

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Ярославцев С.А., Опря Е.В., Каленская Г.Ю., Панько Т.В., Денисенко М.М.

*КНП «Херсонское областное учреждение по оказанию психиатрической помощи»;
Одесский национальный медицинский университет, кафедры психиатрии, наркологии и психологи;
Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
Национальной академии медицинских наук Украины» Харьков, Украина*

Депрессивный синдром является наиболее опасным среди всех психопатологических синдромов с точки зрения возможности совершения суицида [1-4]. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн. людей во всем мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе [1,3-5]. Самоубийство является тринадцатой по счету причиной смерти во всем мире, а в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий [1,4,6]. Отмечается чрезвычайно высокая частота суицидальных действий при депрессии: согласно данным литературы, до 30-50% депрессивных больных совершают суицидальные попытки, в 10-15% случаев они заканчиваются летальным исходом [2,7-9]. В связи с чрезвычайно высоким риском суицидальное поведение (СП) при депрессивном расстройстве (ДР) давно стало объектом многочисленных исследований [1,4,7,10-13]. Однако, несмотря на активное изучение этого вопроса и практическое внедрение различных подходов к профилактике самоубийств, уровень суицидов при депрессивном синдроме, по-прежнему остается высоким [2,6,14]. Одним из условий успешной профилактики суицидов при депрессии является возможность достаточно точно оценить суицидальный риск (СР) у конкретного пациента с депрессией [7-9,15-18]. Для этого необходимо иметь четкое представление о наиболее весомых клинических факторах, влияющих на СР [1,4,11,19,20]. Отмечается, что когнитивные нарушения (КН) влияют на СП, усиливая СР. СП у больных с нейрокогнитивным дефицитом при депрессиях может носить пассивный характер и проявляться в отказе от пищи, воды и лекарств [21]. Seyfried LS (2011) подчеркивал, что в основе суицида лежит нарушение когнитивного (ментального) контроля, дефицит социального функционирования и импульсивность [22]. Установлена также корреляция между нарушением познавательных функций, социальной дисфункцией и склонностью к суициду [11,19,22]. Между тем, именно в этом вопросе до сих пор отсутствует единство взглядов. Отсутствуют систематизированные данные, позволяющие дифференцированно выделить факторы СР, которые ассоциируются с КН при различных типах ДР, что и определило цель и задачи нашего исследования.

Цель исследования - определить факторы суицидального риска у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 362 пациентов с КН при ДР: 123 пациентов с рекуррентными депрессивными расстройствами (РДР), 141 пациент с биполярными аффективными расстройствами (БАР) и 98 пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией (ПДР).

Критериями включения пациентов в группу исследования были следующие: подписание формы информированного согласия на участие в исследовании; наличие текущего депрессивного эпизода в рамках психиатрических диагнозов

F 32-33, F 31.3-31.4, F 43.20-43.21 по диагностическим критериям МКБ-10; наличие когнитивных нарушений, определенных при беседе с пациентом; возраст от 18 до 65 лет; как мужского, так и женского пола; отсутствие декомпенсированной тяжелой соматической патологии. Критериями исключения были: депрессивное состояние в рамках других нозологий (депрессии при шизофрении, органические и соматогенные депрессии); нежелание или неспособность пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании; беременность, кормление грудью.

В исследовании был использован комплексный подход, заключающийся в использовании клинико-психопатологического (дополненного шкалой общего ухудшения (Global Deterioration Rating)), психодиагностического (Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCa), модифицированная Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R)), психометрического (шкала суицидального риска Лос-Анджелесского суицидологического центра) и статистического методов исследования. Статистическая обработка данных применялась для определения средних величин количественных параметров, их стандартных ошибок, достоверности различий (критерии Стьюдента-Фишера [t], Колмогорова-Смирнова [λ]). Маркеры-мишени когнитивных нарушений определяли путем расчета диагностических коэффициентов (ДК) и мер информативности Кульбака (МИ).

Результаты и обсуждение. Среди обследованных пациентов с КН при РДР было 57 мужчин (46,34±2,78)% и 66 женщин (53,66±2,99)%, среди пациентов с БАР - 76 мужчин (53,90±2,61)% и 65 женщин (46,10±2,42)%, а среди пациентов с ПДР - 43 мужчин (43,88±3,39)% и 55 женщин (56,12±3,83)%, что в целом соответствует типичному распределению по полу при ДР. То есть, среди обследованных преобладали лица женского пола (51,96 %, ДК=0,66, МИ=0,02, p=0,046), только в группе пациентов с БАР было больше мужчин (53,90 %, ДК=0,66, МИ=0,02, p=0,046). Подавляющее число пациентов с КН при ДР было в возрасте 30-44 лет (38,12%). Лиц молодого возраста (18-29 лет) было больше среди пациентов с ПДР (21,43 %, ДК=8,19, МИ=0,74, p=0,0001) и среди больных с БАР (31,21% ДК=9,82, МИ=1,37, p=0,0001),

Когнитивные дисфункции пациентов с РДР характеризовались очень мягкой и мягкой степенью выраженности (62,60% и 31,71%) и были очерчены наличием следующих нарушений: снижением интереса (99,19%); трудностями в принятии решений и абстрагировании (90,24% и 38,21% соответственно); ригидностью мышления (79,67%); снижением концентрации внимания (80,49%); нарушениями отсроченного воспроизведения (60,16%); снижением вербальной скорости (10,13 баллов), нарушениями исполнительных и речевых функций (59,35% и 49,59%).

Когнитивные дисфункции пациентов с БАР характеризовались очень мягкой и мягкой степенью выраженности (60,99% и 31,91%) и были очерчены наличием следующих

нарушений: снижением концентрации внимания (93,62%); истощаемостью психической деятельности (90,67%); идеями малоценности (68,79%); трудностями в принятии решений и абстрагировании (70,21% и 35,46% соответственно); снижением вербальной скорости (9,07 баллов), нарушениями исполнительных и речевых функций (57,45% и 48,23%).

Когнитивные дисфункции пациентов с ПДР характеризовались очень мягкой степенью выраженности (75,51%) и были очерчены наличием следующих нарушений: наличием навязчивых и суицидальных мыслей (85,71% и 73,47%); трудностями в принятии решений (62,24%); повышением чувствительности к критике (82,65%); отсутствием выраженных нарушений речевых функций (72,45%), ориентации (97,96%), абстрактного мышления (84,69%) и запоминания (85,71%).

Изучение особенностей СР у пациентов с КН при ДР включало в себя анализ выраженности СР, диагностику симптомов, уровня стресса, СП в прошлом, коммуникативные возможности и реакции значимых других. В результате анализа выраженности СР было определено, что у пациентов с РДР низкий уровень СР был установлен у 31,71% пациентов, умеренный уровень - у 40,65% и высокий уровень - у 27,64% пациентов (рис. 1). У 41,13% пациентов с БАР был зафиксирован умеренный уровень, у 40,43% - высокий и у 18,44% - низкий уровень СР. У большинства пациентов с ПДР был установлен высокий уровень СР (45,92±3,48)%, у значительного числа пациентов с ПДР определялся умеренный уровень СР (36,73±3,01)% и у 17,35% пациентов был зафиксирован низкий уровень СР.

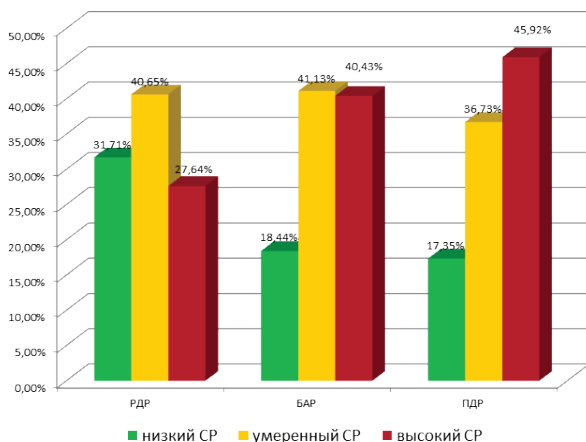


Рис. 1. Выраженность суицидального риска у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах (по данным шкалы суицидального риска Лос-Анджелесского суицидологического центра)

Статистический анализ результатов показал, что пациентов с низким уровнем СР было больше среди пациентов с РДР (31,71%) по сравнению с больными БАР (18,44 %, ДК=2,35, МИ=0,16, $p<0,0051$) и ПДР (17,35 %, ДК=2,62, МИ=0,196, $p<0,0062$), среди которых преобладали лица с высоким уровнем СР (40,43 %, ДК=1,65, МИ=0,11, $p<0,0096$ и 45,92 %, ДК=2,20, МИ=0,20, $p<0,0021$, соответственно).

Анализ результатов шкалы СР, разработанной Лос-Анджелесским суицидологическим центром, позволил определить наличие симптомов, уровня стресса, СП в прошлом и текущие планы, коммуникативные возможности и реакции значимых других среди пациентов с КН при ДР (таблица 1). Определено, что среди симптомов, способ-

ствующих СП у пациентов с РДР, преобладали симптомы депрессии (7,89±1,22 баллов), напряженность и тревога (7,12±1,11 баллов), чувство вины (7,04±1,09 баллов), а также были выраженными чувство безнадежности и истощения (6,45±1,01 баллов) и повторные переживания проблем, связанные с повторными обращениями к врачам-психиатрам (6,11±0,95 баллов). Среди стрессовых факторов СР у пациентов с РДР было определено, что повторяемость стрессовых факторов (7,24±1,12 баллов), увеличение симптомов стресса (6,77±1,05 баллов), изменения в жизни и окружении (5,92±0,93 баллов), потеря работы, денег и статуса (5,87±0,92 баллов) были ведущими психотравмирующими факторами у пациентов с РДР.

Оценка СП в прошлом позволила определить, что у пациентов с РДР факторами СР выступали повторные депрессивные эпизоды в прошлом (8,79±1,35 баллов). Анализ коммуникативных факторов СР позволил определить, что у пациентов с РДР отмечалась отсутствие эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей (6,78±1,06 баллов), нарушение межличностных контактов, сопровождающихся отказом от попыток их восстановления (5,47±0,86 баллов), а также недостаточность источников финансовой поддержки (4,97±0,78 баллов). Было также зафиксировано, что отсутствие заботы и понимания пациента со стороны значимых других (5,87±0,92 баллов) являлось фактором СР при РДР.

У пациентов с БАР среди симптомов, которые ассоциируются с СП, были зарегистрированы ощущение безнадежности и беспомощности (8,12±1,44 баллов), слабый импульсивный контроль и недостаточная благоразумие (8,12±1,44 баллов), депрессивные проявления (8,02±1,42 баллов), а также ощущение враждебности, раздражительности и подозрительности (7,19±1,28 баллов), прием алкоголя и наркотиков (7,89±1,22 баллов) и чувство вины (7,11±1,27 баллов). У пациентов с биполярной депрессией среди стрессовых факторов наибольшее влияние оказывали изменения в жизни или окружении (7,13±1,27 баллов), увеличение симптомов стресса (6,89±1,23 баллов), острое и случайное начало симптомов стресса (5,79±1,04 баллов) и их повторяемость (5,22±0,94 баллов). Оценка СП в прошлом и анализ текущих планов позволил установить, что у пациентов с БАР факторами СР выступали повторные депрессивные эпизоды в прошлом (8,79±1,55 баллов) и опасность для жизни предыдущих суицидальных попыток (5,82±1,05 баллов). Анализ коммуникативных факторов, способствующих повышению СР у пациентов с БАР позволил определить, что отсутствие эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей (7,34±1,31 баллов), нарушение межличностных контактов, сопровождающихся отказом от попыток их восстановления (5,55±1,02 баллов), а также отгороженность пациентов (4,21±0,76 баллов) являлись важными факторами СР при БАР. Было отмечено, что реакция значимых других в виде отсутствия заботы и понимания пациента (7,11±1,27 баллов) и отрицание пациентом потребности в помощи (6,45±1,16 баллов) были факторами СР при БАР.

Среди симптомов, способствующих СП у пациентов с ПДР преобладали чувство напряженности и тревоги (8,79±1,95 баллов), чувство вины (8,29±1,85 баллов), ощущение безнадежности, беспомощности и истощения (7,93±1,77 баллов), симптомы депрессии (7,32±1,64 баллов) и наличие психосоматических болезней и ипохондричность (7,13±1,60 баллов). Среди стрессовых факторов СП у пациентов с ПДР наибольшую роль играли острое и случайное начало симптомов стресса (8,12±1,81 баллов), потеря любимого

Таблица 1. Факторы суицидального риска у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах

Наименование факторов СР	РДР	БАР	ПДР
	M±σ		
Симптомы			
Глубокая депрессия	7,89 ±1,22	8,02±1,42	7,32 ± 1,64
Ощущение безнадежности, беспомощности и истощения	6,45±1,01	8,12±1,44	7,93 ± 1,77
Дезорганизация, дезориентация, иллюзии, галлюцинации	5,02±0,79	6,23±1,12	2,19 ±0,50
Алкоголизм, прием наркотиков, гомосексуальные отношения, участие в рискованных событиях	4,21±0,66	7,13±1,27	3,09 ±0,71
Переживания, напряженность, тревога	7,12 ±1,11	6,34± 1,14	8,79 ± 1,64
Вина	7,04±1,09	7,11±1,27	8,29 ± 1,85
Ощущение враждебности, раздражительности, подозрительности	5,13±0,81	7,19±1,28	4,09 ±0,93
Слабый импульсивный контроль, недостаточная благоразумие	4,67±0,74	8,12± 1,44	3,02 ±0,69
Хронические заболевания, ослабляющие	1,45±0,23	1,08±0,20	3,07 ±0,70
Повторные переживания проблем, связанных с обращением к врачам и психотерапевтам	6,11±0,95	3,67±0,67	5,93 ± 1,34
Психосоматические болезни или ипохондричность	5,77 ±0,90	2,87±0,52	7,13 ± 1,60
Стресс			
Потеря любимого человека в связи со смертью или разводом	4,97±0,78	4,13±0,75	7,19 ± 1,61
Потеря работы, денег, статуса	5,87±0,92	5,12±0,92	6,13 ± 1,38
Опасная для жизни болезнь	3,08±0,49	2,10±0,38	3,11 ± 0,71
Угроза судебного внедрения	0,56±0,09	0,76±0,14	1,06 ±0,25
Изменения в жизни или в окружении	5,92±0,93	7,13± 1,27	4,68 ± 1,06
Острый и случайный начало симптомов стресса	4,78±0,75	5,79±1,04	8,12 ± 1,81
Симптомы стресса, время от времени повторяются	7,24±1,12	5,22±0,94	6,89 ± 1,55
Увеличение симптомов стресса	6,77±1,05	6,89±1,23	7,02 ± 1,57
Суицидальное поведение в прошлом и текущие планы			
Опасность для жизни предыдущих суицидальных попыток	4,12 ±0,65	5,82±1,05	0,76 ±0,18
Повторные угрозы и депрессии в прошлом	8,79±1,35	8,79±1,55	3,28 ±0,75
Особенности, связанные с намерениями, и смертельная угроза методов, которые планируются	1,67±0,27	3,11±0,57	1,11±0,26
Достаточность способов, которые планируются и особенности, связанные с выбором времени	0,78±0,13	1,29±0,24	0,65±0,15
Возможности, коммуникативные аспекты и ответ значимых других			
Отсутствие источников финансовой поддержки	4,97±0,78	4,12±0,75	6,45± 1,45
Отсутствие эмоциональной поддержки со стороны семьи	6,78±1,06	7,34±1,31	8,11± 1,81
Нарушение связей, сопровождающихся отказом от попыток их восстановления	5,47±0,86	5,66±1,02	6,78±1,52
Связи имеют внутренне направленную цель	2,78±0,44	4,21±0,76	3,12±0,71
Коммуникативные связи имеют межличностное направленность	2,97±0,47	3,11±0,57	1,23±0,28
Реакция значимых других			
Защитная позиция, связанная с наказанием	3,19±0,51	5,11±0,92	2,11±0,49
Отрицание потребности в помощи	4,21±0,66	6,45±1,16	6,89±1,55
Отсутствие заботы о пациенте, отсутствие понимания	5,87±0,92	7,11± 1,27	7,45±1,67
Нерешительная или переменная позиция	2,54±0,40	2,51±0,46	5,44±1,23

человека в связи со смертью или разводом (7,19±1,61 баллов), потеря работы, денег или статуса (6,13±1,38 баллов), увеличение симптомов стресса (7,02±1,57 баллов) и их повторяемость (6,89±1,55 баллов). Оценка коммуникативных

факторов, способствующих повышению СР у пациентов с ПДР позволила установить, что отсутствие эмоциональной поддержки со стороны семьи и друзей (8,11±1,81 баллов), нарушение межличностных контактов, сопровождающихся

отказом от попыток их восстановления ($6,78 \pm 1,52$ баллов), а также недостаточность источников финансовой поддержки ($6,45 \pm 1,45$ баллов) являлись важными факторами СР при ПДР. Было также отмечено, что реакция значимых других в виде отсутствия заботы и понимания пациента ($7,45 \pm 1,67$ баллов), отрицание пациентом потребности в помощи ($6,89 \pm 1,55$ баллов) и нерешительная и переменная позиция окружающих ($5,44 \pm 1,23$ баллов) были факторами СР при ПДР.

Статистический анализ результатов позволил доказать, что среди симптомов, являются факторами СР, пациенты с БАР отличались от пациентов с РДР и ПДР тем, что симптомы дезорганизации ($p < 0,0345$ и $p < 0,0051$, соответственно), алкогольная зависимость ($p < 0,0012$ и $p < 0,0411$, соответственно), раздражительность ($p < 0,001$ и $p < 0,0367$, соответственно) и слабый импульсивный контроль ($p < 0,0001$ и $p < 0,0251$, соответственно) у них были более выражены, чем у пациентов с РДР и ПДР. А такие симптомы как тревога ($p < 0,0109$ и $p < 0,0001$, соответственно), чувство вины ($p < 0,0324$ и $p < 0,0392$, соответственно), наличие хронических заболеваний ($p < 0,0132$ и $p < 0,0019$, соответственно) и психосоматических симптомов ($p < 0,0001$ и $p < 0,0001$, соответственно) отличали пациентов с ПДР от больных РДР и БАР. При этом было установлено, что чувство безнадежности и беспомощности у пациентов с БАР и ПДР были более выражены, чем среди больных РДР ($p < 0,0104$ и $p < 0,0256$, соответственно). Также было определено, что повторные переживания проблем, связанных с обращением к врачам и психотерапевтам, были более выраженным фактором СР у пациентов с РДР и БАР, чем при ПДР ($p < 0,0001$ и $p < 0,0001$, соответственно).

Установлено также, что стрессовые факторы были более весомыми факторами СР при ПДР: потеря любимого человека, потеря работы, денег и статуса, наличие опасной болезни и острое начало стрессовых факторов отличал пациентов с ПДР от больных БАР ($p < 0,0001$; $p < 0,0411$; $p < 0,0321$ и $p < 0,0001$, соответственно). повторяемость стрессовых факторов была более важным фактором СР при РДР и ПДР, чем при БАР ($p < 0,001$ и $p < 0,025$, соответственно). При БАР неожиданные изменения в жизни были более важным фактором СР, чем при РДР и ПДР ($p < 0,0345$ и $p < 0,0389$, соответственно).

Статистический анализ факторов, связанных с СП в прошлом продемонстрировал, что опасность для жизни предыдущих суицидальных попыток и наличие смертельной угрозы планируемых методов, а также наличие предыдущих депрессивных эпизодов в прошлом были более выражены среди пациентов с РДР и БАР, что отличало их от пациентов с ПДР ($p < 0,0001$, и $p < 0,0001$, соответственно). В то время, как для пациентов с ПДР более весомыми оказались факторы СР, связанные с межличностной коммуникацией: отсутствие финансовой и эмоциональной поддержки, нарушение связей, сопровождающихся отказом от попыток их восстановления, ожидания от окружающих инициативы к общению были более выраженными среди пациентов с ПДР в отличие от больных РДР ($p < 0,0251$; $p < 0,0375$; $p < 0,005$ и $p < 0,01$, соответственно) и БАР ($p < 0,001$; $p < 0,0511$; $p < 0,0408$ и $p < 0,0312$, соответственно). При этом сосредоточенность на собственных переживаниях была более характерна для пациентов с БАР, чем для больных РДР и ПДР ($p < 0,0251$ и $p < 0,0366$, соответственно).

Реакция значимых других также являлась весомым фактором СР для пациентов с ДР. Так, пациенты с ПДР и БАР отличались выраженностью в отрицании необходимости в помощи ($p < 0,0001$ и $p < 0,0001$, соответственно), отсутстви-

ем заботы и понимания со стороны окружающих ($p < 0,025$ и $p < 0,0307$, соответственно) по сравнению с пациентами с РДР. Также было доказано, что нерешительная позиция окружения была более весомым фактором СР среди пациентов с ПДР по сравнению с пациентами с РДР и БАР ($p < 0,0001$ и $p < 0,0001$, соответственно), а агрессивная позиция окружающих - была более значимой для пациентов с БАР, чем для больных РДР и ПДР ($p < 0,0234$ и $p < 0,001$, соответственно).

Результаты корреляционного анализа позволили определить взаимосвязь СР с КН при различных типах депрессий, которые могут выступать в качестве диагностических критериев и предикторов СП при проведении дифференциальной диагностики пациентов с КН при ДР. Так, высокий СР у пациентов с РДР был связан с низким уровнем переключения внимания ($r = 0,733$), слабым уровнем или отсутствием когнитивной дисфункции ($r = 0,653$ и $r = 0,544$, соответственно); умеренный уровень СР ассоциировался с ригидностью мышления ($r = 0,609$) и умеренными нарушениями исполнительных функций ($r = 0,506$); низкий СР коррелировал со снижением интереса ($r = 0,821$), высоким уровнем когнитивной дисфункции ($r = 0,733$), трудностями в принятии решений ($r = 0,543$) и снижением концентрации внимания ($r = 0,453$).

Высокий СР у пациентов с БАР был связан с отсутствием или слабым уровнем когнитивной дисфункции ($r = 0,376$ и $r = 0,509$ соответственно); умеренный уровень СР ассоциировался со слабым и умеренным уровнем когнитивной дисфункции ($r = 0,465$ и $r = 0,688$ соответственно), сниженной концентрацией внимания ($r = 0,549$), умеренными нарушениями исполнительных функций ($r = 0,634$); низкий СР коррелировал с истощаемостью психической деятельности ($r = 0,798$), пониженной устойчивостью внимания ($r = 0,788$), выраженными нарушениями исполнительных функций ($r = 0,731$), высоким уровнем когнитивной дисфункции ($r = 0,713$) и трудностями в принятии решений ($r = 0,675$).

Высокий СР у пациентов с ПДР был связан со слабым уровнем или отсутствием когнитивной дисфункции ($r = 0,563$ и $r = 0,634$ соответственно), наличием навязчивых и суицидальных мыслей ($r = 0,511$ и $r = 0,678$ соответственно), низким уровнем переключения внимания ($r = 0,456$) и отсутствием нарушений исполнительных функций ($r = 0,439$); умеренный уровень СР ассоциировался с повышенной чувствительностью к критике ($r = 0,788$), навязчивыми мыслями ($r = 0,713$), слабым уровнем или отсутствием когнитивной дисфункции ($r = 0,688$ и $r = 0,734$ соответственно); низкий СР коррелировал с трудностями в принятии решений ($r = 0,602$).

Выводы. Определены дифференцированные факторы СР среди пациентов с КН при различных вариантах ДР:

1. У пациентов с РДР КН в виде снижения переключения внимания ($r = 0,733$), ригидности мышления ($r = 0,609$) и умеренного нарушения исполнительных функций ($r = 0,506$) ассоциировались с умеренным СР (40,65%), а снижение интереса ($r = 0,821$), высокий уровень когнитивной дисфункции ($r = 0,733$), трудности в принятии решений ($r = 0,543$) и снижение концентрации внимания ($r = 0,453$) - с низким СР (37,71%). Факторами СР у пациентов с РДР были: выраженность симптомов депрессии, напряжения, тревоги, чувства вины, безнадежности и истощенности; неоднократность обращения к врачам за помощью; наличие стрессовых факторов (неожиданные изменения в жизни, потеря работы, денег или статуса) и их повторяемость; анамнестическая отягощенность (наличие предыдущих депрессивных эпизодов, опасность для жизни предыдущих суицидальных попыток, угроза планируемых методов суицидальной попытки);

2. У пациентов с биполярной депрессией выраженный CP (40,43%) регистрировался на фоне КН в виде слабого уровня когнитивной дисфункции ($r=0,509$), а умеренный уровень CP (41,13%) ассоциировался с умеренным уровнем когнитивной дисфункции ($r=0,688$), пониженным уровнем концентрации внимания ($r=0,549$) и умеренными нарушениями исполнительных функций ($r=0,634$). Предикторами CP у пациентов с БАР были: выраженность симптомов безнадёжности и беспомощности, слабого импульсивного контроля, недостаточного благоразумия, дезорганизованности, раздражительности, алкоголизма; неоднократность обращения к врачам за помощью; наличие стрессовых факторов (неожиданные изменения в жизни) и их острое и случайное начало и повторяемость; анамнестическая отягощённость (наличие предыдущих депрессивных эпизодов, опасность для жизни предыдущих суицидальных попыток, угроза планируемых методов суицидальной попытки); нарушение коммуникаций (межличностных контактов, отсутствие эмоциональной поддержки, заботы и понимания от окружающих, их агрессивная позиция, отгороженность пациентов и их отрицание потребности в помощи).

3. У пациентов с ПДР обнаружен преимущественно CP выраженного уровня (45,98%), который регистрировался на фоне таких КН, как слабый уровень когнитивной дисфункции ($r=0,563$), наличие навязчивых и суицидальных мыслей ($r=0,511$ и $r=0,678$ соответственно), низкий уровень переключения внимания ($r=0,456$) и отсутствие нарушений исполнительных функций ($r=0,439$). Факторы CP у пациентов с ПДР проявлялись в виде выраженной тревоги, чувства вины, безнадёжности и беспомощности, хронических соматических заболеваний и психосоматических симптомов; наличии острого воздействия стрессовых факторов (потеря любимого человека, работы, денег или статуса, наличие опасной болезни) и их повторяемости; нарушений коммуникаций (межличностных контактов, отсутствие эмоциональной, финансовой поддержки, заботы и понимания от окружающих, их переменная или нерешительная позиция, ожидание инициативы от окружающих и отрицание пациентами потребности в помощи).

Таким образом, в результате исследования были определены факторы CP у пациентов с КН при ДР, которые могут выступать в качестве диагностических критериев при проведении дифференциальной диагностики и должны учитываться при создании психокоррекционных программ, направленных на редукцию CP у пациентов с КН при ДР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пинчук И Психиатрическая помощь в Украине: что изменилось с принятием нового закона. Ракурс. 6 июл 2018. <https://racurs.ua/2003-psihiatricheskaya-pomosch-v-ukraine-chto-izmenilos-s-prinyatiem-novogo-zakona.html> (Pinchuk I Psikiatricheskaya pomoshch' v Ukraine: chto izmenilos' s prinyatiyem novogo zakona. Rakurs. 6 iyul 2018. <https://racurs.ua/2003-psihiatricheskaya-pomosch-v-ukraine-chto-izmenilos-s-prinyatiem-novogo-zakona.html>) [in Russian].
2. Зотов ПБ., Любов ЕБ., Розанов ВА., Рахимкулова АС Суицидальные попытки: клинические характеристики с позиций суицидального процесса. Суицидология. 2020. 3 (40); 11: 101-120.
3. Michel K, Valach L, Gysin-Maillart A: A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide. Int J Environ Res Public Health 2017; 14 (3). pii: E243. doi: 10.3390/ijerph14030243.
4. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative: WHO http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en/
5. Семнова НБ Роль кризисной линии в оказании помощи лицам с суицидальным поведением. Обзор зарубежного опыта. Суицидология. 2020. 2 (39); 11: 42-51. (Semnova NB Rol' krizisnoy linii v okazanii pomoshchi litsam s suitsidal'nym povedeniyem. Obzor zarubezhnoy opyta. Suitsidologiya. 2020. 2 (39); 11: 42-51) [in Russian].
6. Michel Konrad Людям, совершившим попытку самоубийства, нужна особая психотерапия. Суицидология. 2020. 2 (39); 11: 51-66.
7. Васильев ВВ, Ковалев ЮВ, & Имашева ЭР Суицидальные мысли при депрессивном синдроме. Суицидология, 2014; 5 (1(14)): 30-35.
8. Karmakar C, Luo W, Tran T et al. Predicting risk of suicide attempt using history of physical illnesses from electronic medical records. JMIR. Ment. Health. 2016; 3: 19.
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; 14: 17-70.
10. Корнетова ЕГ, Герасимова ВИ, Корнетов АН, Языков КГ, Гончарова АА и др. Влияние когнитивных функций на уровень суицидального риска у больных шизофренией. Суицидология. 2020. 4 (41); 11: 13-26.
11. Inoue K, Kawanishi C, Otsuka K et al. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings. Psychiatry Res. 2017; 250: 155-158.
12. Ng CW., How CH, Ng YP Depression in primary care: assessing suicide risk. Singapore Med J. 2017; 58: 72-77.
13. Dennis BB., Roshanov PS., Bawor M et al. Reexamination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population. Crisis. 2015; 36: 231-240.
14. Васильева СН, Симуткин ГГ, Счастный ЕД, Иванова СА, Бохан НА Суицидальное поведение больных биполярным аффективным расстройством при коморбидных психических заболеваниях. Суицидология. 2018. 3(32); 9: 86-91.
15. Bernert RA, Kim JS, Iwata NG, Perlis ML Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. Curr. Psychiatry Rep. 2015; 17: 554.
16. Fegg M, Kraus S, Graw M, Bausewein C Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. BMC Palliat. Care. 2016; 9: 14.
17. Lim RBC, Zhang MWB, Ho RCM. Prevalence of All-Cause Mortality and Suicide among Bariatric Surgery Cohorts: A Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018; 15(7):1519. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071519>
18. Любов ЕБ, Паршин АН Клинико-экономические исследования суицидального поведения. Суицидология. 2016; 7(1): 11-28. (Lyubov YeB, Parshin AN Kliniko-ekonomicheskiye issledovaniya suitsidal'nogo povedeniya // Suitsidologiya. 2016; 7(1): 11-28) [in Russian].
19. Müllerer A, Hase C, Pommitz M, de Zwaan M. Depression and Suicide After Bariatric Surgery. Curr Psychiatry Rep. 2019 Aug 13;21(9):84. doi: 10.1007/s11920-019-1069-1.
20. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12:307-30. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204. Epub 2016 Jan 21. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley BH. Suicide and suicide risk. Nat Rev Dis Primers. 2019 Oct 24;5(1):74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0.

22. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. PLoS One. 2017 Jul 19;12(7):e0180292. doi: 10.1371/journal.pone.0180292.

SUMMARY

SUICIDAL RISK FACTORS IN PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENTS IN DEPRESSIVE DISORDERS

Yaroslavtsev S., Oprya E., Kalenskaya G., Panko T., Denisenko M.

Kherson regional institution for the provision of psychiatric care»; Odessa National Medical University, Departments of Psychiatry, Narcologists and Psychologists; State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine» Kharkiv, Ukraine

The aim of the study is to determine the factors of suicidal risk in patients with cognitive impairment with depressive disorders.

362 patients with cognitive impairment in depressive disorders were examined: 123 patients with recurrent depressive disorders, 141 patients with bipolar affective disorders, and 98 people with prolonged depressive reactions. A complex of research methods was used: clinical-psychopathological, psychodiagnostic, psychometrical and statistical.

Suicidal risk factors were determined in patients with cognitive impairments in depressive disorders, which included the clinical and psychopathological features of the manifestation of depressive disorder, anamnestic burden, the course and severity of stress factors and impaired communication. The relationship between cognitive dysfunction and the level of suicidal risk, differentiated depending on the type of depressive disorder, was determined.

The identified suicidal risk factors can serve as diagnostic criteria for differential diagnostics and should be taken into account when creating psychocorrectional programs aimed at reducing suicidal risk in patients with cognitive impairment in depressive disorders.

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

РЕЗЮМЕ

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Ярославцев С.А., Опря Е.В., Каленская Г.Ю., Панько Т.В., Денисенко М.М.

КНП «Херсонское областное учреждение по оказанию психиатрической помощи»; Одесский национальный медицинский университет, кафедра психиатрии, наркологии и психологии; Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» Харьков, Украина

Цель исследования - определить факторы суицидального риска у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах.

Обследовано 362 пациента с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах, 123 пациента с рекуррентными депрессивными расстройствами, 141 пациент с биполярными аффективными расстройствами и 98 - с пролонгированной депрессивной реакцией. Использован комплекс методов исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, психометрический и статистический.

Определены факторы суицидального риска у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах, которые включали клинико-психопатологические особенности проявления депрессивного расстройства, анамнестическую отягощенность, выраженность стрессовых факторов и нарушения коммуникативных отношений. Определена взаимосвязь когнитивных дисфункций с уровнем суицидального риска, дифференцированная в зависимости от типа депрессивного расстройства.

Выделенные факторы суицидального риска могут выступать в качестве диагностических критериев при проведении дифференциальной диагностики и должны учитываться при создании психокоррекционных программ, направленных на редукцию суицидального риска у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах.

რეზიუმე

სუიციდური რისკის ფაქტორები კოგნიტიური დარღვევების მქონე პაციენტებში დეპრესიული აშლილობების დროს

ს.იაროსლავცევი, ე.ოპრია, გ.კალენსკაია, ტ.პანკო, მ.დენისენკო

ხერსონის ფსიქიატრიული დახმარების საოლქო დაწესებულება; ოდესის ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, ფსიქიატრიის, ნარკოლოგიისა და ფსიქოლოგიის კათედრა; ნევროლოგიის, ფსიქიატრიისა და ნარკოლოგიის ინსტიტუტი, ხარკოვი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სუიციდური რისკის ფაქტორების განსაზღვრა პაციენტებში კოგნიტიური დარღვევებით დეპრესიული აშლილობების დროს.

გამოკვლეულია 362 პაციენტი კოგნიტიური დარღვევებით დეპრესიული აშლილობების დროს: 123 პაციენტი – რეკურენტული დეპრესიული აშლილობით, 141 პაციენტი – ბიპოლარული აფექტური აშლილობებით, 98 პაციენტი – პროლონგირებული დეპრესიული რეაქციით.

გამოყენებულია კვლევის მეთოდების კომპლექსი: კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური, ფსიქოდიანოსტიკური, ფსიქომეტრიული და სტატისტიკური.

განსაზღვრულია სუიციდური რისკის ფაქტორები პაციენტებში კოგნიტიური დარღვევებით დეპრესიული აშლილობების დროს, რაც მოიცავს დეპრესიული აშლილობის კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიურ თავისებურებებს, ანამნეზურ დატვირთვას, სტრესული ფაქტორების და კომუნიკაციური დამოკიდებულებების დარღვევების არსებობას და გამოხატულებას.

განსაზღვრულია კოგნიტიური დისფუნქციის ურთიერთკავშირი სუიციდური რისკის დონესთან, დეპრესირებულიად - დეპრესიული აშლილობის ტიპზე დამოკიდებულებით.

სუიციდური რისკის გამოყოფილი ფაქტორები შესა-

ძლიერ გამოყენებული იყოს სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებად დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს და გათვალისწინებულ იქნას სუბციდური რისკის რეგულაცია

ციაზე მიმართული ფსიქოკორექციული პროგრამების შედგენისას კოგნიტიური დარღვევებით პაციენტებისათვის დეპრესიული აშლილობების დროს.

БАЙЕСОВСКИЙ АНАЛИЗ СМЕСЕЙ ВЕРОЯТНОСТНЫХ РАСПРЕДЕЛЕНИЙ ОБЩЕЙ АНТИРАДИКАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ В ПОПУЛЯЦИЯХ СЕЛ САЧХЕРСКОГО РАЙОНА ГРУЗИИ

Шарашенидзе Г.З., Цимакуридзе М.П., Чхиквишвили И.Д., Габуния Т.Т., Гогия Н.Н., Ормоцадзе Г.Л.

Тбилисский государственный медицинский университет, Грузия

Пространственно-временной мониторинг состояния здоровья населения играет значимую роль в системе общественного здравоохранения [7,10]. Обычно он используется для обнаружения аномальных уровней структуры заболеваемости населения, понимания этиологии проблемы общественного здравоохранения, планирования и мониторинга мер вмешательства с целью превенции и минимизации ущерба здоровью населения. Для достижения этой цели интенсивно разрабатывается методология оценки риска для здоровья в так называемых малых географических ареалах, основанная на пространственно-временном анализе стандартизированных показателей заболеваемости с использованием байесовского математического формализма [4,6]. Однако, какой бы малочисленной не была исследуемая популяция, она не является гомогенной по своему составу, различается чувствительностью к внешним воздействиям, частотой, интенсивностью и типами воздействующих экологических риск-факторов окружающей среды. Гетерогенность может быть связана также с предрасположением к различным хроническим и онкологическим заболеваниям. Для выявления и учета эффектов гетерогенности на субпопуляционном уровне в настоящее время интенсивно развиваются Байесовский метод анализа смесей вероятностных распределений [1,2].

Исследование причинно-следственных связей между заболеваемостью населения и гигиеническим-экологическим состоянием конкретного региона (на примере сел Верхней Имеретии Сачхерского района), включающее комплексный пространственно-временной анализ показателей заболеваемости населения, биомаркеров эффекта внешнего воздействия, типа и интенсивности воздействия потенциальных источников экологического риска, является предметом совместных исследований Тбилисского государственного медицинского университета, Центра экспериментальной биомедицины им. И. Бериташвили и Сачхерского медицинского центра [5,8,9,12]. В наших предыдущих работах выявлена причинно-следственная связь между заболеваемостью населения и значениями биомаркеров эффекта внешнего воздействия, в том числе и общего антирадикального статуса организма, в географических зонах различной экологической напряженности Чиатурского района Грузии. В данной статье представлены результаты исследований спектра распределений уровней общей антирадикальной активности (ОАА) крови в популяциях сел Сачхерского района Грузии, различающихся уровнем и структурой онкозаболеваемости

(хотя канцерогенный риск в данных селах был ниже фонового уровня риска для Грузии в целом) [11].

Материал и методы. Обследованы жители Сачхерского района обоего пола, в возрасте 50-65 лет, проживающие в селах Сареки, Саирхе и Чорвила, оповещенные заранее о предстоящих обследованиях (лабораторные исследования - общий анализ крови, ОАА крови). Обследовано 100 лиц, проживающие в селе Сареки (n=34) - А группа, в селе Саирхе (n=33) - В группа, в селе Чорвила (n=34) - С группа.

Определение ОАА крови пациентов производилось с использованием модифицированного DPPH (2,2-дифенил-1-пикрилгидразил) теста [3].

Статистическую значимость разницы значений ОАА между различными группами населения оценивали методом дисперсионного анализа (ANOVA). Для идентификации аномальных значений ОАА применяли тест Dixon's Q. Критерий χ^2 использовался для оценки нормальности распределений ОАА у жителей отдельных сел.

Распределение населения по общей антиоксидантной активности в каждом отдельном селе описывалось как распределение двухкомпонентной смеси:

$$Y = P_1Y_1 + P_2Y_2$$

$$Y_i(X|\lambda_i, \sigma_i) = \frac{1}{\sigma_i\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{1}{2}\left(\frac{x-\lambda_i}{\sigma_i}\right)^2}; \quad i = 1, 2$$

где Y_i – нормальное (Гауссовское) распределение, P_i – удельный вклад нормального (Гауссовского) распределения в общее интегральное распределение; λ_1 и λ_2 ($\lambda_2 = \lambda_1 + \theta$) – средние значения, σ_i – стандартные отклонения. X – случайная величина – набор значений ОАА.

В расчетах применяли допущение, что $\sigma_1 = \sigma_2$.

Статистическую значимость между Гауссовскими средними компонентами смеси оценивали с помощью Z-теста.

С целью анализа данных и визуализации результатов использовали пакеты программного обеспечения SPSS и Open BUGS.

Результаты и обсуждение. На рис. 1 представлены средние значения показателей ОАА крови обследованного населения сел Сареки, Саирхе и Чорвила. Как следует из данных рис. 1, среднее значение ОАА в селе Чорвила статистически достоверно отличается от средних значений ОАА в селах Сареки и Саирхе; статистически достоверное отличие показателей ОАА населения сел Сареки и Саирхе не зафиксировано.