділяти не тільки самій суїцидальності, але і факторам ризику — в першу чергу депресії, різним видам хімічної залежності. Основним контингентом дослідження мають бути учні старшої школи, студенти, малолітні правопорушники, та молодь в цілому [29].

Лікування психічних розладів — центральна складова профілактики самогубств. Основним методом

лікування була і залишається психофармакотерапія. Призначення антидепресантів полегшує перебіг депресії та інших психічних хвороб. Багатообіцяючі результати було отримано при застосуванні таких видів психотерапії, як когнітивна, міжособистісна, психоаналітично орієнтована. Пацієнти, що схильні до здійснення самогубства, нерідко відмовляються від прийому медикаментів та відвідування лікаря, тому проведення патронажу відіграє суттєву роль у профілактиці суїцидів.

Обмеження доступу до засобів реалізації самогубств є важливим щодо профілактики суїцидальної поведінки. Суїцидальні спроби, у яких використовуються високолетальні методи (вогнепальна зброя, пестициди, тощо) часто призводять до загибелі. Самогубства такого типу різко йдуть на спад після запровадження жорсткого контролю за реєстрацією зброї; обмеження застосування пестицидів; детоксикації варильного газу; встановлення обмежуючих бар'єрів на площадках, що розташовані у високих місцях, і з яких легко стрибнути вниз; застосування нових, менш токсичних антидепресантів. Свого часу ускладнення доступу до алкоголю у Радянському Союзі та Ісландії призвело до істотного зниження рівня самогубств у цих країнах.

Засоби масової інформації мають неоднозначний вплив на профілактику самогубств. Вони можуть виконувати просвітницьку місію, а можуть підвищувати ступінь суїцидального ризику, прикрашаючи самогубства, або подаючи їх як універсальний засіб вирішення усіх проблем. Велику турботу викликає Інтернет, де існують чати, на яких пропонуються інструкції щодо використання тих чи інших способів самогубства [30].

Таким чином, у цьому огляді літератури виділені основні фактори ризику, антиризиків, основні методи профілактики суїцидальної поведінки.

Список літератури

1. World Health Organization. (Table) [www document]. Suicide prevention (SUPRE). Geneva, Switzerland URL. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. — 2007.
2. WHO | Suicide rates per 100,000 by country, year and sex (Table) [www document]. URL. http://who.int/mental_health/prevention/suicide_rates. — 2011.
3. Завершённыe самоубийства в городе Харькове (1999—2002 годы) [Текст] / П. В. Волошин, А. Н. Бачериков, Н. Н. Бровина [и др.] // Український вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, вип. 4 (41). — С. 5—7.
4. Suicide and suicidal behavior [Text] / M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet [et al.] // Epidemiological review. — 2008. — Vol. 30, № 1. — P. 133—154.
5. World Health Organization [www document]. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. — Geneva, Switzerland: World Health Organization. — 2007.
6. Bertolote, J. M. A global perspective in the epidemiology of suicide [Text] / J. M. Bertolote, A. A. Fleishmann // Suicidology. — 2002. — Vol. 7. — P. 6—8.
7. Posner, K. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants [Text] / K. Posner, M. A. Oquendo, M. Gould [Text] // Am J Psychiatry. — 2007. — Vol. 164. — P. 1035—1043.
8. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys [Text] / M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet [et al.] // Br J Psychiatry. — 2008. — Vol. 192. — P. 98—105.
9. Марута, Н. О. Особливості потребово-емоційної сфери у хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади з суїцидальним ризиком [Текст] / Н. О. Марута, І. О. Явдак, О. С. Черediaкова // Український вісник психоневрології. — 2011. — Т. 19, вип. 3 (68). — С. 50—53.

10. Юрьева, Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы [Текст] / Л. Н. Юрьева // Там само. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 34—36.

11. Nock, MK. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey [Text] / M. K. Nock, R. C. Kessler // J. Abnorm Psychol. — 2006. — Vol. 115 — P. 616—23.

12. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996—2003 [Text] / J. Haukka, K. Suominen, T. Partonen [et al.] // Am J of Epidemiology. — 2008. — Vol. 167. — P. 1155—1163.

13. Чумак, С. А. Сравнительные характеристики некоторых показателей лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями [Текст] / С. А. Чумак, Г. Я. Пилягина // Архив психиатрії. — 2005. — Т. 11, № 2. — С. 13—18.

14. Пилягина, Г. Я. Применение комплексных методов диагностики при аутоагрессивном поведении [Текст] / Г. Я. Пилягина // Таврический журнал психиатрии. — 2003. — Т. 7, № 3 (24). — С. 79—82.

15. Brezo, J. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review [Text] / J. Brezo, J. Paris, G. Turecki // Acta Psychiatr Scand. — 2006. — Vol. 113. — P. 180—206.

16. Baldessarini, RJ. Genetics of suicide: an overview [Text] / R. J. Baldessarini, J. Hennen // Harv Rev Psychiatry. — 2004. — Vol. 12. — P. 1—13.

17. Carballo, J. J. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings [Text] / J. J. Carballo, C. P. Akamnonu, M. A. Oquendo // Arch Suicide Res. — 2008. — Vol. 12. — P. 93—110.

18. Coryell, W. The dexamethasone suppression test and suicide prediction [Text] / W. Coryell, M. Schlessler // Am J Psychiatry. — 2001. — Vol. 158. — P. 748—753.

19. CSF 5- HIAA, suicide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high-risk suicide attempters [Text] / M. Samuelsson, J. Jokinen, AL. Nordstrom [et al.] // Acta Psychiatr Scand. — 2006. — Vol. 113. — P. 44—7.

20. Suicide among regular-duty military personnel: a retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide [Text] / M. J. Mahon, J. P. Tobin, D. A. Cusack [et al.] // Am J Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 1688—96.

21. Mann, JJ. Suicide prevention strategies: a systematic review [Text] / JJ. Mann, A. Apter, J. Bertolote [et al.] // JAMA. — 2005. — Vol. 294. — P. 2064—74.

22. United Nations. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York, NY: United Nations. — 1996.

23. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996 — 2003 [Text] / J. Haukka, K. Suominen, T. Partonen [et al.] // Am J of Epidemiology. — 2008. — Vol. 167. — P. 1155—1163.

24. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study [Text] / [D. Owens, C. Wood, DC. Greenwood et al.] // Br J Psychiatry. — 2005. — Vol. 187. — P. 470—5.

25. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study [Text] / N. Kapur, J. Cooper, S. King-Hele [et al.] // J Clin Psychiatry. — 2006. — Vol. 67. — P. 1599—609.

26. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990—1992 to 2001—2003 [Text] / R. C. Kessler, P. Berglund, G. Borges [et al.] // JAMA. — 2005. — Vol. 293. — P. 2487—2495.

27. Johansson, L. Teenage suicide cluster formation and contagion: Implications for primary care [Text] / L. Johansson, P. Lindqvist, A. Eriksson // BMC Fam Pract. — 2006. — P. 7—32. Available: <http://www.biomedcentral.com>

28. Reducing Suicide: A National Imperative [Text] / [S. K. Goldsmith, T. C. Pellmar, A. M. Kleinman et al.] // Washington, DC: National Academies Press. — 2002.

29. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression [Text] / [D. Shaffer, M. Scott, H. Wilcox et al.] // J Am Acad Child Adolesc psychiatry. — 2004. — Vol. 43. — P. 71—79.

30. Ganz, D. Secondary prevention of suicide [Text] / D. Ganz, M. D. Braquehais, L. Sher // PloS Med. — 2010. — Vol. 7, № 6. — e1000271 p. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000271

Надійшла до редакції 27.01.2012 р.

А. Н. Бачериков, Э. Г. Матузок, Р. В. Лакинский, Т. В. Ткаченко
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
 НАМН Украины» (г. Харьков)

**Суицидальное поведение и его профилактика
 (Обзор литературы)**

В статье представлен обзор литературы, посвящённой изучению факторов риска, антириска и способов профилактики суицидального поведения. Показано, что основными факторами риска являются наличие психического расстройства, наличие суицидальных попыток в прошлом, суицидальные попытки у близких родственников, импульсивность, зависимость от психоактивных веществ, психотический уровень психического расстройства, тяжёлые соматические болезни.

Ключевые слова: суицидальное поведение, психические расстройства, профилактика суицидальных больных.

A. N. Bacherikov, E. G. Matuzok, R. V. Lakinskiy, T. V. Tkachenko
 State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
 of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

**Suicidal behavior and its prophylaxis
 (Review of literature)**

The review of literature, devoted the study of factors of risk, antirisk and methods of prophylaxis of suicidal behavior is presented in the article. It is routine that the basic factors of risk are a presence of psychological disorder, presence of suicidal attempts in the past, suicidal attempts in relatives, impulsiveness, dependence from alcohol and narcotics, psychotics level of psychological disorder, serious somatic illnesses.

Key words: suicidal behavior, mental disorders, suicide prevention in patients.

УДК 616.89-02:547.262-037

*В. В. Гегешко, заочний аспірант відділу профілактики та лікування
 алкоголізму*
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ПРЕДИКТОРИ ПЕРШОГО ЕПІЗодУ СИНДРОМУ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ З ДЕЛІРІЕМ

Проведено порівняльне дослідження 120 осіб чоловічої статі віком 20—60 років, які перебували на стаціонарному протиалкогольному лікуванні, 60 чоловіків з першим епізодом синдрому відміни алкоголю з делірієм (пСВА з делірієм) та 60 — з неускладненим синдромом відміни алкоголю (СВА без делірію). Пацієнти з пСВА з делірієм достовірно відрізнялися від пацієнтів з СВА без делірію більш високою толерантністю, більшим періодом утримання від алкоголю та наявністю тривалого неспання перед госпіталізацією, давністю основних складових залежності не довше 10 років, значним тремором та почуттям нестабільності, астеничним соматотипом, обтяженою спадковістю, наявністю гепатиту С в анамнезі, самотністю, низькими доходами, відсутністю попередніх госпіталізацій та диспансерного спостереження.

Ключові слова: синдром відміни алкоголю, перший епізод, делірій, предиктори, схильність, резистентність

Незважаючи на те, що за останні роки в Україні вдвічі знизилась захворюваність на алкогольні психози (з 21,6 на 100 тис. населення у 2000 році до 10,68 на 100 тис. населення у 2010 році), наша країна займає п'яте місце у світі за рівнем середнє душевого споживання алкоголю (15,6 л), а захворюваність на розлади внаслідок споживання алкоголю (42 733 особи у 2010 році) перевищує разом взятю захворюваність на шизофренію (7 851 особи у 2010 році), афективні розлади (4 771 особи у 2010 році) та невротичний стрес (24 335 особи у 2010 році) [1—2]. Близько 1,5 % смертей в усьому світі пов'язано з вживанням алкоголю, до того ж це призводить до значних соціальних та економічних втрат [3—5]. Одним з найбільш важких проявів алкогольної залежності, яке безпосереднє загрожує життю пацієнта, є синдром відміни алкоголю з делірієм. Незважаючи на встановлення низки факторів ризику розвитку алкогольного делірію, достеменно не ясно які з них є провідними, а які — другорядними, та на які можна впливати та доведено знижувати ризик розвитку першого епізоду синдрому відміни алкоголю з делірієм [6—8].

Мета дослідження: виявити чинники схильності та резистентності розвитку першого епізоду синдрому відміни алкоголю з делірієм.

Проведено порівняльне дослідження 120 чоловіків у віці 20—60 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у наркологічному відділенні Сумського обласного наркологічного диспансеру, з них — 60 осіб з першим епізодом синдрому відміни алкоголю з делірієм (пСВА з делірієм) та 60 осіб — з неускладненим синдромом відміни алкоголю (СВА без делірію). Методи: клініко-психопатологічний з використанням оцінки залежності та синдрому відміни алкоголю за МКХ-10 [9]; клініко-анамнестичний метод з використанням спеціально розробленого опитувальника; виявлення стійких психологічних характеристик (тест-опитувальник Айзенка); оцінка тяжкості алкогольної залежності за допомогою шкали SADQ-C (Т. Stockwell et al.) [10]; оцінка тяжкості синдрому відміни алкоголю за допомогою шкали The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) [3]; оцінка тяжкості синдрому відміни алкоголю з делірієм за допомогою шкали DRS (Delirium Rating Scale) [3]; статистичні методи з використанням пакету програм Statistica 6.0 [11, 12].

З метою визначення діагностичної значущості характеристик, які досліджувались у осіб з пСВА з делірієм та СВА без делірію, для кожної з них були розраховані діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності (MI) Кульбака для подальшого використання у складі послідовної процедури Вальда (у модифікації Є. В. Гублера) [12].

Суть діагностичної процедури Вальда полягає у тому, що розраховані для кожної ознаки (та їх сукупностей) ДК порівнюються із відповідними значеннями бажаного рівня достовірності диференціації. Так, наприклад, достовірності диференціації на рівні $p < 0,05$ відповідає значення прогностичних коефіцієнтів $S_{ДК} > 13$ одиниць (за модулем, оскільки ДК можуть приймати як позитивні, так і негативні значення, на рівні $p < 0,01$ — $S_{ДК} > 20$ одиниць, а на рівні $p < 0,001$ — $S_{ДК} < 30$ одиниць). В світлі цього стає зрозумілим, що кожна ознака може бути