

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Обследовано 225 пациентов с тревожными расстройствами: 124 пациента с наличием суицидального поведения (основная группа) и 101 пациент без признаков суицидального поведения (контрольная группа). Изучена клиничко-психопатологическая структура тревожных расстройств и ее связь с выраженностью суицидального риска. Выделены клиничко-психопатологические особенности конкретных форм тревожных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, в частности панического тревожного расстройства F 41.0., генерализованного тревожного расстройства F 41.1 и смешанного тревожно-депрессивного расстройства F 41.2.

Ключевые слова: тревожные расстройства, суицидальное поведение, клиничко-психопатологическая структура, паническое тревожное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство

В последнее десятилетие отмечается значительное усиление интереса к изучению проблемы тревожных состояний, что обусловлено универсальным характером патологии и высокой степенью распространенности тревожных расстройств во всем мире [1—3, 10, 12].

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 [4, 5, 12, 14, 15]. Установлена тесная взаимосвязь тревоги и самоповреждающего поведения, выявлен низкий ответ на терапию у данной категории больных [9, 13, 17, 18]. Несмотря на литературные ссылки о высоком уровне суицидального риска при различных вариантах тревожных расстройств, систематизированных исследований в данной области нет.

Цель настоящего исследования — изучить клиничко-психопатологические особенности тревожных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, и выявить предикторы суицидального поведения у данной категории больных.

В качестве методов исследования использовали клиничко-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, оценка симптомов и синдромов в динамике); психодиагностический метод (шкала Гамильтона для оценки тревоги [8], оценочная шкала депрессии Гамильтона [13], опросник выраженности психопатологической симптоматики [16], методика оценки уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера — Ханина [11], шкала определения выраженности суицидального риска [6], шкала оценки самосознания смерти [7]) и методы статистической обработки полученных данных (параметрические и непараметрические методы сравнительного анализа).

В исследовании приняли участие 124 пациента с тревожными расстройствами, в структуре которых

выявлены различные формы суицидального поведения, из них с паническим расстройством (F 41.0) — 41 пациент (33,1 % от выборки основной группы); с генерализованным тревожным расстройством (F 41.1) — 31 пациент (25,0 % от выборки основной группы); со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2) — 52 пациента (41,9 % от выборки основной группы). Контрольную группу составил 101 пациент с аналогичными формами патологии (F 41.0, F 41.1, F 41.2), в структуре которых суицидальное поведение не наблюдалось.

Анализ особенностей суицидального поведения показал, что у больных с паническим расстройством (F 41.0) отмечалось преобладание суицидальных мыслей, фантазирования, переживаний — в 63,4 % случаев (при $p < 0,05$), у больных с генерализованным тревожным расстройством (F 41.1) и со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F 41.2) — преобладание суицидальных решений, намерений и замыслов — в 61,3 % случаев (при $p < 0,05$) и в 71,2 % случаев (при $p < 0,01$), соответственно.

Сопоставление уровня выраженности суицидального риска и оценки самосознания смерти показало, что в группе больных с паническим расстройством (F 41.0) выявлен высокий уровень суицидального риска ($32,7 \pm 2,2$ балла) при достаточном уровне самосознания смерти ($29,8 \pm 3,3$ балла). У больных с генерализованным тревожным расстройством (F 41.1) и смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2) регистрировался высокий уровень суицидального риска ($41,3 \pm 2,5$ балла и $42,4 \pm 2,8$ балла, соответственно) при недостаточном уровне самосознания смерти ($18,2 \pm 1,7$ балла и $17,9 \pm 2,0$ балла, соответственно), что свидетельствовало о большей суицидогенной опасности данных форм тревожных расстройств.

В качестве **основных клиничко-психопатологических особенностей панического расстройства (F 41.0)**, сопровождающегося суицидальным поведением, были выделены (по данным шкалы SCL-90-R) наличие межличностной сензитивности (чувство личной неадекватности, неполноценности, самоосуждение, беспокойство и дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, высокая чувствительность ко всему происходящему вокруг и т. д.) — в 68,3 % случаев (при $p < 0,01$) и враждебности (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 $p < 0,05$); преобладание в тревожной симптоматике: страхов повторного панического приступа ($3,3 \pm 0,2$ балла) и расстройств сна ($3,1 \pm 0,3$ балла) тяжелой степени выраженности (при $p < 0,01$); сердечно-сосудистых тревожных эквивалентов ($2,8 \pm 0,2$ балла), тревожного напряжения ($2,7 \pm 0,2$) и вегетативных нарушений ($2,6 \pm 0,3$ баллов) умеренно-тяжелой степени (при $p < 0,05$).

Клинико-психопатологічний аналіз структури тривожних розстройств у больових с паническим розстройством (F 41.0) показав преобладание в структурі клінічних проявлєний підвищеної чутливості к критикє (в 75,6 % случаєв), трудностей в прийнятті рішень (в 58,5 % случаєв), зниження уровня інтересов (в 53,7 % случаєв). На фонє вираженої трєвоги, в клінікє емоціональних розстройств отмечалось преобладание гнева (в 48,8 % случаєв), отчаяния (в 46,3 % случаєв); неудолюбствия (в 39,0 % случаєв) и возмущения (в 24,4 % случаєв), при $p < 0,05$.

Среди розстройств поведєния наблюдалось преобладание експлозивных розстройств (импульсивность, раздражительность, вспыльчивость и т. д.) — в 41,5 % случаєв (при $p < 0,01$); среди соматовегетативных розстройств — вегетативно-висцеральных кризов смешанного характера (в 75,6 % случаєв, при $p < 0,05$), нарушєний сна (в 51,2 % случаєв) и нарушєний со стороны сердечно-сосудистой системы (в 41,5 % случаєв) (при $p < 0,01$).

При генерализованном трєвожном розстройстве (F 41.1) с суїцидальным поведєнием, по данным шкалы SCL-90-R, отмечалось преобладание фобической трєвожности (стойкая иррациональная и неадекватная реакция страха на определенных людєй, места, объектє или ситуации, вєдущая к избегающему поведєнию) — в 61,3 % случаєв (при $p < 0,01$) и соматизации (дистрєсс, возникающий из ощущения дисфункции внутренних органов и проявляющейся в болях, дискомфорте мускулатуры, соматических эквивалентах трєвожности) — в 38,7 % случаєв (при $p < 0,05$), наличие высокого уровня психического дистрєсса GSI (в 77,4 % случаєв) и высокой его интенсивности (PSDI) (в 64,5 % случаєв) (при $p < 0,05$).

В структуре трєвожной симптоматики больових с данной патологией (F 41.1) по результатам шкалы Гамильтона преобладали напряжение ($3,4 \pm 0,2$ балла, при $p < 0,05$), страхи (опасения) за здоровье и свою жизнь, здоровье близких и другие трєвожные предчувствия ($2,6 \pm 0,1$ балла, при $p < 0,01$), трєвожные соматические мышечные симптомы ($2,5 \pm 0,3$ балла) и трєвожные розстройства поведєния при осмотрє ($2,3 \pm 0,2$ балла) (при $p < 0,05$).

В структуре клинико-психопатологических проявлений у больових с трєвожным розстройством (F 41.1) среди моторных нарушєний преобладали двигательное беспокойство — в 38,7 % случаєв (при $p < 0,01$); среди розстройств мышления — ипохондрические идеи (в 45,2 % случаєв), отмечалась быстрая истощаемость психической деятельности (в 35,5 % случаєв, при $p < 0,05$); в клінікє емоціональных розстройств на фонє вираженої трєвоги преобладали страхи (в 61,3 % случаєв), ананкастные нарушения (в 54,8 % случаєв, при $p < 0,05$) и астенические розстройства (в 35,5 % случаєв, при $p < 0,01$); в клінікє соматовегетативных розстройств — сексуальные нарушения (в 48,4 % случаєв, при $p < 0,05$) и головные боли (в 45,2 % случаєв, при $p < 0,01$).

У больових со смешанным трєвожным и депрессивным розстройством (F 41.2), сопровождающимся суїцидальным поведєнием, по результатам опросника SCL-90-R преобладали межличностная сензитивность — в 76,9 % случаєв с высоким уровнем психического дистрєсса GSI (в 65,4 % случаєв, при $p < 0,01$) и высокой его интенсивностью (PSDI) (в 55,8 % случаєв, при $p < 0,05$).

В трєвожной симптоматикє у больових со смешанным трєвожным и депрессивным розстройством (F 41.2) доминировали (по результатам оценочной шкалы Гамильтона): инсомния ($3,2 \pm 0,3$ балла, при $p < 0,01$) в тяжелой степени; когнитивные нарушения (затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти) ($2,7 \pm 0,3$ балла, при $p < 0,05$) и трєвожное настроение ($2,6 \pm 0,3$ балла, при $p < 0,01$) в умеренно-тяжелой степени; депрессивное настроение ($1,9 \pm 0,1$ балла, при $p < 0,01$) в умеренной степени выраженности.

Анализ результатов шкалы Гамильтона (HDRS) у больових этой группы показав умеренную степень выраженности депрессии — $17,4 \pm 2,0$ баллов (при $p < 0,01$). Среди депрессивных проявлений у этих больових встречались: поздняя бессонница ($1,9 \pm 0,2$ балла), депрессивное настроение ($1,8 \pm 0,2$ балла) (при $p < 0,01$); психическая трєвога ($1,8 \pm 0,3$, при $p < 0,05$ балла), суїцидальные 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 $p < 0,01$).

Клинико-психопатологічний аналіз структури трєвожных розстройств у больових с данной патологией показав преобладание в клінікє депрессии трєвожного (в 51,9 % случаєв, при $p < 0,05$) и меланхолического (в 30,8 % случаєв, при $p < 0,01$) синдромов. Среди моторных розстройств у данных больових отмечалось преобладание двигательного беспокойства (в 48,1 % случаєв, при $p < 0,05$) и гипокинетических розстройств (в 25,0 % случаєв, при $p < 0,01$); среди розстройств мышления — повышенной чутливості к критикє (в 59,6 % случаєв, при $p < 0,05$); сужения уровня интересов (в 53,8 % случаєв, при $p < 0,01$); идей малочценности (в 46,2 % случаєв, при $p < 0,05$); ригидности мышления (в 36,5 % случаєв, при $p < 0,01$); нарушєний памяти (зрительной, кратковременной) (в 32,7 % случаєв, при $p < 0,05$); снижения уровня концентрации внимания (в 28,8 % случаєв, при $p < 0,05$); в клінікє емоціональных розстройств на фонє вираженої трєвоги отмечалось преобладание печали (грусти) (в 55,8 % случаєв, при $p < 0,05$); ангедонии (в 38,5 % случаєв), тоски (в 30,8 % случаєв), суточных колебаний настроения (в 30,8 % случаєв) (при $p < 0,01$); в клінікє нарушєний поведєния — ухудшение коммуникативных функций (в 69,2 % случаєв) и ананкастных розстройств (в 32,7 % случаєв) (при $p < 0,01$); среди соматовегетативных розстройств — доминирование нарушєний сна (в 51,9 % случаєв), снижения массы тела (в 42,3 % случаєв) (при $p < 0,01$); нарушєний аппетита (в 36,5 % случаєв, при $p < 0,05$), вегетативных нарушєний деятельности желудочно-кишечного тракта (в 32,7 % случаєв) и запоров (в 21,2 % случаєв) (при $p < 0,01$).

Выделенные особенности клинико-психопатологической структуры трєвожных розстройств, сопровождающихся суїцидальным поведєнием, могут выступать в качестве специфических диагностических маркеров суїцидального поведєния у данной категории больових.

Так, клинико-психопатологическими особенностями панического розстройства (F 41.0), с суїцидальным поведєнием в его структурє выступают: выраженная чутливость к критикє, трудности в прийнятті рішень, снижение уровня интересов; наличие эмоций

гнева, отчаяния, неудовольствия, возмущения; выраженные вторичные страхи повторного панического приступа, эксплозивные расстройства поведения; умеренно выраженные вегетативно-висцеральные кризисы смешанного характера, выраженные нарушения сна, умеренно выраженные вегетативные нарушения сердечно-сосудистой системы.

Среди клинико-психопатологических особенностей **генерализованного тревожного расстройства (F 41.1)** с суицидальным поведением выделены: наличие двигательного беспокойства; ипохондрических идей, быстрой истощаемости психики; выраженного тревожного напряжения, умеренно выраженного страха, боязни, неудовлетворенности собой; ананкастных и астенических расстройств поведения; сексуальных нарушений и головных болей.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) с суицидальным поведением в клинической картине характеризуется наличием тревожной и меланхолической форм депрессии умеренной тяжести; двигательного беспокойства, гипокINETических расстройств; чувствительности к критике, сужения уровня интересов, идей малоценности, ригидности мышления, нарушений памяти и снижения концентрации внимания, печали, ангедонии, тоски, суточных колебаний настроения; ухудшения коммуникативных функций, ананкастных расстройств поведения, выраженных нарушений сна, снижения массы тела, нарушения аппетита, вегетативных нарушений желудочно-кишечного тракта.

Полученные результаты следует учитывать при разработке и проведении дифференцированных терапевтических программ, направленных на профилактику суицидального поведения при тревожных расстройствах.

Список литературы

1. Александровский, Ю. А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии [Текст] / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8. — № 2. — С. 4—13.
2. Александровский, Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение [Текст] / Ю. А. Александровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 240 с.
3. Березанцев, А. Ю. Тревожные невротические расстройства у мужчин с ишемической болезнью сердца [Текст] / А. Ю. Березанцев, О. В. Володина // Российский психиатрический журнал. — 2005. — № 4. — С. 4—9.
4. Боро, М. П. Опыт организации работы с лицами с суицидальным риском и склонных к самоповреждению [Текст] / М. П. Боро, С. Я. Боро // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(54). — С. 70—72.
5. Психопатологические и психологические детерминанты суицидального риска при невротической болезни [Текст] / [П. В. Волошин, Н. А. Марута, И. А. Явдак, Череднякова Е. С.] // Там само. — 2008. — Т. 16, вип. 1(54). — С. 73—74.
6. Гавенко, В. Л. Спосіб визначення суїцидального ризику [Текст]. — ХДМУ. — № заяв. 20001021010 від 13.02.01 — Надрук. — 2001, бюл. 6 // Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00.
7. Гавенко, В. Л. Спосіб оцінки самосвідомості смерті [Текст]. — ХДМУ. — № заяв. 20001021008 від 13.02.01 — Надрук. — 2001, бюл. 6 // Патент 40453А.
8. 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.
9. Лапин, И. П. Нейрохимическая мозаика и модели тревоги [Текст] / И. П. Лапин // Аффективные расстройства. Междисциплинарный подход : науч. сб. — СПб., 2009. — С. 25—32.

10. Марута, Н. О. Аспекты психотерапевтической коррекции тревожно-фобических расстройств с учетом особенностей факторов психической травматизации [Текст] / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3(64). — С. 137.

11. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика [Текст] / Д. Я. Райгородский. — Самара: Бахрах-М, 2000. — 672 с.

12. Табачников, С. И. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика [Текст] / С. И. Табачников, В. С. Первый. — Днепропетровск: АРТ-Пресс, 2005. — 348 с.

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] / Ed. by D. J. Nutt and J. C. Ballenger Blackwell. — London: Oxford, 2005. — P. 242.

15. Bandelow, B. Comorbid depression and anxiety — understanding and treating complex patients [Електронний ресурс] / B. Bandelow. — Istanbul: 22nd ECNP Congress, 2009. — C.03.02/CD.

16. Derogatis, L. R. The SCL-90-R [Текст] / L. R. Derogatis // Clinical Psychometric Research. — Baltimore, 1975. — P. 1—134.

17. Pompili, M. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis [Текст] / M. Pompili, P. Girardi, A. Ruberto // Nord. J. Psychiatry. — 2005. — Vol.59. — № 5. — P. 319—324.

18. Rihmer, Z. Suicide and anxiety [Текст] / Z. Rihmer // International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. — 2009. — Vol.13. — Suppl. I. — P. 10—11.

Надійшла до редакції 09.01.2013 р.

Ю. В. Ніканорова

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

Особливості клініко-психопатологічної структури тревожних розладів з суїцидальною поведінкою

Обстежено 225 пацієнтів з тривожними розладами: 124 пацієнти з наявністю суїцидальної поведінки (основна група) та 101 пацієнт без ознак суїцидальної поведінки (контрольна група). Вивчено клініко-психопатологічну структуру тривожних розладів та її зв'язок з виразністю суїцидального ризику. Виділено клініко-психопатологічні особливості конкретних форм тривожних розладів, що супроводжуються суїцидальною поведінкою, зокрема панічного тривожного розладу F 41.0., генералізованого тривожного розладу F 41.1 і змішаного тривожно-депресивного розладу F 41.2.

Ключові слова: тривожні розлади, суїцидальна поведінка, клініко-психопатологічна структура, панічний тривожний розлад, генералізований тривожний розлад, змішаний тривожно-депресивний розлад.

Yu. Nikanorova

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

The clinical and psychopathological peculiarities of structure of anxiety disorders with suicidal behavior

Two hundred twenty five patients with anxiety disorders were examined, including 124 patients with suicidal behavior (study group) and 101 patient without of signs of suicidal behavior (control group). Clinical and psychopathological structure of anxiety disorders were studied and its relation to the severity of suicide risk were set. Clinical and psychopathological features of specific forms of anxiety disorders which accompanied by suicidal behavior were marked, particularly, Panic Anxiety Disorder F 41.0., Generalized Anxiety Disorder F 41.1 and Mixed Anxiety-Depressive Disorder F 41.2.

Key words: anxiety disorders, suicidal behavior, clinical and psychopathological structure, panic anxiety disorder, generalized anxiety disorder, mixed anxiety-depressive disorder.