

**ПРЕДИКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ***Н.О. Марута<sup>1</sup>, С.О. Ярославцев<sup>2</sup>*

1 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків Україна

2 КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги», м. Херсон Україна

**Ключові слова:**  
пацієнти з  
когнітивними  
порушеннями,  
депресивні розлади,  
суїцидальний  
ризик, рекурентний  
депресивний розлад,  
біполярний депресивний  
розлад, пролонгована  
депресивна реакція.

Буковинський медичний  
вісник. Т.24, № 4 (96).  
С. 58-64.

DOI: 10.24061/2413-0737.  
XXIV.4.96.2020.103

**E-mail:** mscience@ukr.  
net, kalenskaya\_galina@  
ukr.net

**Мета дослідження** – визначити предиктори суїцидального ризику у пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

**Матеріал і методи.** У дослідженні взяли участь 362 пацієнти з когнітивними порушеннями при депресивних розладах: 123 пацієнти з рекурентними депресивними розладами, 141 пацієнт із біполярними афективними розладами та 98 пацієнтів із пролонгованою депресивною реакцією. Для дослідження чинників суїцидальної поведінки у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах використовувався комплекс методів дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (опитувальник «Самооцінка вираженості аутоагресивних предикторів») та математико-статистичний.

**Результати дослідження.** Визначені предиктори суїцидального ризику в пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах. У пацієнтів із рекурентними депресивними розладами встановлений помірний рівень аутоагресії та агресії, низький рівень імпульсивності, високий та виражений рівень звуження когнітивних функцій, виражене звуження міжособистісних стосунків, вираженість афективних порушень, середній та виражений рівень вегетативних розладів. У пацієнтів із біполярними афективними розладами визначався виражений та помірний рівень аутоагресії, агресії та імпульсивності, високий та виражений рівень звуження когнітивних функцій, виражене звуження міжособистісних стосунків, вираженість афективних порушень, середній та виражений рівень вегетативних розладів. У пацієнтів із пролонгованою депресивною реакцією встановлений помірний рівень аутоагресії і звуження когнітивних функцій, низький рівень агресії, виражений рівень імпульсивності, афективних порушень і звуження міжособистісних стосунків та високий рівень вегетативних розладів.

**Висновки.** У результаті дослідження визначені особливості суїцидальної поведінки в пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах, які можуть виступати як діагностичні критерії та предиктори суїцидальної поведінки при проведенні диференціальної діагностики пацієнтів та можуть враховуватись при створенні психокорекційних програм, спрямованих на редукацію суїцидального ризику.

**ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ***Н.А. Марута, С.А. Ярославцев*

**Цель исследования** – определить предикторы суицидального риска у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах.

**Материалы методы.** В исследовании приняло участие 362 пациента с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах: 123 пациента с рекуррентными депрессивными расстройствами, 141 пациент с биполярными аффективными расстройствами и 98 пациентов с

**Ключевые слова:**

пациенты с когнитивными нарушениями, депрессивные расстройства, суицидальный риск, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное депрессивное расстройство, пролонгированная депрессивная реакция.

Буковинский медицинский вестник. Т.24, № 4 (96). С.58-64.

пролонгированной депрессивной реакцией. Для исследования факторов суицидального поведения у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах использовался комплекс методов исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический (опросник «Самооценка выраженности аутоагрессивных предикторов») и математико-статистический.

**Результаты исследования.** Определены предикторы суицидального риска у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах. У пациентов с рекуррентными депрессивными расстройствами определен умеренный уровень аутоагрессии и агрессии, низкий уровень импульсивности, высокий и выраженный уровень сужения когнитивных функций, выраженное сужение межличностных отношений, выраженность аффективных нарушений, средний и выраженный уровень вегетативных расстройств. У пациентов с биполярными аффективными расстройствами отмечался выраженный и умеренный уровень аутоагрессии, агрессии и импульсивности, высокий и выраженный уровень сужения когнитивных функций, выраженное сужение межличностных отношений, выраженность аффективных нарушений, средний и выраженный уровень вегетативных расстройств. У пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией был выявлен умеренный уровень аутоагрессии и сужения когнитивных функций, низкий уровень агрессии, выраженный уровень импульсивности, аффективных нарушений и сужения межличностных отношений и высокий уровень вегетативных расстройств.

**Выводы.** В результате исследования определены особенности суицидального поведения у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах, которые могут выступать в качестве диагностических критериев и предикторов суицидального поведения при проведении дифференциальной диагностики и могут учитываться при создании психокоррекционных программ, направленных на редукцию суицидального риска.

## **PREDICTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENTS IN DEPRESSIVE DISORDERS**

*N.A. Maruta, S.A. Yaroslavtsev*

**Key words:** patients with cognitive impairments, depressive disorders, suicidal risk, recurrent depressive disorder, bipolar depressive disorder, prolonged depressive reaction.

*Bukovinian Medical Herald. V.24, № 4 (96). P. 58-64.*

**The aim of the study** was to determine predictors of suicide risk in patients with cognitive impairment in depressive disorders.

**Material and methods.** 362 patients with cognitive impairment in depressive disorders were examined: 123 patients with recurrent depressive disorder, 141 patients with bipolar affective disorder and 98 patients with prolonged depressive reaction. A set of research methods was used to study the factors of suicidal behavior in patients with cognitive impairment in depressive disorders: clinical-psychopathological, psychodiagnostic (questionnaire "Self-assessment of the severity of autoaggressive predictors") and mathematical-statistical.

**Results of the research.** Predictors of suicide risk in patients with cognitive impairment in depressive disorders were identified. The moderate level of autoaggression and aggression, low level of impulsivity, high and severe narrowing of cognitive functions, severe narrowing of interpersonal relationships, severity of affective disorders, moderate and severe autonomic disorders were identified in patients with recurrent depressive disorder. Pronounced and moderate level of autoaggression, aggression and impulsivity, high and pronounced level of narrowing of cognitive functions, pronounced narrowing of interpersonal relationships, severity of affective disorders, moderate and severe level of autonomic

## Оригінальні дослідження

*disorders were identified in patients with bipolar affective disorder. Moderate levels of autoaggression and narrowing of cognitive functions, low levels of aggression, severe impulsivity, affective disorders and narrowing of interpersonal relationships, and high levels of autonomic disorders were identified in patients with prolonged depressive reaction.*

**Conclusions.** *As a result of the study, the features of suicidal behavior in patients with cognitive impairment in depressive disorders were identified. It can act as diagnostic criteria and predictors of suicidal behavior in differential diagnostics and could take into account when creating psychocorrectional programs aimed at reducing suicidal risk in patients with cognitive dysfunctions in depressive disorders.*

**Вступ.** Суїцидальну поведінку, у силу тяжкості медичних, соціально-психологічних і економічних наслідків, зараховують до категорії не тільки загальномедичних, але і глобальних проблем людства [1]. За даними ВООЗ, рівень самогубств у світі за останні 45 років зріс на 60 % [2]. Найбільш високим суїцидальним ризиком (СР) характеризується населення Східної Європи, де рівень самогубств варіюється від 3,8 до 40 на 100 000 населення [2, 3]. Відомо, що СР серед хворих, які перебувають на обліку в психоневрологічних диспансерах, у 35 разів вище, ніж у популяції психічно здорових осіб [1, 3, 4]. При цьому депресивний синдром є найбільш суїцидально-безпечним серед всіх психопатологічних синдромів [4, 5]. Відсоток виявлених афективних порушень у суїцидентів становить від 70 до 80 % [2, 4, 6-11]. Більшістю авторів відзначається істотне збільшення ризику повторних суїцидальних дій у осіб, які раніше вчиняли суїцидальні спроби [12]. Суїцидальна поведінка при депресивному синдромі є предметом досліджень учених, практичних лікарів, соціологів, психологів, психіатрів [1, 3, 4-7, 13]. Однак незважаючи на активне вивчення цього питання і практичне впровадження різноманітних підходів до профілактики самогубств, рівень суїцидів при депресивних розладах (ДР), як і раніше, залишається високим [7, 10, 14]. Однією з умов успішної профілактики суїцидів при ДР є можливість досить точно оцінити СР у конкретного пацієнта з депресією [4, 9, 10, 13]. Для цього необхідно мати чітке уявлення про предиктори суїцидальної поведінки, що впливають на СР [5, 8, 12]. Тим часом, саме в цьому питанні досі відсутня єдність поглядів [1, 7, 12, 13, 15]. Відсутні систематизовані дані, що дозволяють диференційовано виділити предиктори СР при різних типах ДР, що і визначило мету і завдання нашого дослідження.

**Мета дослідження** – визначити предиктори суїцидального ризику у пацієнтів із когнітивними порушеннями (КП) при депресивних розладах.

**Матеріал і методи.** У дослідженні взяли участь 362 пацієнти з КП при ДР: 123 пацієнти з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнт із біполярними афективними розладами (БАР) та 98 пацієнтів із пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

Серед обстежених пацієнтів із КП з ДР при РДР було 57 чоловіків ( $46,34 \pm 2,78$ ) % і 66 жінок ( $53,66 \pm 2,99$ ) %, серед пацієнтів з БАР – 76 чоловіків ( $53,90 \pm 2,61$ ) % та 65 жінок ( $46,10 \pm 2,42$ ) %, а серед пацієнтів із ПДР – 43

чоловіки ( $43,88 \pm 3,39$ ) % та 55 жінок ( $56,12 \pm 3,83$ ) %, що в цілому відповідає типовому розподілу за статтю при ДР. Тобто, серед обстежених переважали особи жіночої статі (51,96 %, ДК = 0,66, МІ = 0,02,  $p = 0,046$ ), лише в групі пацієнтів із БАР було більше чоловіків (53,90 %, ДК = 0,66, МІ = 0,02,  $p = 0,046$ ). Переважна кількість пацієнтів із КП при ДР характеризувалась віком 30-44 роки (38,12 %). Осіб молодого віку (18-29 років) було більше серед пацієнтів із ПДР (21,43 %, ДК = 8,19, МІ = 0,74,  $p = 0,0001$ ) та серед осіб із БАР (31,21 %, ДК = 9,82, МІ = 1,37,  $p = 0,0001$ ), а осіб середнього віку (45-59 років) та осіб літнього віку (60-65 років) – серед пацієнтів із РДР (37,40 %, ДК = 1,54, МІ = 0,09,  $p = 0,016$  та 17,07 %, ДК = 4,78, МІ = 0,27,  $p = 0,002$ ).

Для дослідження чинників суїцидальної поведінки при КП у пацієнтів із ДР використовувався комплекс методів дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (опитувальник «Самооцінка вираженості аутоагресивних предикторів») та математико-статистичний [16]. Статистична обробка даних застосовувалась для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних похибок (у форматі  $\% \pm m$  %), достовірності відмінностей (критерії Стьюдента, точний метод Фішера [t], Колмогорова-Смірнова [λ]). Статистична обробка результатів проводилась за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У результаті аналізу вираженості СР визначено, що в пацієнтів із РДР низький рівень СР встановлений у 31,71 % пацієнтів, помірний рівень зафіксований у 40,65 % осіб та високий рівень визначався у 27,64 % пацієнтів. У 41,13 % пацієнтів із БАР зафіксований помірний рівень СР, у 40,43 % осіб – високий рівень СР та у 18,44 % – низький рівень СР. У більшості пацієнтів із ПДР встановлений високий рівень СР ( $45,92 \pm 3,48$ ) %, у значної кількості пацієнтів із ПДР визначався помірний рівень СР ( $36,73 \pm 3,01$ ) % та у 17,35% пацієнтів зафіксований низький рівень СР. Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що пацієнтів із низьким рівнем СР було більше серед пацієнтів із РДР (31,71%) порівняно з хворими на БАР (18,44 %, ДК = 2,35, МІ = 0,16,  $p < 0,0051$ ) та ПДР (17,35 %, ДК = 2,62, МІ = 0,196,  $p < 0,0062$ ), серед яких переважали особи з високим рівнем СР (40,43 %, ДК = 1,65, МІ = 0,11,  $p < 0,0096$  та 45,92 %, ДК = 2,20, МІ = 0,20,  $p < 0,0021$  відповідно).

Аналіз самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів дозволив визначити особливості в характері

аутоагресивних спонукань і їх вираженості в пацієнтів із КП при ДР (табл.1). Шкала аутоагресії визначала наявність і вираженість аутоагресивних тенденцій пацієнтів. Так, у 22,76 % пацієнтів із РДР визначався низький рівень аутоагресії, у 38,21 % - помірний, у 30,08 % - виражений рівень та у 8,94 % - високий рівень аутоагресії. У більшості пацієнтів із БАР встановлений помірний (39,72 ± 2,20) % та виражений (38,30 ± 2,15) % рівні аутоагресії, у

13,48 % пацієнтів – низький рівень та у 8,51 % - високий рівень аутоагресії. У 21,43 % пацієнтів із ПДР визначений низький рівень аутоагресії, у 37,76 % фіксувався помірний рівень, у 30,61 % - виражений рівень та у 10,20 % - високий рівень аутоагресії.

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив довести, що кількість пацієнтів із низьким рівнем аутоагресії була більшою серед пацієнтів із РДР та ПДР (22,76 % та

Таблиця 1

Вираженість аутоагресивних предикторів у пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах

Найменування показників	РДР (n = 123)		БАР (n = 141)		ПДР (n = 98)	
	Абс.	% ± m %	Абс.	% ± m %	Абс.	% ± m %
<b>аутоагресія</b>						
низький рівень	28	22,76 ± 1,64	19	13,48 ± 0,90	21	21,43 ± 1,96
помірний рівень	47	38,21 ± 2,46	56	39,72 ± 2,20	37	37,76 ± 3,07
виражений рівень	37	30,08 ± 2,06	54	38,30 ± 2,15	30	30,61 ± 2,63
високий рівень	11	8,94 ± 0,70	12	8,51 ± 0,58	10	10,20 ± 1,00
<b>агресія</b>						
низький рівень	34	27,64 ± 1,93	11	7,80 ± 0,54	48	48,98 ± 3,61
помірний рівень	43	34,96 ± 2,31	67	47,52 ± 2,46	32	32,65 ± 2,76
виражений рівень	29	23,58 ± 1,69	36	25,53 ± 1,57	11	11,22 ± 1,09
високий рівень	17	13,82 ± 1,05	27	19,15 ± 1,23	7	7,14 ± 0,71
<b>імпульсивність</b>						
низький рівень	60	48,78 ± 2,86	16	11,35 ± 0,76	21	21,43 ± 1,96
помірний рівень	36	29,27 ± 2,02	48	34,04 ± 1,97	19	19,39 ± 1,79
виражений рівень	21	17,07 ± 1,27	59	41,84 ± 2,28	48	48,98 ± 3,61
високий рівень	6	4,88 ± 0,39	18	12,77 ± 0,85	10	10,20 ± 1,00
<b>звуження когнітивних функцій</b>						
низький рівень	10	8,13 ± 0,64	12	8,51 ± 0,58	17	17,35 ± 1,63
помірний рівень	21	17,07 ± 1,27	29	20,57 ± 1,31	45	45,92 ± 3,48
виражений рівень	48	39,02 ± 2,50	62	43,97 ± 2,35	28	28,57 ± 2,49
високий рівень	44	35,77 ± 2,35	38	26,95 ± 1,65	8	8,16 ± 0,81
<b>звуження міжособистісних контактів</b>						
низький рівень	13	10,57 ± 0,82	6	4,26 ± 0,30	7	7,14 ± 0,71
помірний рівень	23	18,70 ± 1,38	28	19,86 ± 1,27	23	23,47 ± 2,12
виражений рівень	52	42,28 ± 2,63	77	54,61 ± 2,63	41	41,84 ± 3,29
високий рівень	35	28,46 ± 1,97	30	21,28 ± 1,35	27	27,55 ± 2,42
<b>афективні порушення</b>						
низький рівень	19	15,45 ± 1,16	14	9,93 ± 0,67	6	6,12 ± 0,61
помірний рівень	27	21,95 ± 1,59	44	31,21 ± 1,85	37	37,76 ± 3,07
виражений рівень	53	43,09 ± 2,66	52	36,88 ± 2,09	45	45,92 ± 3,48
високий рівень	24	19,51 ± 1,43	31	21,99 ± 1,39	10	10,20 ± 1,00
<b>вегетативні розлади</b>						
низький рівень	8	6,50 ± 0,52	12	8,51 ± 0,58	4	4,08 ± 0,41
помірний рівень	34	27,64 ± 1,93	47	33,33 ± 1,94	11	11,22 ± 1,09
виражений рівень	49	39,84 ± 2,53	51	36,17 ± 2,06	34	34,69 ± 2,89
високий рівень	32	26,02 ± 1,83	31	21,99 ± 1,39	49	50,00 ± 3,64

## Оригінальні дослідження

21,43 % відповідно), ніж серед пацієнтів із БАР (13,48 %, ДК = 2,28, МІ = 0,11,  $p < 0,0188$  та ДК = 2,01, МІ = 0,08,  $p < 0,0382$  відповідно), у яких більше пацієнтів із вираженим рівнем аутоагресії (38,30 %) порівняно з пацієнтами з РДР (30,08 %, ДК = 1,05, МІ = 0,04,  $p < 0,0390$ ).

Шкала агресії діагностувала наявність агресивних тенденцій пацієнтів, спрямованих зовні. У 27,64 % пацієнтів із РДР зафіксований низький рівень агресії, у 34,96 % пацієнтів визначався помірний рівень агресії, у 23,58 % – виражений та у 13,82 % осіб – високий рівень агресії. У більшості пацієнтів із БАР встановлений помірний рівень агресії (47,52 ± 2,46) %, у 25,53 % пацієнтів зафіксований виражений рівень та у 19,15 % осіб – високий рівень агресії. У більшості пацієнтів із ПДР встановлений низький та помірний рівні агресії (48,98 ± 3,61 % та 32,65 ± 2,76 % відповідно). Статистичний аналіз отриманих даних дозволив довести, що кількість пацієнтів із низьким рівнем агресії була більшою серед пацієнтів із ПДР (48,98 %), ніж у хворих на РДР та БАР (27,64 %, ДК = 2,48, МІ = 0,27,  $p < 0,0005$  та 7,80 %, ДК = 7,98, МІ = 1,64,  $p < 0,0001$  відповідно), серед яких було більше осіб з вираженим (23,58 %, ДК = 3,22, МІ = 0,20,  $p < 0,0008$  та 25,53 %, ДК = 3,57, МІ = 0,26,  $p < 0,0028$  відповідно) та високим (13,82 %, ДК = 2,87, МІ = 0,10,  $p < 0,0407$  та 19,15 %, ДК = 4,28, МІ = 0,26,  $p < 0,004$  відповідно) рівнем агресії. Треба також відзначити, що пацієнтів із помірним рівнем агресії було більше серед пацієнтів із БАР (47,52 %), ніж серед хворих на РДР та ПДР (34,96 %, ДК = 1,33, МІ = 0,08,  $p < 0,0119$  та 19,39 %, ДК = 2,44, МІ = 0,18,  $p < 0,005$  відповідно).

Шкала імпульсивності визначала наявність і вираженість у пацієнтів із депресивними розладами імпульсивності. У більшості пацієнтів із РДР відзначався низький рівень імпульсивності (48,78 ± 2,86) %, у 29,27 % осіб імпульсивність була помірною, а в 17,07 % - вираженою. У більшості пацієнтів із БАР спостерігався виражений рівень імпульсивності (41,84 ± 2,28) %, у значної частини пацієнтів також встановлений помірний рівень імпульсивності (34,04 ± 1,97) %. У більшості пацієнтів із ПДР зафіксований виражений рівень імпульсивності (48,98 ± 3,61) %, у 21,43 % осіб – низький рівень, а у 19,39 % – помірний рівень. Статистичний аналіз отриманих даних дозволив довести, що пацієнти із РДР відрізнялись більшою кількістю пацієнтів із низьким рівнем імпульсивності (48,78 %) та меншою кількістю пацієнтів із вираженим рівнем імпульсивності (17,07 %) порівняно з пацієнтами з БАР (11,35 %, ДК = 6,33, МІ = 1,19,  $p < 0,0001$  та 41,84 %, ДК = 3,89, МІ = 0,48,  $p < 0,0001$  відповідно) та ПДР (21,43 %, ДК = 3,57, МІ = 0,49,  $p < 0,0001$  та 48,98 %, ДК = 4,58, МІ = 0,73,  $p < 0,0001$  відповідно); більшою кількістю пацієнтів з помірним рівнем імпульсивності (29,27 %) порівняно з хворими на ПДР (19,39 %, ДК = 1,79, МІ = 0,09,  $p < 0,0303$ ) та меншою кількістю пацієнтів з високим рівнем імпульсивності (4,88 %) порівняно з хворими на БАР (12,77 %, ДК = 4,18, МІ = 0,16,  $p < 0,014$ ). Пацієнти з ПДР відрізнялись більшою кількістю із низьким рівнем імпульсивності (21,43 %) порівняно з хворими на БАР (11,35 %, ДК = 2,76, МІ = 0,14,  $p < 0,0159$ ), серед яких переважали пацієнти з помірним рівнем вираженості

(34,04 %, ДК = 2,44, МІ = 0,18,  $p < 0,005$ ).

Шкала звуження когнітивних функцій визначала наявність і вираженість когнітивних порушень, при яких знижується критика до здійснюваних вчинків, у тому числі й аутоагресивних. Так, встановлено, що в більшості пацієнтів із РДР визначався виражений та високий рівень звуження когнітивних функцій (39,02 ± 2,50 % та 35,77 ± 2,35 % відповідно). У більшості пацієнтів із БАР встановлено виражене звуження когнітивних функцій (43,97 ± 2,35) %, у 26,95 % осіб зафіксований високий рівень та у 20,57 % осіб – помірний рівень звуження когнітивних функцій. У більшості пацієнтів із ПДР визначалось помірне звуження когнітивних функцій (45,92 ± 3,48) %, у 28,57 % осіб встановлений виражений рівень та у 17,35 % - низький рівень. Статистичний аналіз отриманих даних дозволив довести, що кількість пацієнтів із низьким та помірним рівнем звуження когнітивних функцій була більшою серед пацієнтів із ПДР (17,35 % та 45,92 % відповідно) порівняно з пацієнтами з РДР (8,13 %, ДК = 3,29, МІ = 0,15,  $p < 0,0196$  та 17,07 %, ДК = 4,30, МІ = 0,62,  $p < 0,0001$  відповідно) та БАР (8,51 %, ДК = 3,09, МІ = 0,14,  $p < 0,0201$  та 20,57 %, ДК = 3,49, МІ = 0,44,  $p < 0,0002$  відповідно), серед яких було більше пацієнтів із високим (35,77 %, ДК = 6,42, МІ = 0,89,  $p < 0,0001$  та 26,95 %, ДК = 5,19, МІ = 0,49,  $p < 0,0001$  відповідно) та вираженим (39,02 %, ДК = 1,35, МІ = 0,07,  $p < 0,0308$  та 43,97 %, ДК = 1,87, МІ = 0,14,  $p < 0,0058$  відповідно) рівнями звуження когнітивних функцій. Слід зазначити, що пацієнтів із високим рівнем звуження когнітивних функцій було більше серед пацієнтів із РДР (35,77 %), ніж серед пацієнтів із БАР (26,95 %, ДК = 1,23, МІ = 0,05,  $p < 0,0323$ ).

Шкала звуження розладів міжособистісних контактів діагностувала наявність і вираженість проблем міжособистісного контакту, які можуть призвести до суїцидальної поведінки. Так, встановлено, що серед пацієнтів із РДР у 42,28 % осіб визначалось виражене звуження міжособистісних контактів, у 28,46 % осіб зафіксований високий рівень, у 18,70 % - помірний рівень та у 10,57 % осіб – низький рівень звуження кола спілкування. При БАР у переважній більшості пацієнтів діагностовано виражене звуження міжособистісних контактів (54,61 ± 2,63) %, помірне звуження кола спілкування визначалось у 19,86 % пацієнтів із БАР, а високий рівень – у 21,28 % осіб. У значній кількості пацієнтів із ПДР встановлений виражений рівень звуження міжособистісних контактів, у 27,55 % осіб – високий рівень, у 23,47 % осіб – помірний рівень. Статистичний аналіз отриманих даних дозволив довести, що серед пацієнтів із РДР було більше осіб із низьким та високим рівнем звуження кола спілкування (10,57 % та 28,46 % відповідно) порівняно з пацієнтами з БАР (4,26 %, ДК = 3,95, МІ = 0,12,  $p < 0,0277$  та 21,28 %, ДК = 1,26, МІ = 0,05,  $p < 0,0460$  відповідно), серед яких було більше осіб із вираженим звуженням міжособистісної взаємодії порівняно з хворими на РДР та ПДР (54,61 %, ДК = 1,11, МІ = 0,07,  $p < 0,0134$  та ДК = 1,16, МІ = 0,07,  $p < 0,016$  відповідно).

Шкала афективних порушень виявляла афективний розлад – депресію і ступінь її вираженості. Визначено,

що виражений рівень афективних порушень встановлений у 43,09 % пацієнтів із РДР, помірний – у 21,95 % осіб, високий рівень зафіксований у 19,51 % пацієнтів, а низький – у 15,45 % осіб. У 31,21 % пацієнтів із БАР визначався помірний рівень афективних порушень, у 36,88 % осіб – виражений рівень та у 21,99 % пацієнтів рівень афективних порушень був високим. У значної кількості пацієнтів із ПДР зафіксований виражений та помірний рівень афективних порушень ( $45,92 \pm 3,48$  % та  $37,76 \pm 3,07$  % відповідно). Статистичний аналіз отриманих даних дозволив довести, що серед пацієнтів із РДР було більше осіб із низьким та високим рівнями афективних порушень (15,45 % та 19,51 % відповідно) порівняно з пацієнтами з ПДР (6,12 %, ДК = 4,02, МІ = 0,19,  $p < 0,0159$  та 10,20 %, ДК = 2,82, МІ = 0,13,  $p < 0,0246$  відповідно), серед яких було більше осіб із помірним рівнем афективних порушень (37,76 %, ДК = 2,36, МІ = 0,19,  $p < 0,0044$ ). Серед пацієнтів із БАР було більше осіб із високим рівнем афективних порушень (21,99 %) порівняно з пацієнтами з ПДР (10,20 %, ДК = 3,33, МІ = 0,20,  $p < 0,007$ ), серед яких було більше осіб із вираженим рівнем афективних порушень (45,92 %, ДК = 0,95, МІ = 0,04,  $p < 0,0401$ ). Також треба зазначити, що пацієнтів із помірним рівнем афективних порушень було більше серед пацієнтів із БАР (31,21 %) порівняно з пацієнтами з РДР (21,95 %, ДК = 1,53, МІ = 0,07,  $p < 0,0267$ ).

Шкала вегетативних розладів визначала вираженість порушень вегетативної нервової системи, напруженість психічної діяльності, ступінь залученості вегетативної нервової системи в аутоагресивної поведінці пацієнтів із депресивними розладами. Визначено, що в 39,84 % пацієнтів із РДР визначались виражені, у 27,64 % - помірні, у 26,02 % - сильні вегетативні розлади. У 33,33 % пацієнтів із БАР встановлений помірний рівень вегетативних порушень, у 36,17 % - виражений рівень та у 21,99 % пацієнтів – високий рівень. У половини пацієнтів із ПДР встановлений високий рівень вегетативних порушень ( $50,00 \pm 3,64$  %), у 34,69 % осіб зафіксовані виражені вегетативні розлади. Статистичний аналіз отриманих даних дозволив довести, що серед пацієнтів із ПДР було більше осіб із високим рівнем вегетативних порушень (50,00 %) порівняно з пацієнтами з РДР та БАР (26,02 %, ДК = 2,84, МІ = 0,34,  $p < 0,0001$  та 21,99 %, ДК = 3,57, МІ = 0,50,  $p < 0,0001$  відповідно), серед яких було більше осіб з помірним рівнем вегетативних порушень (27,64 %, ДК = 3,91, МІ = 0,32,  $p < 0,001$  та 33,33 %, ДК = 4,73, МІ = 0,52,  $p < 0,0001$  відповідно).

**Висновки.** Визначені диференційовані предиктори суїцидального ризику серед пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

1. У пацієнтів із рекурентним депресивним розладом до них відносились: помірний (40,65 %) та низький (37,71 %) рівень суїцидального ризику; помірний рівень аутоагресії (38,21 %) та агресії (34,96 %), низький рівень імпульсивності (48,78 %), високий та виражений рівень звуження когнітивних функцій (35,77 % та 39,02 %), виражене звуження міжособистісних стосунків (42,28 %), вираженість афективних порушень (43,09 %), середній та виражений рівень вегетативних розладів (27,64 % та 39,84 %);

2. У пацієнтів із біполярним афективним розладом до них відносились: помірний (41,13 %) та виражений (40,43 %) рівень суїцидального ризику; виражений та помірний рівень аутоагресії (38,30 % та 39,72 %), агресії (25,53 % та 47,52 %) та імпульсивності (41,84 % та 34,04 %), високий та виражений рівень звуження когнітивних функцій (26,95 % та 43,97 %), виражене звуження міжособистісних стосунків (54,61 %), вираженість афективних порушень (36,88 %), середній та виражений рівень вегетативних розладів (33,33 % та 36,17 %);

3. У пацієнтів із пролонгованою депресивною реакцією до них відносились: виражений рівень суїцидального ризику (45,98 %); помірний рівень аутоагресії (37,76 %) і звуження когнітивних функцій (45,92 %), низький рівень агресії (48,98 %), виражений рівень імпульсивності (48,98 %), афективних порушень (45,92 %) і звуження міжособистісних стосунків (41,84 %) та високий рівень вегетативних розладів (50,00 %).

**Перспективи подальших досліджень.** У результаті дослідження визначені особливості суїцидальної поведінки в пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах, які можуть виступати як діагностичні критерії та предиктори суїцидальної поведінки при проведенні диференціальної діагностики пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах та можуть враховуватись при створенні психокорекційних програм, спрямованих на редукцію СР у пацієнтів з КП при ДР.

#### Список літератури

1. Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: сборник научных статей I научно-практической конференции. Ассоц. Когнитивно-Поведенческой Психотерапии. Социальный проект «Самоубийству Стоп!». Санкт-Петербург: СИНЭЛ; 2016. 144 с.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. WHO. 2014. 94 p. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/suicideprevention/world\\_report\\_2014/en](http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en).
3. Swahn D. Lethality and Method Choice in Suicide Attempts. Harvard. 2011;131:140-51.
4. Марута НО, Сновида ЛТ, Денисенко ММ, Ніканорова ЮВ. Гендерні особливості суїцидальної поведінки у структурі депресивної патології. Український вісник психоневрології. 2012;20(3):201-2.
5. Антонова АА, Бачило ЕВ, Барыльник ЮБ. Факторы риска развития суицидального поведения. Саратовский научно-медицинский журнал. 2012;8(2):403-9.
6. Maruta NO, Kutikov OY, Denysenko MM, Kharchenko AV. 2777 – Mechanisms of suicidogenesis in different variants of depressive disorders. European Psychiatry. 2013;28(S1):1-1.
7. Корнетов НА. Что является лучшей формой профилактики суицидов? Суицидология. 2013;4(2):48-56.
8. Васильев ВВ, Ковалев ЮВ, Имашева ЭР. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме. Суицидология. 2014;5(1):30-5.
9. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;17(1):70. DOI: 10.1186/s12888-017-1234-1.
10. Ng CW, How CH, Ng YP. Depression in primary care: assessing suicide risk. Singapore Med J. 2017;58(2):72-7.
11. Dennis BB, Roshanov PS, Bawor M, Elsheikh W, Garton S, DeJesus J, et al. Re-Examination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population. Crisis. 2015;36(4):231-40.
12. Кудрявцев ИА. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства. Суицидология. 2012;3:10-4.
13. Кудрявцев ИА, Декало ЕЭ. Психологические факторы и

## Оригінальні дослідження

механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики. Суицидология. 2012;2:3-11.

14. Любов ЕБ, Паршин АН. Клинико-экономические исследования суицидального поведения. Суицидология. 2016;7(1):11-28.

15. Положий БС, Панченко ЕА. Дифференцированная профилактика суицидального поведения. Суицидология. 2012;1:8-13.

16. Пилягіна ГЯ. Комплексна діагностика аутоагресивної поведінки. Вісник Вінницького держ. мед. ун-та. 2003;7(2.2):735-39.

## References

1. Suitsidologiya – aktual'nye problemy, vyzovy i sovremennye resheniya: sbornik nauchnykh statey I nauchno-prakticheskoy konferentsii. Assots. Kognitivno-Povedencheskoy Psikhoterapii. Sotsial'nyy proekt «Samoubiystvu Stop!» [Suicidology - actual problems, challenges and modern solutions: a collection of scientific articles of the I scientific-practical conference. Assoc. Cognitive-Behavioral Psychotherapy. Social project "Stop Suicide!"]. St. Petersburg: SINEL; 2016. 144 p. (in Russian).

2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. WHO. 2014. 92 p. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/suicideprevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en/).

3. Swahn D. Lethality and Method Choice in Suicide Attempts. Harvard. 2011;131:140-51.

4. Maruta NO, Snovyda LT, Denysenko MM, Nikanorova YuV. Henderni osoblyvosti suitsidal'noi povedinky u strukturi depressyvnoi patolohii [Gender features of suicidal behavior in the structure of depressive pathology]. Ukrain's'kyi visnyk psykhonevrolohii. 2012;20(3):201-2. (in Ukrainian).

5. Antonova AA, Bachilo EV, Baryl'nik YuB. Faktory riska razvitiya suitsidal'nogo povedeniya [Risk factors for the development of suicidal behavior]. Saratovskiy nauchno-meditsynskiy zhurnal. 2012;8(2):403-9. (in Russian).

6. Maruta NO, Kutikov OY, Denysenko MM, Kharchenko AV. 2777 – Mechanisms of suicidogenesis in different variants of depressive disorders.

European Psychiatry. 2013;28(S1):1-1.

7. Kornetov NA. Chto yavlyetsya luchshey formoy profilaktiki suitsidov? [What is the best form of suicide prevention?]. Suitsidologiya. 2013;4(2):48-56. (in Russian).

8. Vasil'ev VV, Kovalev YuV, Imasheva ER. Suitsidal'nye mysli pri depressivnom sindrome [Suicidal thoughts with depressive syndrome]. Suitsidologiya. 2014;5(1):30-5. (in Russian).

9. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;17(1):70. doi: 10.1186/s12888-017-1234-1.

10. Ng CW, How CH, Ng YP. Depression in primary care: assessing suicide risk. Singapore Med J. 2017;58(2):72-7.

11. Dennis BB, Roshanov PS, Bawor M, Elsheikh W, Garton S, DeJesus J, et al. Re-Examination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population. Crisis. 2015;36(4):231-40.

12. Kudryavtsev IA. Psikhologicheskii prognoz povtornykh popytok samoubiystva [Psychological prognosis of repeated suicide attempts]. Suitsidologiya. 2012;3:10-4. (in Russian).

13. Kudryavtsev IA, Dekalo EE. Psikhologicheskie faktory i mekhanizmy suitsidogeneza kak kriterii suitsidal'nogo riska i napravlennoy profilaktiki [Psychological factors and mechanisms of suicidogenesis as criteria for suicidal risk and targeted prevention]. Suitsidologiya. 2012;2:3-11. (in Russian).

14. Lyubov EB, Parshin AN. Kliniko-ekonomicheskie issledovaniya suitsidal'nogo povedeniya [Clinical and economic studies of suicidal behavior]. Suitsidologiya. 2016;7(1):11-28. (in Russian).

15. Polozhiy BS, Panchenko EA. Differentsirovannaya profilaktika suitsidal'nogo povedeniya [Differentiated prevention of suicidal behavior]. Suitsidologiya. 2012;1:8-13. (in Russian).

16. Pyliahina HA. Kompleksna diahnostyka autoahresyvnoi povedinky [Comprehensive diagnosis of autoaggressive behavior]. Visnyk Vinnyts'koho derzh. med. un-ta. 2003;7(2.2):735-39. (in Ukrainian).

## Відомості про авторів

Марута Н.О. – д-р. мед. наук, проф., заступник директора з наукової роботи ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України" віце-президент ГО "Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України", м. Харків Україна.

Ярославцев С.О. – канд. мед. наук, лікар-психіатр КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги», м. Херсон, Україна.

## Сведения об авторах

Марута Н.А. – д-р. мед. наук, проф., заместитель директора по научной работе ГУ "Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины", вице-президент ОО "Ассоциация неврологов, психиатров и наркологов Украины", г. Харьков Украина.

Ярославцев С.А. – канд. мед. наук, врач-психиатр КНП «Херсонское областное заведение по оказанию психиатрической помощи», г. Херсон, Украина.

## Informations about the authors

Maruta N.O. – MD, PhD, DMSc, Deputy Director on Scientific Work of the Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine, Vice President of the Association of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists of Ukraine, Kherson, Ukraine. 46, Akademika Pavlova Street, 61068, Kharkiv, UKRAINE, e-mail: mscience@ukr.net

Yaroslavtsev S.A. – Ph.D., psychiatrist KNP "Kherson regional institution for psychiatric care", Kherson, Ukraine. Kherson region, Stepanovka village, 65 John Howard Street, e-mail: kalenskaya\_galina@ukr.net

Надійшла до редакції 27.10.2020

Рецензент — доц. Юрценюк О.С.

© Н.А. Марута, С.А. Ярославцев, 2020