УДК 616.85-039-008.47:616.89-008.441.44-084

Н. О. Марута, Ю. В. Ніканорова

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА У ХВОРИХ НА ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ
(клініко-психопатологічна характеристика та принципи профілактики)

Н. А. Марута, Ю. В. Никанорова

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(клинико-психопатологическая характеристика и принципы профилактики)

N. O. Maruta, Yu. V. Nikanorova

SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH ANXIOUS DISORDERS
(clinical-psychopathological characteristics and principles of prevention)

Статтю присвячено вивченню психопатологічних та патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки у хворих на тривожні розлади та розроблення принципів профілактики.

Встановлено, що суїцидальна поведінка у хворих з тривожними розладами характеризувалася достовірним переважанням суїцидальних рішень, намірів та задумів над суїцидальними думками, фантазуваннями та переживаннями (57,3 % та 42,7 %; $p < 0,05$). Суїцидальна поведінка відрізнялася за різних форм тривожних розладів. У хворих на панічні розлади частіше реєструвалися суїцидальні думки, фантазування та переживання (63,4 %; $p < 0,05$), а у хворих на генералізований тривожний та змішаний тривожно-депресивний розлади — суїцидальні рішення, наміри та задуми (61,3 %; $p < 0,05$ та 71,2 %; $p < 0,01$ відповідно).

У хворих з генералізованим тривожним та змішаним тривожно-депресивним розладом визначено високий рівень суїцидального ризику (41,3 ± 2,5 бали та 42,4 ± 2,8 бали, $p < 0,01$) при низькому рівні самосвідомості смерті (18,2 ± 1,7 бали та 17,9 ± 2,0 бали, $p < 0,05$). Хворі з панічними розладами відрізнялися від попередніх груп тим, що при наявності в них високого рівня суїцидального ризику (32,7 ± 2,2 бали, $p < 0,01$) рівень самосвідомості смерті був достатньо високим (29,8 ± 3,3 бали), що віддзеркалювало високу активність антисуїцидальних механізмів у цієї групі.

Вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки у хворих на тривожні розлади стало підґрунтям для розроблення системи профілактики, яка базується на принципах системності, диференційованості та етапності. Поєднання фармакологічних та психотерапевтичних втручань з одночасним впливом на психопатологічні та патопсихологічні мішені обумовило високу ефективність розробленої системи, що дозволяє рекомендувати її до широкого впровадження під час надання психіатричної допомоги хворим на тривожні розлади.

Ключові слова: тривожні розлади, суїцидальна поведінка, психопатологічні та патопсихологічні закономірності, диференційована система профілактики

© Марута Н. О., Ніканорова Ю. В., 2014

Статья посвящена изучению психопатологических и патопсихологических закономерностей формирования суицидального поведения у больных тревожными расстройствами и разработке принципов его профилактики.

Установлено, что суицидальное поведение у больных с тревожными расстройствами характеризовалось достоверным преобладанием суицидальных решений, намерений и замыслов над суицидальными мыслями, фантазиями и переживаниями (57,3 % и 42,7 %; $p < 0,05$). Суицидальное поведение отличалось при различных формах тревожных расстройств. У больных паническими расстройствами чаще регистрировались суицидальные мысли, фантазии и переживания (63,4 %; $p < 0,05$), а у больных генерализованными тревожными и смешанными тревожно-депрессивными расстройствами — суицидальные решения, намерения и замыслы (61,3 %, $p < 0,05$ и 71,2 %; $p < 0,01$, соответственно).

У больных с генерализованным тревожным и смешанным тревожно-депрессивным расстройством выявлен высокий уровень суицидального риска (41,3 ± 2,5 балла и 42,4 ± 2,8 балла; $p < 0,01$) при низком уровне самосознания смерти (18,2 ± 1,7 балла и 17,9 ± 2,0 балла; $p < 0,05$). Больные с паническими расстройствами отличались от предыдущих групп тем, что при наличии у них высокого уровня суицидального риска (32,7 ± 2,2 балла; $p < 0,01$) уровень самосознания смерти был достаточно высоким (29,8 ± 3,3 балла), что отражало высокую активность антисуицидальных механизмов в этой группе.

Изучение клинико-психопатологических и патопсихологических закономерностей формирования суицидального поведения у больных тревожными расстройствами стало основой разработки системы профилактики, которая базируется на принципах системности, дифференцированности и этапности. Сочетание фармакологических и психотерапевтических влияний с одновременным воздействием на психопатологические и патопсихологические мишени обусловило высокую эффективность разработанной системы, что позволяет рекомендовать ее для широкого внедрения при оказании психиатрической помощи больным тревожными расстройствами.

Ключевые слова: тревожные расстройства, суицидальное поведение, психопатологические и патопсихологические закономерности, дифференцированная система профилактики

The article is devoted to investigation of psychopathological and pathopsychological regularities of a suicidal behavior formation in patients with anxious disorders and development of the system for prevention.

It was found out that in patients with anxious disorders a suicidal behavior was characterized with a significant predominance of suicidal decisions, intentions, and designs over suicidal thoughts, fantasies, and emotional experiences (57.3 % and 42.7 %; $p < 0.05$). The suicidal behavior was different for various forms of anxious disorders. Patients with panic disorders more often had got suicidal thoughts, fantasies, and emotional experiences (63.4 %; $p < 0.05$) and patients with generalized anxious and anxious-depressive disorders more often had got suicidal decisions, intentions, and designs (61.3 %; $p < 0.05$ and 71.2 %; $p < 0.01$, correspondingly).

In patients with generalized anxious and mixed anxious-depressive disorders it was detected a high level of a suicidal risk (41.3 ± 2.5 points and 42.4 ± 2.8 points; $p < 0.01$) with a low level of a self-realizing of death (18.2 ± 1.7 points and 17.9 ± 2.0 points; $p < 0.05$). Patients with panic disorders differed from above mentioned groups by the fact that along with a high level of a suicidal risk (32.7 ± 2.2 points; $p < 0.01$) they had a substantially high level of a self-realizing of death. This reflected a high activity of anti-suicidal mechanisms in this group.

The investigation of clinical-psychopathological and pathopsychological regularities of a suicidal behavior formation in patients with anxious disorders has become as a basis of development of the system for prevention based on principles of a systematizing, differentiating, and phasing. A combination of pharmacological and psychotherapeutic interventions with a simultaneous influence on psychopathological and pathopsychological targets determined a high efficacy of the system developed. This allows us to recommend it for a wide implementation in mental health care for patients with anxious disorders.

Keywords: anxious disorders, suicidal behavior, psychopathological and pathopsychological regularities, differentiated system of prevention

Розповсюдженість та вираженість медико-соціальних наслідків тривожних розладів все частіше роблять їх об'єктом сучасних досліджень [3, 6, 25].

Дані щодо розповсюдженості віддзеркалюють значну поширеність тривожних розладів: панічні напади реєструються у 3—5 % популяції та у 60 % осіб, які первинно звернулися по медичну допомогу; генералізована тривога спостерігається у 2—9 % населення; змішаний тривожно-депресивний розлад — у 9,8 % населення [15, 20].

Медико-соціальні наслідки тривожних розладів включають не лише хронічний перебіг, вираженість соціального дистресу, зниження працездатності та якості життя, а й високий рівень суїцидального ризику [7, 12, 17].

У сучасних дослідженнях встановлено, що тривожні розлади є гетерогенною групою порушень, які відрізняються клініко-психопатологічними характеристиками, механізмами формування, етіологічними чинниками, що суттєво утруднює типологізацію та класифікацію цих станів [16, 23, 26, 29].

Протягом останнього десятиріччя було суттєво переглянуто значення чинників ризику та механізмів розвитку тривожних розладів. Встановлено, що все різноманіття гіпотез, пов'язаних з етіопатогенезом цих станів, розподіляється на дві групи — психодинамічні (психоаналітичні) та біологічні (соматичні) концепції. Сучасний етап вивчення патогенетичних закономірностей формування тривожних розладів характеризується збільшенням питомої ваги біологічних досліджень з акцентом на «ендогенних» чинниках походження тривожних розладів, що наближує їх до афективних порушень та шизофренії [1, 4, 10, 22].

У цих дослідженнях доведений міцний взаємозв'язок тривожних розладів із слабкою відповіддю на терапію у цих хворих та саморуйнівною поведінкою, перш за все — суїцидальною [14, 18, 29].

Незважаючи на визначений взаємозв'язок суїцидальної поведінки з тривожними розладами, систематизованих досліджень у цієї галузі не проводилося. Пріоритетними в даному напрямку є питання типології тривоги, що спричиняє суїцидальну поведінку, вплив коморбідної патології на рівень суїцидального ризику, предикторів суїцидальної поведінки (біологічних, психологічних та соціальних), чинників ризику та антиризику суїцидальної поведінки, а також успішність медикаментозних та психотерапевтичних стратегій, які застосовуються в даної категорії хворих [27, 28].

Невирішеність перелічених проблем суттєво утруднює своєчасну діагностику та профілактику суїцидальної поведінки у пацієнтів з тривожними розладами.

Метою даного дослідження було вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки для вдосконалення її профілактики.

У процесі виконання дисертації було обстежено 124 пацієнти з суїцидальної поведінкою при тривожних розладах, які склали основну групу. Серед обстежених основної групи у 41 (33,1 %) виявлений панічний розлад (F41.0), у 31 (25,0 %) — генералізований тривожний розлад (F41.1), у 52 (41,9 %) — змішаний тривожний та депресивний розлад (F41.2). До контрольної групи увійшов 101 пацієнт з аналогічними формами тривожних розладів без ознак суїцидальної поведінки. Основна та контрольна групи були гомогенними за клініко-психопатологічними характеристиками.

Для реалізації мети та завдань дослідження в роботі використаний комплекс методів, який включав клініко-психопатологічне, психометричне, психодіагностичне дослідження та статистичні методи обробки отриманих результатів.

Клініко-психопатологічний метод використовувався на загальноприйнятих засадах психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження з подальшим зіставленням отриманих даних з діагностичними критеріями МКХ-10.

Психометричні методи доповнювали клініко-психопатологічне дослідження та застосувалися з метою отримання кількісної оцінки клінічних показників. До їх складу увійшли: шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Краснов В. Н. з співавт., 2008) [13]; шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Юр'єва Л. М., 2006) [23]; опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) (Derogatis L. R. et al., 1975) [24]; оцінка рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера — Ханіна (Райгородський Д. Я., 2000) [19]; шкала визначення вираженості суїцидального ризику (Гавенко В. Л. з співавт., 2000) [8]; шкала оцінки самосвідомості смерті (Гавенко В. Л. з співавт., 2000) [9].

Патопсихологічні закономірності формування суїцидальної поведінки при тривожних розладах вивчалися за допомогою таких патопсихологічних методів: — тест «Характерологічні акцентуації характеру та нервово-психічна нестійкість» (Кабанов М. М. з співавт., 1983) [11]; методика вивчення ціннісних орієнтацій (Фанталова Е. Е., 1992) [21]; тест Басса — Даркі (Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М., 2002) [5].

Методи статистичної обробки результатів дослідження було проведено з розрахунками середньої величини (*M*), похибки середньої величини (*m*), середньоквадратичного відхилення (σ). Достовірність відмінностей аналізували методом порівняння двох показників (*t*-критерій Стьюдента), за допомогою яких визначалася значущість відмінностей двох груп за середнім значенням будь-якого показника. Для оцінки достовірності відмінностей параметрів за даними вибіркової сукупності щодо кількісних показників бралися до уваги три рівні значимості — 5 % ($p = 0{,}05$), 1 % ($p = 0{,}01$) та 0,1 % ($p = 0{,}001$) (Антомонов М. Ю., 2006) [2].

Оброблення даних здійснювали з використанням статистичної програми SPSS 16.0 for Windows.

Вивчення соціально-демографічних характеристик пацієнтів з суїцидальною поведінкою при тривожних розладах показало, що серед цього контингенту переважали особи чоловічої статі (56,5 %; $p < 0{,}05$), у віковому діапазоні 36—52 роки (75,8 %; $p < 0{,}01$), самотні (65,3 %; $p < 0{,}05$), з вищою освітою (61,3 %;4 $p < 0{,}01$), зайняті розумовою працею (68,5 %; $p < 0{,}01$).

Аналіз феноменології суїцидальної поведінки при тривожних розладах свідчив про те, що така поведінка достовірно частіше спостерігалася у пацієнтів із змішаним тривожним та депресивним розладом (41,9 %; $p < 0{,}05$) та панічним розладом (33,1 %; $p < 0{,}05$). У хворих з генералізованим тривожним розладом суїцидальна поведінка реєструвалася у 25,0 % випадків.

Вивчення форм суїцидальної поведінки у хворих на тривожні розлади показало, що в структурі суїцидальної поведінки у них переважали суїцидальні рішення, наміри, задуми (57,3 %; $p < 0{,}05$) над суїцидальними думками, фантазуваннями та переживаннями (42,7 %). Суїцидальних спроб у пацієнтів з тривожними розладами не спостерігалося.

Суїцидальна поведінка відрізнялася за різних форм тривожних розладів. У хворих з панічними розладами частіше реєструвалися суїцидальні думки, фантазування,

переживання (63,4 %; $p < 0,05$), у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом та із змішаним тривожно-депресивним — суїцидальні рішення, наміри та задуми (61,3 % при $p < 0,05$ та 71,2 % при $p < 0,01$ відповідно).

Наведені дані підтверджувалися результатами аналізу рівня суїцидального ризику та самосвідомості смерті. У хворих з генералізованим тривожним та змішаним тривожно-депресивним розладом визначений високий рівень суїцидального ризику (41,3 ± 2,5 бали та 42,4 ± 2,8 бали, $p < 0,01$) при низькому рівні самосвідомості смерті (18,2 ± 1,7 бали та 17,9 ± 2,0 бали, $p < 0,05$). Хворі з панічними розладами відрізнялися від попередніх груп тим, що при наявності у них високого рівня суїцидального ризику (32,7 ± 2,2 бали, $p < 0,01$) рівень самосвідомості смерті був достатньо високим (29,8 ± 3,3 бали), що віддзеркалювало високу активність антисуїцидальних механізмів в цієї групі.

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей тривожних розладів, в структурі яких формувалася суїцидальна поведінка, здійснювався нами у відповідності до форми патології.

Серед обстежених пацієнтів з суїцидальної поведінкою при панічних розладах переважали жінки (78,1 %; $p < 0,05$) середнього віку — (44,8 ± 6,1 рік, $p < 0,01$), які були виховані у неповних родинах (26,8 %, $p < 0,05$). В цих пацієнтів реєструвалася спадкова обтяженість невротичними розладами (31,7 %; $p < 0,01$), тривожні (60,9 %; $p < 0,05$) та афективно-ригідні (36,6 %; $p < 0,01$) преморбідні особистісні особливості. В анамнезі у хворих даної групи достовірно частіше спостерігалися психогенні чинники (65,9 %; $p < 0,05$), що обумовлені конфліктами в родині (36,6 %), загрозою власному здоров'ю внаслідок хвороби (31,7 %; $p < 0,01$) та втратою соціального статусу (29,3 %; $p < 0,05$).

У хворих на панічні розлади, відповідно до результатів HARS, в структурі тривожних порушень домінували побоювання повторного панічного нападу (3,3 ± 0,2 бали) та безсоння (3,1 ± 0,3 бали) важкого ступеня вираженості ($p < 0,01$), які супроводжувалися тривожним напруженням (2,7 ± 0,2 бали), серцево-судинними тривожними еквівалентами (2,8 ± 0,2 бали), вегетативними порушеннями (2,6 ± 0,3 бали) помірного ступеня вираженості ($p < 0,05$).

За даними опитувальника SCL-90-R описані прояви у хворих з панічними розладами підтримувалися за рахунок міжособистісної сензитивності (68,3 %; $p < 0,01$), ворожості (60,9 %; $p < 0,05$) та психологічного дистресу (51,2 %; $p < 0,05$), високої інтенсивності (46,3 %; $p < 0,05$).

Клініко-психопатологічний аналіз структури клінічної симптоматики у пацієнтів з суїцидальної поведінкою при панічному розладі показав, що емоційний спектр у цих хворих формувався внаслідок переважання відчаю (46,3 %; $p < 0,01$), незадоволення (39,0 %; $p < 0,05$) та обурення (24,4 %; $p < 0,01$). Такий емоційний стан сприяв переважанню поведінки з домінуванням експлозивного компонента у 41,5 % пацієнтів ($p < 0,01$).

Соматовегетативне оформлення описаного емоційного стану проявилося у вигляді вегетовісцеральних кризів змішаного характеру (у 75,6 %; $p < 0,05$), порушень сну (у 51,2 %; $p < 0,01$) та серцево-судинної системи (у 41,5 %; $p < 0,01$).

Особливості мислення в цієї групі пацієнтів характеризувалися переважанням підвищеної чутливості щодо критики на свою адресу (75,6 %), труднощів у прийнятті рішень (58,5 %), зниженням рівня інтересів (53,7 %; $p < 0,05$).

Серед хворих з суїцидальною поведінкою при генералізованому тривожному розладі частіше відмічалися особи чоловічої статі (67,7 %), такі, що мали середню спеціальну освіту (38,7 %; $p < 0,01$), працювали в сфері розумової праці (54,8 %), не мали родини (71,0 %; $p < 0,01$).

Анамнестичні дослідження у цих хворих виявили наявність спадкової обтяженості на алкогольну залежність (22,6 %; $p < 0,05$); розладів особистості (25,8 %; $p < 0,01$); тривожних (71,0 %; $p < 0,05$) та інтровертованих (51,6 %; $p < 0,01$) особистісних особливостей; психогенних чинників, зумовлених сексуальними проблемами (48,4 %; $p < 0,01$) та самотністю, незадоволеною потребою в любові та близьких стосунках (35,5 %; $p < 0,05$).

У структурі тривожних розладів у цих хворих, за даними шкали SCL-90-R, переважали фобічна тривожність (61,3 %; $p < 0,01$), соматизація (38,7 %; $p < 0,05$) з наявністю дистресу (у 77,4 %) високої інтенсивності (64,5 %; $p < 0,05$).

Відповідно до результатів шкали HARS, клінічна картина тривожного розладу у хворих даної групи включала наявність вираженого напруження (3,4 ± 0,2 бали, $p < 0,05$), помірно виражених побоювань за своє життя, здоров'я близьких та інших тривожних передчуттів (2,6 ± 0,1 бали, $p < 0,01$), тривожних соматичних м'язових симптомів (2,5 ± 0,3 бали) та тривожних розладів поведінки (2,3 ± 0,2 бали, $p < 0,05$).

Емоційні розлади у хворих цієї групи характеризувалися переважанням жахів (61,3 %), побоювань (45,2 %; $p < 0,01$), незадоволеності собою (32,3 %; $p < 0,05$). У поведінці хворих цієї групи спостерігалися ананкастні (54,8 %; $p < 0,05$) та астенічні (35,5 %; $p < 0,01$) компоненти з вираженим руховим неспокоєм (38,7 %; $p < 0,01$).

Соматовегетативні порушення реєструвалися у вигляді сексуальних розладів (48,4 %; $p < 0,05$) та головного болю (45,2 %; $p < 0,01$).

Розлади мислення в цієї групі хворих проявлялися у вигляді іпохондричних думок (45,2 %) та виснаженості психічної діяльності (35,5 %; $p < 0,05$).

Серед пацієнтів з суїцидальної поведінкою при змішаному тривожно-депресивному розладі переважали особи чоловічої статі (76,9 %), середній вік яких складав 49,5 ± 7,3 роки, з вищою освітою (67,3 %; $p < 0,01$), які займалися розумовою працею (82,7 %; $p < 0,01$), були самотніми (76,9 %).

Анамнестичні дослідження у хворих цієї групи свідчили про наявність спадкової обтяженості афективними розладами (30,8 %; $p < 0,05$), преморбідних особистісних акцентуацій (психастенічних — 46,2 %, дистимічних — 38,5 %, циклотимічних — 25,0 %, $p < 0,01$) та хронічних чинників психічної травматизації (71,2 %), обумовлених самотністю, потребою в любові та близьких стосунках (48,1 %) та конфліктами у родині (44,2 %; $p < 0,05$).

Структура тривожно-депресивних розладів за даними шкали HDRS включала наявність помірно вираженої депресії (17,4 ± 2,0 бали, $p < 0,05$), психічної тривоги (1,8 ± 0,3 бали, $p < 0,05$), пізнього неспання (1,9 ± 0,2 бали), депресивного настрою (1,8 ± 0,2 бали, $p < 0,01$), зниження працездатності та активності (1,6 ± 0,3 бали), добових коливань настрою (1,6 ± 0,4 бали, $p < 0,05$), відчуття провини (1,2 ± 0,4 бали, $p < 0,05$), втрати маси тіла (1,3 ± 0,3 бали, $p < 0,01$), суїцидальних намірів (1,7 ± 0,2 бали, $p < 0,01$).

Використання шкали HARS у хворих з суїцидальної поведінкою при тривожно-депресивних розладах виявило наявність важкого ступеня інсомнії (3,2 ± 0,3 бали, $p < 0,01$), помірно важкого ступеня тривожного настрою (2,6 ± 0,3 бали, $p < 0,01$) та когнітивних порушень

(2,7 ± 0,3 бали, $p < 0,05$), помірного ступеня вираженості депресивного настрою (1,9 ± 0,1 бали, $p < 0,01$).

Формування описаних порушень здійснювалося під впливом міжособистісної сензитивності (76,9 %; $p < 0,01$) в умовах психічного дистресу у 65,4 % ($p < 0,01$) високої інтенсивності (55,8 %; $p < 0,05$) (за даними шкали SCL-90-L).

Спектр емоційних порушень у даній групі хворих характеризувався переважанням суму (58,8 %; $p < 0,05$), ангедонії (38,5 %), туги (30,8 %), добових коливань настрою (30,8 %; $p < 0,01$).

Соматовегетативні розлади проявлялися у вигляді порушень сну (51,9 %), зниження маси тіла (42,3 %; $p < 0,01$), порушень апетиту (36,5 %; $p < 0,05$) та діяльності шлунково-кишкового тракту (32,7 %).

Розлади мислення та когнітивних функцій включали наявність підвищеної чутливості щодо критики на свою адресу (59,6 %; $p < 0,05$), звуження кола інтересів (53,8 %; $p < 0,01$), ідей малоцінності (46,2 %; $p < 0,05$), ригідності мислення (36,5 %; $p < 0,01$), порушень пам'яті (32,7 %; $p < 0,05$) та зниження рівня концентрації уваги (28,2 %; $p < 0,05$).

Поведінка в групі хворих з тривожно-депресивними розладами характеризувалася ананкастними рисами (32,7 %; $p < 0,01$), руховим неспокоєм (48,1 %; $p < 0,05$), що суттєво погіршувало комунікативні функції пацієнтів (69,2 %).

У ході дослідження виявлено основні патопсихологічні закономірності формування суїцидальної поведінки у хворих з різними формами тривожних розладів.

У хворих на панічні розлади пусковим чинником розвитку суїцидальної поведінки, за даними нашого дослідження, була фрустрація потреб у здоров'ї, активній діяльності, щасливому сімейному житті, свободі та незалежності вчинків та дій. Така фрустрація формується на тлі особистісних особливостей, до яких належать: високий рівень особистісної тривожності, інтровертованості та експлозивності, що досягають загострення особистісних рис. В цих умовах розвивається низька нервово-психічна стійкість з підвищеною реактивною тривожністю та подальшою трансформацією в імпульсивні імпунітивні реакції.

У хворих на панічні розлади на тлі низької нервово-психічної стійкості, підвищеної реактивної тривожності спостерігаються побоювання смерті, втрати самоконтролю, божевілля, самотності, скупчення людей, повторних панічних нападів з вторинним уникненням ситуацій, в яких панічна атака виникла вперше.

Панічні стани та вторинні побоювання в осіб з експлозивними особистісними рисами призводили до вираженого психічного перенапруження та компенсаторної агресивної поведінки у вигляді негативізму, роздратованості та вербальної агресії.

Під час чергового панічного нападу в умовах психічного перенапруження розвивається імпульсивна імпунітивна реакція у формі суїцидальної поведінки, що сприяє зниженню рівня тривоги та напруження.

У пацієнтів з генералізованим тривожним розладом ініціюючим механізмом розвитку суїцидальної поведінки була фрустрація потреб у впевненості в собі, матеріально забезпеченому житті, цікавій роботі, щасливому сімейному житті. Основою такої фрустрації були особистісні риси хворих цієї групи, серед яких домінували особистісна тривожність та психастенічні риси рівня акцентуації. Поєднання особистісних рис та фрустраційних механізмів сприяли зниженню нервово-психічної стійкості та суттєвому підвищенню рівня реактивної тривожності.

У хворих на генералізований тривожний розлад на тлі низької нервово-психічної стійкості та високого рівня реактивної тривожності розвиваються та набувають хронічного перебігу вторинні побоювання за власне життя та здоров'я, здоров'я близьких людей. Ці побоювання на тлі високого рівня тривожності та психастенічних рис характеру формують соціально-психологічну поведінку, яка проявляється у вигляді вираженої підозрілості.

Ворожість до оточуючих та ситуації підсилювала тривожний особистісний компонент, який і ставав ключовим у формуванні суїцидальної поведінки.

У хворих із змішаним тривожно-депресивним розладом суїцидальна поведінка формувалася внаслідок фрустрації потреб у любові, щасливому родинному житті, здоров'ї та добрих вірних друзях. Фрустраційні механізми базувалися на інтровертованих особистісних особливостях, які досягали рівня акцентуації.

Фрустрація перелічених потреб спричиняла підвищення рівня реактивної тривожності та зниження рівня нервово-психічної стійкості, що посилює депресивний компонент тривожного розладу, формує соціально-психологічну дезадаптацію та агресивну поведінку. Агресивна поведінка у хворих з тривожно-депресивними розладами характеризується ворожою спрямованістю та проявляється вираженою образою та аутоагресією (відчуття провини). Переважання відчуття провини відтворює негативне ставлення до себе та власних вчинків, формує самосприйняття себе як неспроможної людини, користь якої для родини та суспільства є мінімальною.

Суїцидальна поведінка в цих хворих формується на тлі посилення депресії та зниження критики до власної поведінки у відповідь на відчуття провини та хворобливі уявлення щодо відсутності життєвих перспектив.

Результати клініко-психопатологічних та патопсихологічних досліджень стали підґрунтям для розроблення диференційованої програми профілактики суїцидальної поведінки у хворих на тривожні розлади, базовими принципами якої були системність, диференційованість та етапність.

Системний характер профілактичних заходів передбачав поєднання медичних, психологічних та соціальних втручань з урахуванням своєчасності, координації та наступності лікувальних втручань.

Диференційований підхід визначав необхідність здійснення профілактичних заходів з урахуванням специфіки суїцидальної поведінки при різних формах тривожних розладів.

Принцип етапності передбачав реалізацію профілактичних заходів на трьох послідовних етапах: невідкладної суїцидологічної допомоги, планових профілактичних та підтримуючих профілактичних заходів.

Метою етапу невідкладної суїцидологічної допомоги було купіювання гострих проявів суїцидальної поведінки та тривожних розладів. Засобами фармакотерапії на даному етапі були антидепресанти (групи СІЗЗС або L2-адренергічних агоністів, 5-НТ2-антагоністів), нейролептики («малі» або атипові) та транквілізатори (у випадках недостатньої ефективності двох перелічених груп засобів). Психотерапія в межах даного етапу використовувалася за допомогою методу індивідуальної кризової психотерапії у модифікації Пілягіної Г. Я. (2004) та індивідуальної раціональної психотерапії (Дюбуа П., 1912). Тривалість етапу складала 7—10 днів.

Етап планованих профілактичних заходів був спрямований на терапію тривожних та коморбідних розладів, корекцію особистісних особливостей, які стали передумовою формування суїцидальної поведінки.

Фармакотерапія пацієнтів з панічними розладами включала використання антидепресантів (з групи СІЗЗС або СІЗЗС та Н, або L2-адренергічних агоністів, 5-НТ2-антагоністів), транквілізаторів (при недостатній ефективності антидепресантів, тривалістю до 2-х тижнів), вегетостабілізуючих препаратів. Комплекс психотерапевтичних заходів у хворих з суїцидальної поведінкою при панічних розладах базувався на застосуванні індивідуальної раціональної психотерапії (методи роз'яснення, переконання, відволікання та переключення уваги) (Дюбуа П., 1912), біхевіоральної терапії (техніки десенсибілізації та «переробки» травмуючи переживань, тренінг подолання тривоги) (Wolpe J., 1980).

У хворих з генералізованим тривожним розладом на даному етапі як засоби фармакотерапії використовували антидепресанти (групи СІЗЗС або СІЗЗС та Н), нейролептики (атипові), анксіолітики, транквілізатори (у випадках недостатньої ефективності вищезазначених препаратів, тривалістю до 2-х тижнів). Психотерапевтичні впливи базувалися на застосуванні когнітивно-поведінкової терапії (методи наводнення, експозиції, контролю наслідків) (Beck A. T., 2006).

На даному етапі профілактичні впливи у хворих на тривожно-депресивні розлади здійснювалися за допомогою фармакологічних засобів антидепресантів (групи МТ1- та МТ2-агоністів, 5-НТ2-антагоністів, або СІЗЗС), стабілізаторів настрою (при наявності проявів резистентності), транквілізаторів (при наявності ажитації), а також засобів, що покращують мозковий метаболізм. Методи психотерапії включали використання когнітивно-біхевіоральної психотерапії за Д. Мак-Каллоу (2002) та екзистенціальної психотерапії за Дж. Бьюдженталем (Хайл-Еверс А., 2001). Тривалість даного етапу складала 2—3 місяці.

Етап підтримуючих профілактичних заходів був спрямований на адаптацію та реадаптацію пацієнтів з суїцидальної поведінкою при тривожних розладах.

Як засоби фармакотерапії використовували антидепресанти, анксіолітики, нейролептики та інші препарати, які підтвердили свою безпечність та ефективність на попередніх етапах.

Психотерапію проводили за допомогою систематичної десенсибілізації за J. Wolpe (1980), аутогенного тренування за I. H. Schultz (1932), а також сімейної психотерапії (Ейдміллер Е. Г., 2003).

Тривалість даного етапу складала 4—6 місяців.

Апробація розробленої програми профілактики проводилася у 68 пацієнтів з суїцидальної поведінкою при тривожних розладах, які склали основну групу. До контрольної групи увійшли 56 пацієнтів з аналогічною патологією, які отримували лікування за традиційними принципами.

Оцінка ефективності розробленої програми профілактики базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, суїцидальної поведінки, вираженості суїцидального ризику та самосвідомості смерті, рівня особистісної та реактивної тривожності, нервово-психічної нестійкості, спрямованості ціннісних орієнтацій, а також показників соціально-психологічної адаптації.

Аналіз ефективності розробленої системи показав такі результати. В основній групі обстежених одужання зареєстровано у 70,6 %, покращання психічного стану — у 26,6 %, відсутність динаміки психічного стану — у 2,8 %, випадків погіршення психічного стану в основній групі пацієнтів виявлено не було.

У контрольній групі показник одужання складав 41,1 %, покращання психічного стану — 32,1 %, відсутність динаміки виявлена у 23,2 %, погіршення стану — у 3,6 %.

Зіставлення результатів в основній та контрольній групах свідчать на користь ефективності розробленої системи профілактики, про що вказує достовірне переважання показника одужання та відсутність пацієнтів з погіршенням психічного стану в основній групі. У контролі достовірно частіше реєструвалися пацієнти з відсутністю динаміки психічного стану під впливом лікування.

Відповідно до результатів дворічного катамнестичного дослідження у хворих основної групи зберігалися отримані під час лікування результати, що підтверджує ефективність розробленої системи диференційованої профілактики суїцидальної поведінки при тривожних розладах.

Узагальнюючі отримані дані, необхідно відзначити, що типологія суїцидальної поведінки при тривожних розладах характеризується переважанням небезпечних варіантів аутоагресії у вигляді суїцидальних рішень, намірів, задумів. Типологічні варіанти суїцидальної поведінки та рівень суїцидального ризику відрізняються у хворих на панічні атаки, генералізований тривожний та тривожно-депресивний розлад.

Встановлено, що суїцидальна поведінка при тривожних розладах формується на тлі високого рівня суїцидального ризику, який у хворих з панічними атаками поєднується з високим рівнем самосвідомості смерті, а у хворих з генералізованими тривожними та тривожно-депресивними розладами — з низьким рівнем цього показника, який належить до антисуїцидальних чинників.

Встановлено, що клініко-психопатологічними корелятами суїцидальної поведінки при тривожних розладах є специфічні для кожної форми патології варіанти агресивної поведінки (негативізм, вербальна агресія, роздратованість, образа, підозрілість, відчуття провини).

Вперше доведено, що в патопсихологічних механізмах формування суїцидальної поведінки у хворих на тривожні розлади пусковим чинником є фрустрація життєво важливих мотивацій, що виникла внаслідок хвороби та спричиняє імпульсивні імпунітивні реакції у формі суїцидальної поведінки при панічних атаках, компенсаторну суїцидальну поведінку при генералізованому тривожному розладі та психопатологічний варіант суїцидальної поведінки при тривожно-депресивному розладі.

Розроблено систему диференційованої профілактики суїцидальної поведінки при тривожних розладах, яка базується на поєднанні фармако- та психотерапії.

Мішенями фармакотерапії в розробленій системі є клініко-психопатологічні предиктори суїцидальної поведінки. Психотерапія використовувалася з метою корекції особистісних механізмів формування суїцидальної поведінки при тривожних розладах.

Розроблена система профілактики реалізується за рахунок трьохетапних заходів, які застосовуються для надання невідкладної допомоги, планових заходів та профілактики.

Отримані результати обумовлюють високу ефективність розробленої системи, а також стійкість отриманого профілактичного ефекту.

Список літератури

1. Аведисова, А. С. Новые проблемы психофармакотерапии [Текст] / А. С. Аведисова. — М.: ФГУГНЦССП им. В. П. Сербского, 2005. — 169 с.

2. Антомонов, М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных [Текст] / М. Ю. Антомонов. — К., 2006. — 556 с.

3. Бачериков, А. М. Завершені суїцидальні спроби у популяції психічнохворих у місті Харкові (2008—2009 роки) [Текст] / А. М. Бачериков, Р. В. Лакинський, Е. Г Матузок // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3(64). — С. 115.

4. Бочаров, В. В. Психологические аспекты тревоги [Текст] / В. В. Бочаров // Аффективные расстройства. Междисциплинарный подход : науч. сб. — СПб, 2009. — С. 225—232.

5. Бурлачук, Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике [Текст] / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. — СПб.: Питер, 2002. — 528 с.

6. Войцех, В. Ф. Клиническая суицидология [Текст] / В. Ф. Войцех. — М.: Миклош, 2008. — 280 с.

7. Психопатологические и психологические детерминанты суицидального риска при невротической болезни [Текст] / [П. В. Волошин, Н. А. Марута, И. А. Явдак, Чередникова Е. С.] // Укр. вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1(54). — С. 73—74.

8. 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.

9. Гавенко, В. Л. Спосіб оцінки самосвідомості смерті [Текст]. — ХДМУ. — № заяв. 20001021008 від 13.02.01. — Надрук. — 2001, бюл. 6 // Патент 40453А.

10. Денисенко, М. М. Клинико-психопатологическая характеристика эндогенных и экзогенных депрессий, сопровождающихся суицидальным поведением [Текст] / М. М. Денисенко // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3(64). — С. 38—41.

11. Кабанов, М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике [Текст] / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. — Л.: Медицина, 1983. — 312 с.

12. Кожина, А. М. Аутоагрессивное поведение при непсихотических депрессивных расстройствах (механизмы формирования и подходы к коррекции) [Текст] / А. М. Кожина // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1(54). — С. 78.

13. 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.: «Издательский Дом «Медпрактика-М», 2008. — 136 с.

14. Маркова, М. В. Особливості аутоагресивної поведінки у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами тривожно-депресивного спектра, коморбідними із серцево-судинними захворюваннями та їх психотерапія [Текст] / М. В. Маркова, В. В. Бабич, Н. М. Степанова // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1(54). — С. 81.

15. Марута, Н. О. Клініко-психопатологічні і патопсихологічні закономірності формування дистимії [Текст] / Н. О. Марута, Ю. М. Завалко // Там само. — С. 23—25.

16. Марута, Н. А. Патопсихологические закономерности формирования суицидального поведения у пожилых больных депрессиями [Текст] / Н. А. Марута, М. В. Шестакова // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4. — № 2—3. — С. 4—10.

17. Марута, Н. А. Суицидальный риск у больных невротическими расстройствами [Текст] / Н. А. Марута, Н. А. Явдак, М. М. Денисенко // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50), (додаток). — С. 208.

18. Пилягина, Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 / Г. Я. Пилягина. — Киев, 2004. — 34 с.

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

20. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні : інформаційно-аналітичний огляд за 2000—2009 рр. [Текст] / за ред. П. В. Волошина, Н. О. Марути. — Х.: Арсіс, 2010. — 160 с.

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

22. Шестакова, М. В. Суїцидальна поведінка при депресіях у хворих похилого віку (клініко-психопатологічна характеристика та система профілактики) [Текст] : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 / Марина Володимирівна Шестакова. — Х., 2010. — 20 с.

23. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология [Текст] / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск : Пороги, 2006. — 472 с.

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

25. Mehlum, L. Suicidal behavior in borderline personality disorder [Текст] / L. Mehlum, A. I. Jensen // Tidsskr. Nor. Laegeforen. — 2006. — Vol. 126. — № 22. — P. 2946—2949.

26. Rihmer, Z. Prediction of suicide in mood disorders [Электронный ресурс] / Z. Rihmer — Tallinn : 10th ECNP, 2009. — S. 1.04/CD.

27. Rutz, W Male depression and suicide [Электронный ресурс] / W. Rutz. — Tallinn : 10th ECNP, 2009. — S.1.03/CD.

28. Tondo, L. Suicide prevention: Updated findings [Текст] / L. Tondo // 16th Congress of the European Psychiatry : abstract. — 2008. — Vol. 23, suppl. 2. — P. 34.03.

29. Vieta, E. Suicidal behaviour in the forthcoming classifications of mental disorders [Текст] / E. Vieta // Ibid. — P. 34.04.

30. Wasserman, D. Suicide prevention in youth [Текст] / D. Wasserman // Ibid. — P. 08.04.

Надійшла до редакції 06.03.2014 р.

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, керівник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

НІКАНОРОВА Юлія Валеріївна, кандидат медичних наук, позаштатний науковий співробітник ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: y_nika@i.ua

MARUTA Natalia Oleksandrivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (SI "INPN of NAMS of Ukraine"), Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

NIKANOROVA Yuliia Valeriivna, MD, PhD, Out-Staff Researcher of SI "INPN of NAMS of Ukraine"; e-mail: y_nika@i.ua