

*Б. В. Михайлов, О. В. Давиденко***ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЗНАКАМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
У ВІДДІЛЕННЯХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ***В. V. Mykhaylov, O. V. Davydenko***EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH SIGNS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN INTENSIVE CARE**

Ключові слова: суїцидальна поведінка, пацієнти, реанімація та інтенсивна терапія, тривога, депресія, профілактика суїцидів

Метою роботи було вивчення стану емоційної сфери у пацієнтів з суїцидальними намірами у відділеннях інтенсивної терапії.

Для реалізації цієї мети досліджено 91 пацієнта у відділеннях реанімації і інтенсивної терапії соматичних лікарень. Усі пацієнти були поділені на дві групи. Першу групу становили 42 пацієнти з гострими станами терапевтичного профілю (ГСТП) — інфаркт міокарда та ішемічний інсульт. Другу групу становили 49 періопераційних пацієнтів (ПП) із політравмою.

Усім пацієнтам проведено клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження. Застосовані шкала суб'єктивної оцінки вираженості симптомів депресії А. Т. Бека (BDI) і шкала оцінки рівня реактивної тривоги і особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна. Встановлено, що в усіх пацієнтів визначається досить високий рівень депресії і тривожних проявів. Водночас є і суттєві відмінності в групах обстежених. Зокрема, у 57,14 % пацієнтів з ГСТП виявлено рівень депресії виразного ступеня, у 38,10 % — помірного, лише у 4,76 % — легкого. Тоді як пацієнти групи 2 менш негативно оцінюють свій стан. У 51,02 % періопераційних пацієнтів виявлено рівень депресії помірного ступеня, у 12,25 % — легкого, і тільки у 36,73 % — виразного.

Високі показники реактивної тривоги визначено в обох групах — у 73,80 % пацієнтів з ГСТП та у 87,76 % періопераційних пацієнтів. Показники особистісної тривожності суттєво відрізнялись в досліджуваних групах. Високий рівень особистісної тривожності був притаманний 80,95 % пацієнтів з ГСТП і лише 44,90 % ПП. Середній рівень особистісної тривожності переважав у 55,10 % ПП і лише у 19,05 % пацієнтів з ГСТП.

Для пацієнтів першої групи (з ГСТП) характерними чинниками суїцидального ризику були розлади емоційної сфери у вигляді високого ступеня депресії, високого рівня особистісної тривожності, а також тривалі стресогенні події у преморбіді. Для пацієнтів другої групи найбільш значущими чинниками суїцидального ризику були розлади емоційної сфери у вигляді високого рівня реактивної тривоги, вольові і афективні розлади, гострі стресогенні події у преморбіді.

Отримані дані стали підґрунтям для визначення принципів формування програми профілактики саморуйнівної поведінки і суїцидальних намірів у пацієнтів з гострими станами терапевтичного профілю і періопераційних пацієнтів у відділеннях і палатах реанімації і інтенсивної терапії загальносоматичних лікарень. Програма побудована на персоналізованому превенційному психіатричному і медико-психологічному супроводі пацієнтів.

Key words: suicidal behavior, patients, resuscitation and intensive care, anxiety, depression, suicide prevention

The aim of the study was to examine the state of the emotional sphere in patients with suicidal intent in intensive care units.

To achieve this aim, 91 patients from resuscitation and intensive care units of somatic hospitals were examined. All patients were divided into two groups. The first group comprised 42 patients with acute conditions of therapeutic profile (ACTP) — myocardial infarction and ischemic stroke. The second group comprised 49 perioperative patients with polytrauma.

All patients underwent a clinical-psychopathological and psychodiagnostic examination. The Beck Depression Inventory (BDI) for the subjective assessment of depressive symptom severity and the Spielberger-Khanin State-Trait Anxiety Inventory were used. A fairly high level of depression and anxiety manifestations was found in all patients. At the same time, substantial differences between the patient groups were observed. Thus, 57.14 % of ACTP patients showed a severe degree of depression, 38.10 % a moderate degree, and only 4.76 % a mild degree, whereas group 2 patients assessed their condition less negatively: 51.02 % of perioperative patients showed a moderate degree of depression, 12.25 % a mild degree, and only 36.73 % a severe degree.

High state-anxiety scores were observed in both groups of patients — in 73.80 % of ACTP patients and 87.76 % of perioperative patients.

Trait-anxiety scores differed substantially between the study groups. A high level of trait anxiety was characteristic of 80.95 % of ACTP patients but only 44.91 % of perioperative patients. A moderate level of trait anxiety prevailed in 55.09 % of perioperative patients and in only 19.05 % of ACTP patients.

For patients in the first group the most significant factors for suicide risk were disorders of the emotional sphere manifesting as a high degree of depression, a high level of trait anxiety, and prolonged stress-inducing events in the premorbid period. For patients in the second group the most significant factors for suicide risk were disorders of the emotional sphere manifesting as a high level of state anxiety, volitional and affective disturbances, and acute stress-inducing events in the premorbid period.

The findings obtained provided a basis for defining the principles for developing a prevention programme addressing self-destructive behaviour and suicidal intent in patients with acute conditions of therapeutic profile and in perioperative patients in resuscitation and intensive care wards/units of general somatic hospitals. The programme is built on personalised preventive psychiatric and medico-psychological support for patients.

Проблема самогубств у сучасний період є однією з найактуальніших проблем, яка має значення не тільки в галузі охорони здоров'я, а й набула загальнодержавного значення, особливо під час повномасштабної російської агресії, коли кількісні показники суїцидальної поведінки збільшилися. Саморуйнівна поведінка, і суїциди зокрема, є однією з найактуальніших соціальних, психологічних та медичних проблем сьогодення. Попри зміну підходів до трактування цього явища та причинно-наслідкових зв'язків, що лежать в основі самогубства, вони, здебільшого, детерміновані подібною природою. Численні дослідження показують, що суїцидальна поведінка — результат складної взаємодії різного роду психофізіологічних, моральних, соціальних, екологічних та культурних чинників, наслідок фізичного та емоційного перенапруження на тлі зниженої стресостійкості, труднощів у сфері спілкування, ослабленого психологічного захисту особистості, а також знецінення сенсу життя, пов'язаного з вадами морального виховання. Визначення суїцидального ризику залишається одним із найскладніших завдань сучасної превентивної психіатрії в сфері ментального здоров'я. Прогнозування ймовірності суїцидальної спроби додатково ускладнюється значною кількістю чинників ризику та їхньою неспецифічністю.

Самогубство є однією з найпоширеніших причин смертності у різних вікових групах. Серед підлітків воно посідає четверте місце серед причин смерті, а серед осіб старших за 60 років — одинадцяте. Превенція самогубств — один з ключових аспектів діяльності служб захисту психічного здоров'я в багатьох країнах світу [1; 2]. Однак в умовах соціальних криз девіантна поведінка, зокрема і суїцидальна поведінка, набуває ширшого розмаху. До повномасштабного військового вторгнення росії 24.02.2022 Україна належала до країн Європи із середнім рівнем суїцидів [3]. Очікується, що за глибиною і масштабами соціальних потрясінь, які супроводжують бойові дії в Україні, статистика суїцидальної поведінки суттєво погіршиться. Безсумнівно, пандемія через поширення коронавірусної інфекції спричинила загострення уваги до питань суїциду у реанімаціях соматичних лікарень та низку інших проблем [4; 5]. Дослідження факторів, пов'язаних із самогубством, має вирішальне значення для профілактики самогубств, вивчення біопсихосоціальної моделі суїциду у клінічній практиці [2; 5—10]. Треба також враховувати збільшення ймовірності розвитку психічних розладів у пацієнтів із найпоширенішими соматичними захворюваннями [3; 9; 11; 12].

Одним з найпріоритетніших напрямів досліджень є вивчення механізмів, які лежать в основі психічних розладів у пацієнтів із соматичними захворюваннями [5; 18].

Найменш вивченим видом самогубства є саморуйнівна поведінка. Суїцидальні думки та наміри у пацієнтів відділень інтенсивної терапії є досить актуальними і потребують розроблення нових превентивних заходів. Для досягнення цієї мети потрібно розуміти феноменологію самогубства, вивчити

історію дослідження цього явища, ознайомитися з наявними заходами щодо предикторів, превенції самогубства у періопераційних пацієнтів соматичних лікарень та визначити напрями розвитку нових методів запобігання. Періопераційні пацієнти, які перебувають у стані свідомості, піддаються ризику розвитку суїцидальних думок, а потім і тенденцій. Попри великий обсяг інформації та досліджень у цій сфері, існують певна невирішена проблематика і прогалини у цій ланці надання медичної допомоги [3; 13]. Провідним компонентом розвитку суїцидальних думок є розлади емоційної сфери [14]. Саме емоційно-афективний стан зумовлює формування суїцидальних намірів, мотиваційні чинники їх реалізації і суїцидальну поведінку в цілому. Водночас стан емоційної сфери у пацієнтів відділень реанімації і інтенсивної терапії є недостатньо вивченим.

Мета роботи — вивчення стану емоційної сфери у пацієнтів з суїцидальними намірами у відділеннях реанімації і інтенсивної терапії.

Проведено досліджування стану емоційної сфери у 91 пацієнта з суїцидальними намірами у відділеннях реанімації і інтенсивної терапії соматичних лікарень. Усі хворі були поділені на дві групи. Першу групу становили 42 пацієнти із захворюваннями, які ми визначили як гострі стани терапевтичного профілю (ГСТП) — інфаркт міокарда та ішемічний інсульт. Другу групу становили 49 періопераційних пацієнтів (ПП) із політравмою.

Використано клініко-психопатологічний метод досліджування із застосуванням структурованого діагностичного інтерв'ю.

Під час проведення психодіагностичного дослідження застосовані такі методики:

— шкала суб'єктивної оцінки вираженості симптомів депресії А. Т. Бека (BDI), 1961 р.) [15; 16]. Методику розроблено на підставі узагальнення клінічних спостережень і типових скарг депресивних хворих. Цю шкалу традиційно застосовують як референтний інструмент для перевірки валідності інших методик діагностики депресії, а також для контролю ефективності антидепресивної терапії. Структурно опитувальник нараховує 21 групу симптомів і скарг, кожна з яких представлена 4—5 варіантами тверджень, що відображають наростання тяжкості відповідного прояву. Варіанти впорядковані за зростанням питомої ваги симптому в загальній оцінці депресії. У класичному варіанті методика передбачала участь підготовленого фахівця, який зачитував пункти кожної категорії вголос, після чого пацієнт обирав твердження, що найточніше відповідало його стану на момент обстеження;

— шкала Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна [15]. Оцінка тривожності як особистісної риси має суттєве діагностичне значення, оскільки великою мірою визначає поведінкові реакції обстежуваного. Особистісна тривожність розглядають як сталу індивідуальну характеристику, що відображає схильність людини сприймати широке коло життєвих ситуацій як потенційно загрозливі та реагувати на них

станом тривоги. Певний, помірний рівень тривожності є природним складником активної життєдіяльності — своєрідною «корисною» тривожністю, оптимальний рівень якої індивідуальний для кожної особи. Здатність адекватно оцінювати власний рівень тривожності є важливою складником самоконтролю особистості. Як стійка риса особистісна тривожність «включається» тоді, коли людина сприймає ті чи ті подразники як загрозу для самооцінки та власної гідності. На відміну від неї, реактивна (ситуативна) тривога — це швидкоплинний емоційний стан, що виникає у відповідь на конкретну стресову ситуацію і суб'єктивно проявляється напруженням, занепокоєнням, нервозністю; за інтенсивністю та тривалістю така реакція може суттєво варіювати.

Аналіз анамнестичних даних пацієнтів із суїцидальними намірами показав дещо різний ступінь преморбідної соматичної обтяженості в досліджуваних групах. Більшою була представленість супутньої соматичної патології в групі пацієнтів із ГСТП (переважно кардіоваскулярні і цереброваскулярні розлади у вигляді артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця [17] та дисциркуляторна енцефалопатія). Преморбідна соматична патологія в групі ПП із політравмою була набагато меншою і представлена переважно респіраторними захворюваннями, розладами шлунково-кишкового тракту, побутовими і виробничими травмами тощо. Розбіжності між групами за представленістю цих захворювань виявилися суттєвими.

Клініко-психопатологічне дослідження за допомогою структурованого інтерв'ю показало таке. За аналізом скарг в групах дослідження визначено, що особам з ГСТП притаманні різноманітні скарги соматичного і вегетативного профілю. Щодо проявів афективно-когнітивного регістру, то найбільш виразними скаргами були суттєве зниження настрою, відчуття безнадії, роздратування та постійної напруги, відчуття безпідставної провини і покараності. Загальна оцінка поточного стану і майбутнього була негативно-песимістичною. Периопераційним пацієнтам із політравмою були притаманні скарги щодо постійної тривоги, страху стосовно власного стану, нав'язливих думок щодо перспектив одужання і відновлення, загального розчарування, засмученості, втрата інтересів з браком відчуття перспектив. На фоні тривожного стану визначалася загальна лабільність емоційних проявів, на межі тривоги та депресивного настрою, з порушеннями сну та фавулою страхів.

За результатами клініко-психопатологічного обстеження маємо достовірне розмежування категорій скарг, які утворюють фавулу порушень емоційної сфери. Для групи 1 з ГСТП — це депресивні прояви з соматовегетативним компонентом, для групи ПП — це тривожна симптоматика з обсесивним компонентом.

Аналізуючи отриманий розподіл рівнів клінічної симптоматики в обох групах, ми встановили, що виявлені як депресивні, так і тривожні прояви різного ступеня виразності.

З метою визначення суб'єктивної оцінки вираженості симптомів депресії проведено обстеження за шкалою А. Т. Бека.

Аналіз розподілу виразності депресивної симптоматики у пацієнтів дав змогу отримати чітку розбіжність в групах дослідження щодо оцінки власного стану (табл. 1).

Таблиця 1. Порівняння показників суб'єктивної оцінки депресії в групах дослідження (за даними шкали депресії А. Т. Бека)

Рівень депресії, бали	Пацієнти з ГСТП (n = 42)		ПП із політравмою (n = 49)		Критерій Фішера $\Phi_{\text{емп}}$
	абс.	%	абс.	%	
Виразна (19—22)	24	57,14	18	36,73	1,96*
Помірна (16—19)	16	38,1	25	51,02	1,24
Легка (10—15)	2	4,76	6	12,25	1,31
Відсутність (≤ 9)	—	—	—	—	—

Примітка: * — різниця між показниками пацієнтів групи 1 та групи 2 за критерієм Φ — кутове перетворення Фішера — достовірне ($p < 0,05$)

За результатами самооцінювання пацієнти з ГСТП (група 1) частіше відзначали виражені прояви депресивної симптоматики (57,14 %) як порівняти з пацієнтами групи 2 (36,73 %), причому ця різниця була статистично значущою ($\Phi = 1,96$; $p < 0,05$). Помірний рівень депресії виявлено у 38,10 % пацієнтів групи 1 та у 51,02 % пацієнтів групи 2, тоді як легкий рівень депресії спостерігався відповідно у 4,76 % і 12,25 % обстежених. Відмінності за помірним і легким рівнями депресії не досягли статистичної значущості ($p > 0,05$). Відсутності депресивних проявів не виявлено в жодній з досліджуваних груп.

Надалі розглянуті результати прояву депресії за субшкалами когнітивно-афективна та соматичні прояви. За результатами опитувальника шкали депресії Бека маємо розмежування категорій скарг, які утворюють фавулу депресивної симптоматики. Для групи з ГСТП — це соматичні прояви за самооцінюванням, а для групи періопераційних пацієнтів із політравмою — це афективно-когнітивна сфера.

У таблиці 2 наведений розподіл рівнів тривоги в групах досліджуваних пацієнтів за даними методики оцінки тривоги Ч. Д. Спілберґера — Ю. Л. Ханіна.

З огляду на проаналізовані дані, у більшості пацієнтів переважали високі показники реактивної тривоги й особистісної тривожності. Високі показники реактивної тривоги виявлені в обох групах хворих. Зокрема, у групі 1 — у 73,80 % пацієнтів із ГСТП та у групі 2 — у 87,76 % періопераційних пацієнтів із політравмою. Середній рівень тривоги достовірно вище відзначають 26,19 % осіб групи 1, а в групі 2 — лише 12,24 %.

Показники особистісної тривожності суттєво відрізнялись в досліджуваних групах. Високий рівень особистісної тривожності був притаманний 80,95 % пацієнтам групи 1 і лише 44,90 % пацієнтам групи 2.

Таблиця 2. Порівняння показників оцінки тривоги в групах дослідження (за даними методики оцінки тривоги Ч. Д. Спілберґера — Ю. Л. Ханіна)

Рівень виразності	Група 1, пацієнти з ГСТП (n = 42)		Група 2, ПП із політравмою (n = 49)		Критерій Фішера $\varphi_{\text{емп}}$
	абс.	%	абс.	%	
Реактивна тривога					
Високий	31	73,80	43	87,76	1,7
Середній	11	26,19	6	12,24	1,7
Низький	—	—	—	—	—
Особистісна тривожність					
Високий	34	80,95	22	44,90	3,6*
Середній	8	19,05	27	55,10	3,6*
Низький	—	—	—	—	—

Примітка: * — різниця між показниками пацієнтів групи 1 та групи 2 за критерієм φ — кутове перетворення Фішера — достовірна ($p < 0,05$)

Навпаки, середній рівень особистісної тривожності переважав у 55,10 % пацієнтів групи 2 і спостерігався лише у 19,05 % пацієнтів групи 1.

За даними психодіагностичного дослідження встановлено, що в усіх пацієнтів визначається досить високий рівень депресії і тривожних проявів. Проте, є і суттєві відмінності в групах хворих. У групі пацієнтів з ГСТП найбільш виразним був депресивний синдром. Зокрема, у 57,14 % пацієнтів з ГСТП відзначається рівень депресії виразного ступеня, у 38,10 % — помірного, лише у 4,76 % — легкого. Тоді як пацієнти групи 2 менш негативно оцінюють свій стан. У 51,02 % ПП відзначається рівень депресії помірного ступеня, у 12,25 % — легкого, і тільки у 36,73 % — виразного.

Високі показники реактивної тривоги відзначені в обох групах: у 73,80 % пацієнтів з ГСТП та у 87,76 % періопераційних пацієнтів із політравмою.

Виявлений тривожний синдром відображає внутрішньоособистісний конфлікт між об'єктивним рівнем небезпеки для хворого та рівнем його уявної самооцінки; саме ця суперечність є одною з основних мішеней психотерапевтичного втручання. Водночас високий рівень реактивної тривоги потребує психофармакологічної корекції, а наявність суттєво різних рівнів особистісної тривожності у пацієнтів досліджуваних груп зумовлює потребу у формуванні різних психотерапевтичних тактик щодо мобілізації власних особистісних ресурсів.

На відміну від цього тривожний компонент виступає складником депресивного або астенічного синдрому. Пацієнтам із ГСТП притаманно переважання астенічної симптоматики, що проявляється не лише погіршенням фізичного самопочуття, а й змінами поведінкових реакцій. Отримані результати свідчать про міцний взаємозв'язок емоційної та мотиваційної сфер особистості: інтенсивні негативні емоційні переживання суб'єктивно сприймаються як виснаження, яке так само сприяє виникненню дезадаптив-

них форм поведінки. Це проявляється підвищеною дратівливістю, схильністю до агресивних реакцій і зниженням здатності до позитивного емоційного реагування.

У пацієнтів із політравмою в періопераційному періоді домінує депресивний синдром із виразними експресивними проявами. За умов підвищеної тривожності увага пацієнтів переважно зосереджується не на пошуку шляхів подолання проблемної ситуації, а на усвідомленні власних обмежень і втрати функціональних можливостей. Така спрямованість підтримує аутоагресивні тенденції, що додатково посилює тривожність і супроводжується виникненням численних неприємних соматичних відчуттів. У результаті формується та поглиблюється депресивна симптоматика.

Виявлення тривожно-депресивного синдрому свідчить, що ще до розвитку критичної ситуації пацієнти тривалий час перебували в стані емоційного та фізичного дискомфорту. Це сприяло виробленню певних копінг-стратегій, тоді як особливості психотравматичної ситуації та її суб'єктивне сприйняття прискорили накопичення клінічних проявів і зумовили подальше погіршення фізичного самопочуття в обох досліджуваних групах.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Встановлено, що формування суїцидальних намірів для пацієнтів різних груп у відділеннях інтенсивної терапії має певні специфічні особливості.

Виявлено розмежування категорій скарг, які утворюють фабулу депресивної симптоматики. Для групи 1 з ГСТП — це соматичні прояви за самооцінюванням, а для групи 2 ПП — це афективно-когнітивна сфера.

У більшості пацієнтів переважали високі показники реактивної тривоги. Показники особистісної тривожності суттєво відрізнялись в досліджених групах. Високий рівень особистісної тривожності був притаманний 80,95 % пацієнтів групи 1 і лише 44,90 % пацієнтів групи 2.

Для пацієнтів з гострими станами терапевтичного профілю найбільш значущими чинниками формування суїцидальних намірів були такі. Серед клінічної симптоматики: глибока депресія, песимістичне сприйняття майбутнього, безпідставне відчуття провини, самозвинувачення, наявність хронічних захворювань, дезорганізація, дезорієнтація. Серед життєвих стресорних подій: симптоми стресу, що час від часу повторюються, небезпечна для життя хвороба, зміни в житті чи оточенні соціального характеру.

У періопераційних пацієнтів провідними чинниками формування суїцидальних намірів виступали такі клінічні прояви: страх, нав'язливі думки, стійка тривога, галюцинаторно-ілюзорні епізоди, дезорієнтація, дезорганізація поведінки, а також підозрілість, роздратованість, ворожість, ослаблений контроль над імпульсами, знижена критичність мислення, внутрішнє напруження, почуття безпорадності,

безнадії та виснаження, почуття провини, а також факт участі в екстремальних подіях. Серед життєвих стресорних подій відзначено гострий або поступовий дебют стресових симптомів, наростання їх вираженості, а також втрату близької людини внаслідок смерті чи розлучення. Визначені патопсихологічні механізми формування суїцидальних намірів — емоційний, когнітивний, психотичний.

Доведено, що у пацієнтів з гострими станами терапевтичного профілю суїцидальні наміри формуються переважно за емоційним та когнітивним механізмами.

У периопераційних пацієнтів із політравмою різною мірою реалізуються всі механізми формування суїцидальних намірів — емоційний, когнітивний та психотичний. Периопераційні пацієнти, які перебувають у стані свідомості, піддаються ризику розвитку суїцидальних думок, а потім і тенденцій.

У пацієнтів першої групи виявлялись частіше такі чинники суїцидального ризику: розлади емоційної сфери у вигляді високого ступеня депресії, високого рівня особистісної тривожності, а також тривалі стресогенні події у преморбіді. Для пацієнтів другої групи характерними чинниками суїцидального ризику були розлади емоційної сфери у вигляді високого рівня реактивної тривоги, вольові й афективні розлади, гострі стресогенні події в преморбіді.

Отримані дані стали підґрунтям для формування програми профілактики саморуйнівної поведінки і суїцидальних намірів пацієнтів з гострими станами терапевтичного профілю і периопераційних пацієнтів у відділеннях і палатах реанімації та інтенсивної терапії загальносоматичних лікарень. Програма побудована на персоніфікованому превенційному психіатричному і медико-психологічному супроводі пацієнтів.

Принципи формування програми превенційного психіатричного і медико-психологічного супроводу пацієнтів з гострими станами терапевтичного профілю і периопераційних пацієнтів у відділеннях і палатах реанімації та інтенсивної терапії загальносоматичних лікарень:

- персоніфікована скерованість;
- таргетна спрямованість на підставі урахування клінічної феноменології і провідних механізмів формування суїцидальних намірів;
- сполучений характер медико-біологічно- і психологічно-орієнтованих впливів;
- підбір методів психофармакологічної і психотерапевтичної корекції;
- оптимальне послідовне застосування методів психофармакологічної і психотерапевтичної корекції.

Впровадження цієї програми дасть змогу знизити летальність, суттєво покращить рівень медичної допомоги пацієнтів з гострими станами терапевтичного профілю та периопераційних пацієнтів, допоможе оптимізувати якість їх життя у відділеннях, палатах реанімації та інтенсивної терапії загальносоматичних лікарень.

Список літератури

1. Means restriction for suicide prevention / Yip PS, Caine E, Yousuf S, [et al.] // *The Lancet*. 2012. Vol. 379, Issue 9834. P. 2393–2399. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60521-2 (дата звернення: 13.01.2024).
2. Preventing suicide: A global imperative / World Health Organization. Geneva : WHO, 2014. 92 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> (дата звернення: 13.01.2024).
3. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці : навчальний посібник / Г. М. Кожина, Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва [та ін.]. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2019. 344 с. ISBN 978-617-505-704-9.
4. Influential Factors for and Outcomes of Hospitalized Patients with Suicide-Related Behaviors: A National Record Study in Taiwan from 1997–2010 / Lin YW, Huang HC, Lin MF [et al.] // *PLoS One*. 2016. Vol. 11, No. 2. P. e0149559. DOI: 10.1371/journal.pone.0149559
5. Нейропсихіатрія та поведінкова неврологія : посібник ; переклад 3-го видання / ред.: Дж. Дж. Баррі, С. Н. Баджестан, Дж. Л. Каммінгс, М. Р. Трімбл ; наук. ред. укр. видання Б. Михайлов, Л. Герасименко, Р. Ісаков. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2024. 373 с. ISBN 978-617-505-968-5
6. Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior / Nock MK, Park JM, Finn CT [et al.] // *Psychological Science*. 2010. Vol. 21, Issue 4. P. 511–517. DOI: 10.1177/0956797610364762 (дата звернення: 13.01.2024).
7. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресії та їх терапія у осіб похилого віку / Н. О. Марута, Т. В. Панько // *Український вісник психоневрології*. 2011. Т. 19, вип. 1 (66). С. 66—71. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2011_19_1_19 (дата звернення: 13.01.2024).
8. Клінічна суїцидологія : підручник / за заг. ред. Л. М. Юр'євої, Н. О. Марути, І. В. Лінського. Харків : Строков Д. В., 2020. 301 с. ISBN 978-966-2571-17-2
9. Юр'єва Л. Н. Клінічна суїцидологія : монографія. Дніпропетровськ : Пороги, 2006. 472 с. URL: <https://library.gov.ua/klinichna-suyitsydologiya/>
10. Бархаленко Е. В. Деякі чинники, що формують суїцидальну поведінку // *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика : збірник наукових праць* / ред. С. І. Яковенко. Київ, 2002. 270 с.
11. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review / Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3, Issue 7. P. 646–659. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X (дата звернення: 13.01.2024).
12. Саржевський С. Н. Суїцидологія : навчальний посібник. Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. 87 с. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/11959>
13. Sjúlfsvígstílaunir meðhöndláðar á gjörgæsludeildum Landspítala árin 2000–2004 / [Sverrisson KO, Pálsson SP, Sigvaldason K, Kárasón S.] // *Laeknablaðid*. 2010. Vol. 96, Issue 2. P. 101–107. DOI: 10.17992/ibl.2010.02.11 (дата звернення: 13.01.2024).
14. Emotion traits in older suicide attempters and non-attempters / Seidltz L, Conwell Y, Duberstein P, [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2001. Vol. 66, No. 2–3. P. 123–131. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00300-1
15. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці — сімейній медицині : навчальний посібник / Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Чугунов В. В. [та ін.] ; за заг. ред.

Б. В. Михайлова. 5-е видання, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО, 2014. 328 с. URL: https://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/2748/1/Експерим-псих_исследование.pdf

16. An Inventory for Measuring Depression / [A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Erbaugh] // Archives of General Psychiatry. 1961. Vol. 4, no. 6. P. 561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

17. Михайлов Б. В. Побудова системи психотерапії у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця / Б. В. Михайлов, Б. С. Федак // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 118. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_2_49

18. Михайлов Б. В. Психотерапія в соматичній медицині. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2025. 215 с. ISBN 978-617-8347-17-8

References

1. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 2012;379(9834):2393–2399. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60521-2

2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO, 2014. 92 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

3. Kozhyna H. M., Maruta N. O., Yur'ieva L. M. et al. *Psykhiatrīa ta narkologīa v zahal'nij medychnij praktiky [Psychiatry and narcology in general medical practice]*. Kyiv : All-Ukrainian Specialized Publishing House "Medycyna", 2019. 344 p. ISBN 978-617-505-704-9 (In Ukrainian).

4. Lin YW, Huang HC, Lin MF, Shyu ML, Tsai PL, Chang HJ. Influential Factors for and Outcomes of Hospitalized Patients with Suicide-Related Behaviors: A National Record Study in Taiwan from 1997–2010. *PLoS One*. 2016;11(2):e0149559. Published 2016 Feb 22. DOI: 10.1371/journal.pone.0149559

5. *Neiropsykhiatrija ta povedinkova nevrolohija [Neuropsychiatry and Behavioral Neurology]* : translation of the 3rd edition ; ed.: John J. Barry, Sepideh N. Bajestan, Jeffrey L. Cummings, Michael R. Trimble; sci. ed. of ukr. ed. B. V. Mykhailov [et al.]. Kyiv: All-Ukrainian Specialized Publishing House "Medycyna", 2024. 373 p. ISBN 978-617-505-968-5 (In Ukrainian).

6. Nock MK, Park JM, Finn CT, Deliberto TL, Dour HJ, Banaji MR. Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychol Sci*. 2010;21(4):511–517. DOI: 10.1177/0956797610364762

7. Maruta N. O., Panko T. V. Kliniko-psykhopatologichni osoblyvosti depresiji ta jikh terapija u osib pokhylogo viku [Clinical and psychopathological features of depression and its therapy in elderly patients]. *Ukraïns'kij visnik psihonevrologii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2011;19(1):66–71. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2011_19_1_19 (In Ukrainian).

8. *Klinichna sujicydologija [Clinical suicidology]* / ed. L. M. Yurieva, N. O. Maruta, I. V. Linskiy. Kharkiv : Strokov D. V., 2020. 302 p. ISBN 978-966-2571-17-2 (In Ukrainian).

9. Yureva L. M. *Klinichna sujicydologija [Clinical suicidology]*. Dnipropetrovsk : Porohy, 2006. 472 p. URL: <https://library.gov.ua/klinichna-sujicydologiya/> (In Ukrainian).

10. Barkhalenکو E. V. Dejaki chynnyky, shcho formujutj sujicydal'nu povedinku [Some factors shaping suicidal behavior]. In: *Psykhologija sujicydal'noji povedinky: Diagnostyka, korekcija, profilaktyka [Psychology of suicidal behavior: Diagnosis, correction, prevention]* / ed. S. I. Yakovenko. Kyiv, 2002. 270 p. (In Ukrainian).

11. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646–659. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X

12. Sarzhevskiy S. N. *Suitsydolohiia [Suicidology]*. Zaporizhzhia: ZDMU, 2020, 87p. URL: <https://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/11959> (In Ukrainian).

13. Sverrisson KO, Palsson SP, Sigvaldason K, Kárasón S. *Sjálfsvígstílaunir meðhöndlðar á gjörgæsludeildum Landspítala árin 2000–2004 [Clinical aspects and follow up of suicide attempts treated in a general intensive care unit at Landspítali University Hospital in Iceland 2000–2004]*. *Laeknabladid*. 2010;96(2):101–107. DOI: 10.17992/ibl.2010.02.11 (In Icelandic).

14. Seidlitz L, Conwell Y, Duberstein P, Cox C, Denning D. Emotion traits in older suicide attempters and non-attempters. *J Affect Disord*. 2001;66(2-3):123–131. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00300-1

15. Mykhailov B. V., Serdiuk O. I., Chuhunov V. V., Kurylo V. O., Andruk P. H., Zasieda Yu. I. *Eksperymental'no-psykholohichne doslidzhennja v zaghal'nij praktiky — simejinij medytsyni [Experimental-psychological research in general practice — family medicine]* / ed. B. V. Mykhailov. 5th ed., rev. and suppl. Kharkiv : KhMAPO, 2014. 328 p. https://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/2748/1/Експерим-псих_исследование.pdf (In Ukrainian).

16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

17. Mykhailov B. V., Fedak B. S. Pobudova systemy psykhoterapiji u khvorykh na arterialnu ghipertenziju ta ishemichnu khvorobu sertsja [Development of a psychotherapy system in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease]. *Ukraïns'kij visnik psihonevrologii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2015;23(2):118. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_2_49 (In Ukrainian).

18. Mykhailov B. V. *Psykhoterapija v somatichnij medycyni [Psychotherapy in somatic medicine]*. Kyiv: All-Ukrainian Specialized Publishing House "Medycyna", 2025. 224 p. ISBN 978-617-8347-17-8 (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 23.07.2026
Ухвалена до друку 4.08.2026

Відомості про авторів:

МИХАЙЛОВ Борис Володимирович доктор медичних наук, професор кафедри*; <https://orcid.org/0000-0001-9328-1937>; e-mail: b.mikhailov@kmu.edu.ua

ДАВИДЕНКО Ольга Володимирівна, аспірант кафедри*; <https://orcid.org/0009-0004-7326-6384>; e-mail: olgadavidenko999@gmail.com

* — кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Information about authors:

MYKHAILOV Borys, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department*; <https://orcid.org/0000-0001-9328-1937>; e-mail: b.mikhailov@kmu.edu.ua

DAVIDENKO Olha, Postgraduate Student of the Department*; <https://orcid.org/0009-0004-7326-6384>; e-mail: olgadavidenko999@gmail.com

** — Department of General, Children's, Forensic Psychiatry and Narcology of the P. L. Shupyk National Health Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine