

УДК 616.895.4:616.89-008.441.44-07-084

*А. Н. Бачериков, д-р мед. наук, зав. отд-ем неотложной психиатрии и наркологии  
ИНПН АМН Украины, М. М. Денисенко  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)*

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ И ЭКЗОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

В соответствии с целью и задачами исследования обследовано 120 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями, в структуре которых выявлено суицидальное поведение (основная группа). Контрольную группу составили 30 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями без признаков суицидального поведения.

У больных депрессиями в зависимости от мотивации выявлены три типа суицидального поведения: психопатологическое, в основе которого лежат переживания депрессивной самоизмененности, ситуационное, обусловленное стремлением изменить конфликтную ситуацию, и смешанное, включающее сочетание психопатологических и ситуационных механизмов.

Проведенные исследования позволили разработать модель формирования суицидального поведения у больных депрессиями. Основой формирования такого поведения является выраженный дисбаланс между важностью и доступностью основных жизненных ценностей, который поддерживает постоянный внутриличностный конфликт.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, эндогенные и экзогенные депрессии, профилактика, внутриличностный конфликт, жизненные ценности, фармакотерапия, психотерапия

Изучение механизмов суицидального поведения является важной проблемой психиатрии, так как накладывает огромное экологическое и моральное бремя на общество и близких человека с суицидальным поведением [4, 7, 8, 20, 22].

Особенно остро эта проблема проявляется в отношении суицидального поведения у больных при депрессиях, так как данная патология характеризуется высоким уровнем суицидального риска и сопровождается формированием суицидального поведения [5, 10, 11, 17].

Клинико-психопатологическая неоднородность депрессивных расстройств обуславливает необходимость дифференцированного подхода к изучению суицидального поведения у больных с экзогенными и эндогенными депрессиями [2, 9, 16, 19].

Целью настоящего исследования явилась разработка принципов дифференцированной профилактики суицидального поведения при эндогенных и экзогенных депрессиях на основе изучения клинико-психопатологических и патопсихологических механизмов их формирования.

Для реализации поставленной цели использовался комплекс методов, включающий:

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

II. Психометрические методы:

1) Шкала Гамильтона (HDRS) (Hamilton M., 1967) — для объективной оценки степени выраженности депрессивной симптоматики [15].

2) Шкала определения выраженности суицидального риска (В. Л. Гавенко с соавт., 2001) — для количественного определения выраженности суицидального риска [13].

3) Оценка самосознания смерти (В. Л. Гавенко с соавт., 2001) — для количественной оценки категории самосознания смерти, которая является фактором анти-суицидального барьера [12].

4) Самооценка выраженности аутоагрессивных предикторов (Пилягина Г. Я., 2004) — для оценки предикторов аутоагрессии [14].

III. Патопсихологические методы исследования:

1) Методика изучения ценностных ориентаций Е. Б. Фанталовой (1992) — для изучения основных мотиваций, соотношения важности ценности и её доступности [21].

2) Опросник Басса — Дарки (Дерманов И. Б., 2002) — для определения различных проявлений агрессии [6].

3) Характерологический опросник К. Леонгарда-Шмишека (Райгородский Д. Я., 2000) — для выявления акцентуаций характера [18].

4) Опросник уровня субъективного контроля (УСК) (Бажин Е. Ф. с соавт., 1994) — для изучения уровня направленности личности в различных сферах жизни [1].

5) Методика определения индивидуального стиля жизни (ИЖС) (Вассерман Л. И. с соавт., 2005) [3].

IV. Методы статистической обработки.

В соответствии с целью исследования нами обследовано 120 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями, в структуре которых выявлено суицидальное поведение (основная группа). Контрольную группу составили 30 больных с эндогенными и экзогенными депрессиями без признаков суицидального поведения.

Среди больных основной группы были выделены следующие подгруппы: 30 больных с диагнозом депрессивный эпизод (F 32.1), 30 больных с диагнозом рекуррентная депрессия (F 33.1), 30 больных с диагнозом смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F 41.2), 30 больных, у которых диагностирована пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21).

Контрольная группа по формам патологии не отличалась от основной.

Социально-демографический анализ обследованных групп показал следующее.

Среди больных с суицидальным поведением при депрессиях преобладали лица, относящиеся к средней (40—49 лет) и старшей (50—59 лет) возрастным группам (41,6 % и 31,6 %).

Среди обследованных основной группы 51,6 % составляли женщины, а 48,3 % — мужчины.

Большинство пациентов основной группы занимались умственным трудом (60,0 %) и были одиночками (28,3 % — разведенные и 28,3 % — холостые). При этом среди больных с суицидальным поведением при эндогенных депрессиях чаще встречались пожилые, неработающие и одинокие люди.

Пациенты контрольной группы по полу, возрасту, характеру труда достоверно не отличались от больных контрольной группы. Вместе с тем, среди них преобладали лица, имеющие семью, и трудоустроенные.

При изучении факторов психической травматизации у больных с суицидальным поведением при депрессиях

мы отметили, что психогении у этих пациентов были сочетанные, чаще других встречались такие факторы: одиночество (44,2 %), неудовлетворенность работой (28,3 %) и утрата работы (23,3 %). Факторы одиночества и утраты работы в контрольной группе встречались достоверно реже ( $p < 0,05$ ). У больных депрессиями без суицидального поведения достоверно чаще регистрировались семейные и служебные конфликты (40,0 % и 36,6 %,  $p < 0,05$ ).

Синдромальный анализ депрессий у больных с суицидальным поведением показал, что у этих пациентов в клинической картине доминировали соматовегетативный (63,3 %) и тревожный (50,8 %) варианты синдрома, реже встречались меланхолический (22,5 %) и астенический (15,8 %) варианты, редко — слезливый (5,0 %) и обсессивный (5,8 %) варианты. Также установлено, что больные с суицидальным поведением отличались достоверным преобладанием соматовегетативного и тревожного вариантов, в то время как у больных контрольной группы достоверно чаще встречались астенический и адинамический варианты ( $p < 0,05$ ).

Анализ феноменологической структуры депрессий у пациентов основной и контрольной группы показал, что основными составляющими депрессий, во всех группах обследованных, были двигательные, сенсорные, соматовегетативные и эмоционально-аффективные расстройства.

У больных основной группы преобладали эмоционально-аффективные (100 %) и соматовегетативные нарушения (93,3 %), достаточно часто встречались сенсорные (58,3 %) и двигательные расстройства (49,2 %). При сравнении с контролем выявлено достоверное преобладание сенсорных нарушений у больных основной группы ( $p < 0,05$ ).

У больных с эндогенными депрессиями достоверно чаще встречались двигательные (70,0 %), а у больных экзогенными — сенсорные нарушения (81,7 %,  $p < 0,05$ ).

У большинства больных основной группы в клинической характеристике преобладали вегетовисцеральные кризы (68,3 %), нарушения сердечно-сосудистой системы (65,0 %) в виде кардиалгий, нарушением ритма сердца и вегетососудистой дистонии, а также — психалгии (61,6 %).

Реже у этих пациентов регистрировались снижение массы тела (55,0 %), нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (46,6 %) в виде нарушений функций желудка (аэрофагия, отрыжка, рвота, гастралгия) и кишечника (колика, вздутия, запоры), а также нарушения дыхания (ларингоспазм, расстройства ритма дыхания, кашель) — у 35,0 % и сексуальные нарушения (расстройство либидо, эрекции, эякуляции) — у 35,0 %. У меньшего числа обследованных выявлены нарушения со стороны мочевыделительной системы (поллакиурия, полиурия) — 18,3 % и гипергидроз (22,5 %).

При сопоставлении соматовегетативных нарушений у больных с эндогенными и экзогенными депрессиями выявлено, что у больных с эндогенными депрессиями достоверно чаще встречались нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (71,6 % и 21,6 %,  $p < 0,05$ ) и снижение массы тела (65,0 % и 47,0 %,  $p < 0,05$ ), расстройства мочевыделительной системы (28,3 % и 8,3 %,  $p < 0,05$ ) и психалгии (76,6 % и 46,6 %,  $p < 0,05$ ).

Изучение вариантов суицидального поведения у больных с эндогенными и экзогенными депрессиями свидетельствует о том, что наиболее часто у больных с депрессиями основной группы регистрировались

суицидальные представления (58,3 %), суицидальные мысли (57,5 %) и суицидальные переживания (53,3 %). У 13,3 % обследованных отмечались суицидальные замыслы, а у 5,8 % — суицидальные попытки в прошлом.

Сравнение суицидального поведения у больных с экзогенными и эндогенными депрессиями показало, что у больных эндогенными депрессиями достоверно чаще встречались суицидальные мысли (86,6 % и 28,3 %,  $p < 0,05$ ) и суицидальные представления (71,6 % и 45,0 %,  $p < 0,05$ ), а у пациентов с экзогенными — суицидальные переживания (68,3 % и 38,3 %,  $p < 0,05$ ). Суицидальные замыслы чаще отмечались у больных с эндогенными депрессиями, а суицидальные попытки регистрировались лишь у больных с эндогенными депрессиями.

У больных депрессиями в зависимости от мотивации выявлены три типа суицидального поведения: психопатологическое, в основе которого лежат переживания депрессивной самоизмененности, ситуационное, обусловленное стремлением изменить конфликтную ситуацию, и смешанное, включающее сочетание психопатологических и ситуационных механизмов.

При этом у большинства больных эндогенными депрессиями (88,3 %) выявлен психопатологический, у всех больных экзогенными депрессиями (100 %) регистрировался ситуационный, а у 11,6 % пациентов с эндогенными депрессиями — смешанный тип суицидального поведения.

Анализ суммарного показателя по шкале Гамильтона показал, что в основной группе у 70,0 % больных отмечалась депрессия средней тяжести, у 20,8 % — тяжелая и у 9,2 % — легкая. В контрольной группе число пациентов с тяжелой депрессией было достоверно меньшим (3,3 %,  $p < 0,001$ ), а пациентов с легкой степенью депрессии — достоверно большим (28,3 %,  $p < 0,05$ ).

Суммарный показатель по шкале Гамильтона в основной группе составлял 22,5 баллов, а в контрольной — 18,6 баллов, что отражает среднюю степень выраженности депрессии у обследованных обеих групп. У больных с экзогенными депрессиями суммарный показатель оказался ниже, чем при эндогенных депрессиях, но различия между ними не были статистически достоверными (20,9 баллов и 24,7 баллов).

Данные психометрического обследования с помощью шкалы Гамильтона позволили выявить у пациентов с суицидальным поведением выраженное депрессивное настроение (2,89 баллов), снижение интереса к работе и деятельности (2,85 баллов) и чувство вины (2,57 баллов), что достоверно отличалось от больных контрольной группы ( $p < 0,05$ ).

У больных эндогенными депрессиями высокими были значения показателей суицидальных намерений (3,11 баллов), поздней инсомнии (1,63 балла) и возбуждения (1,95 баллов). У больных с экзогенными депрессиями достоверно преобладали значения по шкалам соматической тревоги (2,13 балла) и ипохондрического расстройства (2,61 балла).

В целом результаты психометрического исследования показали, что степень тяжести депрессии у больных с суицидальным поведением была большей по сравнению с больными без суицидального поведения.

При изучении выраженности суицидального риска установлено, что у больных основной группы суммарный показатель составлял 25,4 балла, что свидетельствует о высоком уровне суицидального риска у пациентов этой группы, в то время как у больных контрольной группы значение показателя было ниже — 20,13 балла,

что соответствует о низком уровне суицидального риска у этих больных.

Для больных с суицидальным поведением при депрессиях характерным является наличие чувства тоски, безнадежное видение будущего, предчувствие страшных событий, что порождает потерю желания жить и желание совершить суицид без какой-либо причины.

При этом описанные проявления у больных с эндогенными депрессиями проявлялись на фоне выраженной суточной динамики самочувствия с ухудшением утром и низкой оценки своих способностей.

Анализ показателей теста оценки самосознания смерти свидетельствует о том, что у больных основной группы регистрировались высокие значения по шкалам «мысли о смерти» (2,98), «вид суицидального поведения» (2,85), «отношения к собственной смерти» (2,82), «страх смерти» (2,76), «мысли о собственной смерти» (2,48), что является индикатором наличия у этих пациентов реальных мыслей о собственной смерти и намерений уйти из жизни.

Следует подчеркнуть, что у больных с эндогенными депрессиями мысли о собственной смерти были более частыми и выраженными, они не боялись смерти и демонстрировали реальные намерения совершить суицид.

Суммарный показатель самосознания смерти в основной группе составил  $18,4 \pm 4,4$  балла, в контрольной —  $25,8 \pm 5,3$  балла, что позволяет сделать вывод о том, что у больных с суицидальным поведением отмечался низкий уровень самосознания смерти, что является отражением аутоагрессивных тенденций, а у больных без суицидального поведения — более высокий, что можно оценивать как проявление активности антисуицидального барьера.

Результаты корреляционного анализа показали, что высокий суицидальный риск у больных депрессиями тесно коррелирует с выраженностью тревожной и соматовегетативной депрессии, в меньшей степени установлены взаимосвязи с меланхолической и сенестопатической депрессиями. При этом у больных с эндогенными депрессиями выявлены наибольшие взаимосвязи по отношению к меланхолической, тревожной и соматовегетативной депрессии, а при экзогенной — только к соматовегетативной.

В контрольной группе обследованных между степенью выраженности суицидального риска и вариантами депрессивного синдрома выявлен слабые по силе корреляции, что свидетельствует об отсутствии существенного взаимного влияния изучаемых показателей.

При исследовании патопсихологических особенностей пациентов с суицидальным поведением при депрессиях установлено следующее.

Изучение личностных акцентуаций у больных с суицидальным поведением при депрессиях свидетельствовало о достоверном преобладании у них черт педантичности, циклотимичности и аффективной экзальтированности. При этом в личностных характеристиках больных эндогенными депрессиями доминировали педантичность, дистимичность, циклотимичность и аффективная экзальтированность, а экзогенными — демонстративность и эмотивность.

Анализ интернальности в основных жизненных сферах (по данным теста УСК) позволяет сделать вывод о том, что пациенты с суицидальным поведением при депрессиях ощущают себя пассивным объектом действий других людей и внешних обстоятельств, что

в сочетании со стремлением обвинить себя во всех отрицательных событиях и ситуациях является причиной ангедонии, гипотимии, возникающих идей самообвинения и самоуничтожения, мыслей о собственной ненужности в жизни.

Группа больных с экзогенными депрессиями отличалась более высокими показателями во всех сферах, особенно в сферах достижений, межличностных отношений и здоровья, что коррелировало с меньшей степенью ангедонии этих пациентов, их уверенностью в собственной коммуникативной успешности и стремлением активно участвовать в собственном выздоровлении.

Пациенты контрольной группы считали себя активным субъектом собственной деятельности в сфере достижений, коммуникации и собственного здоровья.

Изучение механизмов психологической защиты показало, что у больных с суицидальным поведением при депрессиях функционирует ограниченный арсенал психологических защит (вытеснение, регрессия и реактивное образование), который не обеспечивает протекцию ключевых личностных установок, в результате чего проявляется угроза самоуважению, престижу личности и самосохранению. Наиболее ограниченный арсенал психологических защит выявлен у больных с эндогенными депрессиями. В то же время спектр защитных механизмов у больных депрессиями без суицидального поведения был более широким, включающим замещение, реактивное образование, интеллектуализацию, вытеснение и регрессию, что отражало большую активность антисуицидального барьера.

Анализ ценностно-смысловой сферы у больных с суицидальным поведением при депрессиях позволил выявить у этих пациентов выраженный дисбаланс между важностью и доступностью основных ценностей (уверенность в себе, счастливая семейная жизнь, активная деятельная жизнь, интересная работа), что является проявлением внутриличностного конфликта.

Для больных контрольной группы характерной была большая степень гармонии между желанием и реализацией большинства ценностей.

При сравнении больных с эндогенными и экзогенными депрессиями у последних отмечалась наибольшая степень конфликтности практически во всех жизненных сферах.

Изучение основных вариантов агрессии свидетельствовало о том, что у больных с суицидальным поведением при депрессиях выявлено преобладание чувства вины, обиды и косвенной агрессии. При этом чувство вины и косвенной агрессии в большей степени присуще было больным с эндогенной депрессией, а чувство обиды — больным с экзогенной депрессией.

Проведенные исследования позволили разработать модель формирования суицидального поведения у больных депрессиями.

Основой формирования такого поведения является выраженный дисбаланс между важностью и доступностью основных жизненных ценностей, который поддерживает постоянный внутриличностный конфликт.

Имеющийся внутриличностный конфликт усугублялся низким уровнем интернальности, что свидетельствовало о пассивной жизненной позиции пациентов, ощущающих себя пассивным объектом воздействия других людей и внешних обстоятельств, что в сочетании со стремлением обвинить себя во всех негативных событиях, происходящих вокруг, является причиной ангедонии, гипотимии, идей самообвинения и самоуничтожения.

В такой ситуации антисуицидальные механизмы личности не выполняли своих функций. У пациентов с суицидальным поведением функционировал ограниченный арсенал психологических защит (вытеснение, регрессия и реактивное образование), которые не обеспечивали протекцию ключевых личностных установок, определяющих самоуважение, самосохранение и престиж личности.

На основе выявленных клинико-психопатологических и патопсихологических закономерностей разработана система терапии больных с суицидальным поведением при депрессиях, проведена ее апробация и внедрение.

Разработанная система терапии включала применение фармако- и психотерапии. Фармакологические воздействия реализовывали с помощью антидепрессантов, нейролептиков и бензодиазепинов.

Фармакотерапия была дифференцированной и проводилась в зависимости от клинико-психопатологического варианта депрессии и типа суицидального поведения.

Выбор антидепрессантов был обусловлен их антисуицидальной активностью, отсутствием активирующего эффекта и профилем безопасности.

Основываясь на описанных критериях, мы использовали препараты группы СИОЗС (пароксетин) и тетрациклические антидепрессанты (миртазапин). При соматовегетативных, астенических, слезливых и обсессивных вариантах депрессии применяли пароксетин (20/40 мг/сутки). При тревожных и меланхолических депрессиях использовали миртазапин (15—45 мг/сутки). Бензодиазепины назначали короткими курсами (до 10 дней) в начале терапии при наличии выраженной тревоги, возбуждения.

В зависимости от типа суицидального поведения пациентам назначали нейролептики. Показанием к их назначению являлось наличие психопатологического или смешанного типа суицидального поведения. Препаратами выбора в этой ситуации были rispoleпт (1—4 мг/сутки) или солиан (50—200 мг/сутки). Средняя продолжительность фармакотерапии составляла 6—12 месяцев.

Кризисную психотерапию проводили в комплексе с фармакотерапией с учетом аффективного, когнитивного и поведенческого компонентов суицидального поведения.

Кризисная психотерапия была направлена на следующие цели:

- снятие симптомов;
- восстановление докризисного уровня функционирования;
- осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;
- выявление внутренних ресурсов пациента, его семьи и различных форм помощи извне для преодоления кризиса;
- осознание связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;
- освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств; развитие новых адаптивных реакций и стратегий совладания со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в будущем.

Кризисную психотерапию применяли в виде трехэтапного воздействия:

1 этап — кризисная поддержка;

2 этап — кризисное вмешательство;

3 этап — повышение уровня адаптации, необходимого для разрешения данной ситуации и профилактики суицидального поведения в будущем.

Содержание и длительность каждого этапа кризисной терапии были различными.

На этапе кризисной поддержки ведущая роль принадлежала рациональной психотерапии, направленной на установление терапевтического контакта с пациентом, раскрытие его суицидоопасных переживаний, мобилизацию личностной защиты путем активизации антисуицидальных факторов (длительность этапа — 3—10 дней).

На этапе кризисного вмешательства основной формой воздействия является групповая психотерапия, в задачи которой входят выявление неадекватных и развитие саногенных форм поведения в кризисной ситуации (длительность данного этапа — 1—2 месяца).

Профилактический этап включает проведение когнитивно-бихевиоральной терапии, направленной на отработку стратегии разрешения конкретных проблем с использованием факторов антисуицидального барьера (длительность этапа — 2—3 месяца).

Апробация разработанной системы проведена с участием 42 пациентов: 16 — с рекуррентной депрессией (F 33.1), 10 — с депрессивным эпизодом (F 32.1) и 16 — со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F 41.2).

В группу пациентов, лечившихся с применением традиционных методов терапии, включены 37 пациентов: 17 — с рекуррентной депрессией (F 33.1), 10 — с депрессивным эпизодом (F 32.1) и 10 — со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F 41.2).

Результаты апробации разработанных принципов кризисной терапии больных с суицидальным поведением при депрессиях свидетельствуют о следующем. Среди пациентов, получивших терапию в соответствии с разработанными принципами, преобладали выздоровевшие (59,5 %) и лица, достигшие значительного улучшения состояния (23,8 %), улучшение в данной группе зарегистрировано у 7,1 %, отсутствие позитивной динамики — у 9,5 % пациентов.

В то же время среди пациентов, лечившихся по традиционным схемам, число выздоровевших составляло 35,1 %, число пациентов со значительным улучшением — 21,6 %, с улучшением — 16,2 %, с отсутствием позитивной динамики — 18,9 %, с ухудшением состояния — 8,1 %.

Катамнестические исследования, проведенные в течение двух лет, свидетельствуют о стойкости достигнутого эффекта.

Следовательно, эффективность разработанной системы кризисной терапии превышает таковую при использовании традиционных методов и подходов.

Представленные данные свидетельствуют о целесообразности внедрения разработанных принципов в практику психиатрической помощи.

В зависимости от мотивации у больных с суицидальным поведением при депрессиях выявлены три типа суицидального поведения: психопатологическое, в основе которого лежат переживания депрессивной самоизмененности, ситуационное, обусловленное стремлением изменить конфликтную ситуацию, и смешанное, включающее сочетание вышеописанных механизмов. У больных эндогенными депрессиями выявлен психопатологический (88,3 %) и смешанный (11,6 %) варианты, у всех больных с экзогенными депрессиями регистрировался ситуационный вариант.

В механизмах формирования суицидального поведения значительная роль принадлежит низкому уровню интернальности в основных жизненных сферах у больных депрессиями, что отражает их восприятие себя в качестве пассивного объекта действия других людей и внешних

обстоятельств, и в сочетании со стремлением обвинить себя во всех отрицательных событиях является причиной ангедонии, гипотимии, развития идей самообвинения и самоуничтожения, мыслей о собственной ненужности в жизни. При этом больные с экзогенными депрессиями характеризовались более высоким уровнем интернальности в сфере достижений, межличностных отношений и здоровья. Пациенты контрольной группы считали себя активным субъектом собственной деятельности в сфере достижений, коммуникаций и собственного здоровья.

На основе выявленных клинико-психопатологических и патопсихологических закономерностей разработана система кризисной терапии пациентов с суицидальным поведением при депрессиях, включающая применение фармако- и психотерапии. У пациентов с эндогенными депрессиями этиопатогенетическую роль выполняла фармакотерапия, у пациентов с экзогенными депрессиями — психотерапия.

#### Список литературы

1. Бажин, Е. Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинд // Психол. журнал. — 1994. — Т. 5. — № 3. — С. 152—163.
2. Боро, М. П. Досвід організації роботи з особами з суїцидальним ризиком і схильних до самошкодження / М. П. Боро, С. Я. Боро // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 70—72.
3. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова. — СПб.: Изд-во: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. — 50 с.
4. Войцех, В. Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения / В. Ф. Войцех // Клинические Павловские чтения: сб. раб. Вып. V. «Кризисные состояния. Суицидальное поведение». — СПб., 2002. — С. 13—18.
5. Гичун, В. С. Акцентуации характера у военнослужащих внутренних войск МВД Украины с аутоагрессивным поведением / В. С. Гичун // Архив психиатрии. — 2003. — Т. 9, № 4(35). — С. 27—29.
6. Диагностика состояния агрессии (опросник Басса — Дарки) / Диагностика эмоционально-нравственного развития; ред. и сост. И. Б. Дерманова. — СПб., 2002. — С. 80—84.
7. Дмитриева, Т. Б. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // Вестник РАМН. — 2006. — № 8. — С. 18—22.
8. Ефремов, В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. — СПб.: Диалект, 2004. — 479 с.
9. Зотов, М. В. Психология суицидального поведения / М. В. Зотов. — СПб., 2006. — С. 60.
10. Зотов, М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / М. В. Зотов. — СПб.: Речь, 2006. — С. 144.
11. Мішієв, В. Д. Депресивні розлади: критерії діагностики, основні клінічні прояви та методи терапії: навч. посібник / В. Д. Мішієв. — К.: Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, 2002. — 46 с.
12. Патент 40453А, МКВ А 61 В 09/00. Спосіб оцінки самосвідомості смерті / Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Мангубі В. О., Соколова І. М.; заявник і патентовласник ХДМУ. — № 2001021008; заявл. 13.02.01; надрук. 14.10.2001, бюл. 7.
13. Патент 40454А, МКВ А 61 В 10/00. Спосіб визначення суїцидального ризику / Гавенко В. Л., В. О. Мангубі, В. М. Сінайко, І. М. Соколова; заявник і патентовласник ХДМУ. — № 2001021010; заявл. 13.02.01; надрук. 12.10.2001, бюл. 6.
14. Пилигина, Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 / Г. Я. Пилигина. — Киев, 2004. — 26 с.
15. Подкорытов, В. С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.
16. Положий, Б. С. Психопатологические, личностные и ситуационные факторы в структуре механизмов суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами / Б. С. Положий, Н. И. Распопова // Российский психиатрический журнал. — 2008. — № 6. — С. 6—50.

17. Психопатологічні і психологічні детермінанти суїцидального ризику при невротичній хворобі / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, І. О. Явдак, О. С. Череднякова] // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 73.

18. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский. — Самара: БахРах-М, 2000. — 627 с.

19. Смулевич, А. Б. Депрессии и суицидальное поведение / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, В. Н. Козырев. В кн.: Депрессии при соматических и психических заболеваниях; под ред. А. Б. Смулевича. — М.: МИА, 2003. — С. 191—211.

20. Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. — М., 2005. — 376 с.

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

22. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — С. 470.

Надійшла до редакції 07.09.2010 р.

*А. М. Бачериков, М. М. Денисенко*

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

#### **Клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості та принципи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на ендогенні та екзогенні депресії**

У відповідності з метою і завданнями дослідження обстежено 120 хворих з ендогенними і екзогенними депресіями, у структурі яких виявлено суїцидальну поведінку (основна група). Контрольну групу склали 30 хворих на ендогенні та екзогенні депресії без ознак суїцидальної поведінки.

У хворих на депресії в залежності від мотивації виявлено три типи суїцидальної поведінки: психопатологічний, в основі якого лежать переживання депресивної самозміни, ситуаційний, обумовлений прагненням змінити конфліктну ситуацію, і змішаний, який включає поєднання психопатологічних і ситуаційних механізмів.

Проведені дослідження дозволили розробити модель формування суїцидальної поведінки у хворих депресіями.

Основою формування такої поведінки є виражений дисбаланс між важливістю та доступністю основних життєвих цінностей, який підтримує постійний внутрішньоособистісний конфлікт.

*Ключові слова:* суїцидальна поведінка, ендогенні та екзогенні депресії, профілактика, внутрішньоособистісний конфлікт, життєві цінності, фармакотерапія, психотерапія.

*А. М. Bacherikov, M. M. Denysenko*

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

#### **Clinical-psychopathological, pathopsychological peculiarities and principles for prevention of a suicidal behavior in patients with endogenous and exogenous depressions**

In accordance with the aim and tasks of the research we examined 120 patients with endogenous and exogenous depressions in the structure of which a suicidal behavior was detected (the main group). The control group consisted of 30 patients with endogenous and exogenous depressions without signs of a suicidal behavior.

Depending on motivations in patients with depressions three types of a suicidal behavior were detected: a psychopathological one, based on experience of a depressive self-changing; a situational one, stipulated by an aspiration to change a conflict situation, and mixed one, which included a combination of psychopathological and situational mechanisms.

The investigations performed allowed us to work out a model of formation of a suicidal behavior in patients with depressions.

A basis of formation of such behavior is a prominent imbalance between importance and availability of the main vital values, which maintains a permanent intrapersonal conflict.

*Key words:* suicidal behavior, endogenous and exogenous depressions, prevention, intrapersonal conflict, vital values, pharmacotherapy, psychotherapy.