

## ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<https://doi.org/10.35339/ekm.2020.87.02.05>  
УДК 616.89-008.441-008.454-052

*С.О. Ярославцев*

*КНП "Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги", Україна*

### **ФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ**

В статті представлений феноменологічний аналіз суїцидальної поведінки 141 пацієнта з біполярним афективним розладом. Визначено, що пацієнти з біполярним афективним розладом мають специфічні особливості суїцидальної поведінки, до яких відносилися: наявність помірної та вираженої суїцидальної ризиків; вираженість симптомів безнадії та безпорадності, слабкого імпульсивного контролю, недостатньої розсудливості, дезорганізованості, роздратованості; наявність стресових факторів; анамнестична обтяженість; порушення комунікативних стосунків; наявність високого та вираженого рівня звуження когнітивних функцій; переважання слабкого бажання жити та сильного бажання померти; переважання нав'язливих та постійних суїцидальних думок та невпевненість в спроможності здійснити суїцидальну спробу. Визначені особливості суїцидальної поведінки у пацієнтів з біполярним афективним розладом можуть виступати в якості діагностичних критеріїв та предикторів суїцидальної поведінки при проведенні диференціальної діагностики та створенні реабілітаційних заходів з метою корекції суїцидальної поведінки для пацієнтів з біполярним афективним розладом.

**Ключові слова:** *суїцидальний ризик, суїцидальна поведінка, біполярний афективний розлад, депресія.*

#### **Актуальність дослідження**

Депресивний синдром є найбільш небезпечним серед всіх психопатологічних синдромів з точки зору можливості скоєння суїциду [1–4]. Щорічно самогубства скоюють від 873 тис. до 1 млн осіб у всьому світі, включаючи 163 тис. в Європейському регіоні [1, 3–5]. Самогубство є 13-ю за рахунком причиною смерті у всьому світі, а в віковому діапазоні 15–35 років в Європі воно займає друге місце після дорожньо-транспортних пригод [1, 4, 6]. Відзначається надзвичайно висока частота суїцидальних дій при депресії: згідно з даними літератури до 30–50 % депресивних хворих вчиняють суїцидальні спроби, в 10–15 % випадків вони закінчуються летальним результатом [2, 7–9]. У зв'язку з надзвичайно високим ризиком суїцидальна поведінка при депресивному розладі давно стала об'єктом численних досліджень [1, 4, 7, 10–13]. Проте, не дивлячись на активне вивчення цього питання і практичне впровадження різноманітних

підходів до профілактики самогубств, рівень суїцидів при депресивному синдромі, як і раніше, залишається високим [2, 6, 14]. Однією з умов успішної профілактики суїцидів при депресії є можливість досить точно оцінити суїцидальний ризик (СР) у конкретного пацієнта з депресією [7–9, 15–19]. Для цього необхідно мати чітке уявлення про найбільш суїцидонебезпечні фактори, що впливають на СР [1, 4, 11, 20, 21]. Тим часом саме в цьому питанні досі відсутня єдність поглядів. Відсутні систематизовані дані, що дозволяють диференційовано виділити особливості суїцидальної поведінки при депресивних розладах, що і визначило мету і завдання нашого дослідження.

**Мета дослідження** – визначити особливості суїцидальної поведінки при біполярних депресивних розладах (БАР).

#### **Методи та об'єкт дослідження**

В дослідженні брав участь 141 пацієнт з біполярними афективними розладами: 76 чоловіків (53,90±2,61) % та 65 жінок (46,10±2,42) %.

Переважна кількість пацієнтів характеризулась віком 30–44 роки (38,12 %) та 18–29 років (31,21 %).

Вивчення особливостей суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР включало в себе аналіз вираженості СР, діагностику симптомів, рівня стресу, суїцидальну поведінку в минулому, комунікативні можливості та реакції значущих інших, вираженість аутоагресивних предикторів та суїцидальних намірів. Для дослідження клініко-психопатологічних особливостей суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР використовувався комплекс методів дослідження: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний та математико-статистичний. За допомогою клініко-психопатологічного методу, шляхом стандартизованого інтерв'ю і спостереження проводили первинну діагностику СР. Клініко-психопатологічний метод доповнювався використанням психометричних шкал: шкалою суїцидального ризику Лос-Анджелеського суїцидологічного центру (Каневський В. І., 2014.) та шкалою оцінки суїцидальних намірів (А. Beck et al., 1979). Психодіагностичні методи використовувались для визначення вираженості аутоагресивних предикторів за допомогою тесту «Самооцінка вираженості аутоагресивних предикторів» (Пилягіна Г.Я., 2004).

#### Результати та їх обговорення

В результаті аналізу вираженості СР за шкалою суїцидального ризику Лос-Анджелеського суїцидологічного центру було визначено, що у 41,13 % пацієнтів з БАР був зафіксований помірний рівень СР, у 40,43 % осіб – високий рівень СР та у 18,44 % – низький рівень СР.

Аналіз результатів шкали СР, розробленої Лос-Анджелеським суїцидологічним центром, дозволив визначити наявність симптомів, рівня стресу, суїцидальну поведінку в минулому і поточні плани, комунікативні можливості й реакції значущих інших серед пацієнтів з БАР (рис. 1).

Серед симптомів, що сприяють суїцидальній поведінці були виражені відчуття безнадії та безпорадності [(8,12±1,44) бала], слабкий імпульсивний контроль й недостатня розсудливість [(8,12±1,44) бала], депресивні прояви [(8,02±1,42) бала], а також відчуття ворожості, роздратованості й підозрливості [(7,19±1,28) бала], прийом алкоголю й наркотиків [(7,89±1,22) бала] та почуття провини [(7,11±1,27) бала]. У пацієнтів з БАР серед стресових факторів найбільше впливали зміни в

житті чи оточенні [(7,13±1,27) бала], збільшення симптомів стресу [(6,89±1,23) бала], гострий та випадковий початок симптомів стресу [(5,79±1,04) бала] та їх повторюваність [(5,22±0,94) бала].

Оцінка суїцидальної поведінки в минулому та аналіз поточних планів дозволив встановити, що у пацієнтів з БАР чинниками СР виступали повторні депресивні епізоди в минулому [(8,79±1,55) бала] та небезпека для життя попередніх суїцидальних спроб [(5,82±1,05) бала].

Аналіз комунікативних факторів, що сприяють підвищенню СР у пацієнтів з БАР дозволив визначити, що відсутність емоційної підтримки з боку сім'ї та друзів [(7,34±1,31) бала], порушення міжособистісних контактів, що супроводжуються відказом від спроб їх відновлення [(5,55±1,02) бала], а також відгородженість пацієнтів [(4,21±0,76) бала] були вагомими чинниками СР при БАР. Відмічено, що реакція значущих інших у вигляді відсутності турботи за пацієнта, відсутності розуміння пацієнта [(7,11±1,27) балів] та заперечення пацієнтом потреби у допомозі [(6,45±1,16) балів] були чинниками СР при БАР.

Аналіз самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів дозволив визначити особливості в характері аутоагресивних спонукань і їх вираженості у пацієнтів з БАР: у більшості пацієнтів був 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 (таблиця). У більшості пацієнтів з БАР був встановлений помірний рівень агресії (47,52±2,46) %, у 25,53 % пацієнтів зафіксований виражений рівень та у 19,15 % осіб – високий рівень агресії; спостерігався виражений рівень імпульсивності (41,84±2,28) %, у значної частини пацієнтів також був встановлений помірний рівень імпульсивності (34,04±1,97) %; виражене звуження когнітивних функцій (43,97±2,35) %, у 26,95 % осіб був зафіксований високий рівень та у 20,57 % осіб – помірний рівень звуження когнітивних функцій; у переважної більшості пацієнтів було діагностовано виражене звуження міжособистісних контактів (54,61±2,63) %, помірне звуження кола спілкування визначалось у 19,86 % пацієнтів з БАР, а високий рівень – у 21,28 % осіб. Визначено, що виражений рівень афективних порушень встановлений у 36,88 % пацієнтів з БАР, помірний – у 31,21 % осіб, високий рівень зафіксований у 21,99 % пацієнтів. У 33,33 %



Рис. 1. Чинники суїцидального ризику у пацієнтів з БАР

пацієнтів з БАР встановлений помірний рівень вегетативних порушень, у 36,17% – виражений рівень та у 21,99% пацієнтів – високий рівень.

Проведений аналіз оцінки суїцидальних намірів серед пацієнтів з БАР, дозволив оцінити особливості їх суїцидального мислення. У більшості пацієнтів з БАР відзначалось слабе бажання жити ( $62,41 \pm 2,73$ )%, вони відчували бажання померти, яке коливалось від помірного до сильного ( $52,48 \pm 2,58$ )%, намагались знаходити доводи на користь життя ( $44,68 \pm 2,37$ )%, але у 41,84% осіб доводи на користь життя та смерті були однаковим. У 47,52% осіб було зафіксовано виражене бажання здійснити суїцидальну спробу, у 37,59% осіб це бажання виявилось слабким. При пасивній суїцидальній спробі більшість пацієнтів з БАР поклалися б на волю випадку

( $50,35 \pm 2,53$ )%, а 41,84% пацієнтів не зробили б нічого, щоб залишитися в живих.

Аналізувались особливості суїцидальної ідеаторної активності серед пацієнтів з БАР: у 46,10% осіб тривалість суїцидальних думок була невідступною, у 41,13% осіб – досить тривалою, суїцидальні думки у більшості пацієнтів були періодичними ( $55,03 \pm 2,65$ )%, а у 40,43% – постійними (рис. 2). У більшості пацієнтів з БАР ставлення до суїцидальних думок було індивідуальним або нейтральним ( $51,77 \pm 2,57$ )%, у третини пацієнтів – негативним ( $36,88 \pm 2,09$ )%.

При цьому лише 29,79% пацієнтів були впевненні у тому, що вони зможуть протистояти суїцидальним бажанням та намірам, 63,12% пацієнтів були не впевненні, що зможуть утриматися від бажання вчинити суїци-

Найменування показників	БАР (n = 141)	
	Абс.	% ± m %
<b>аутоагресія</b>		
низький рівень	19	13,48±0,90
помірний рівень	56	39,72±2,20
виражений рівень	54	38,30±2,15
високий рівень	12	8,51±0,58
<b>агресія</b>		
низький рівень	11	7,80±0,54
помірний рівень	67	47,52±2,46
виражений рівень	36	25,53±1,57
високий рівень	27	19,15±1,23
<b>імпульсивність</b>		
низький рівень	16	11,35±0,76
помірний рівень	48	34,04±1,97
виражений рівень	59	41,84±2,28
високий рівень	18	12,77±0,85
<b>звуження когнітивних функцій</b>		
низький рівень	12	8,51±0,58
помірний рівень	29	20,57±1,31
виражений рівень	62	43,97±2,35
високий рівень	38	26,95±1,65
<b>звуження міжособистісних контактів</b>		
низький рівень	6	4,26±0,30
помірний рівень	28	19,86±1,27
виражений рівень	77	54,61±2,63
високий рівень	30	21,28±1,35
<b>афективні порушення</b>		
низький рівень	14	9,93±0,67
помірний рівень	44	31,21±1,85
виражений рівень	52	36,88±2,09
високий рівень	31	21,99±1,39
<b>вегетативні розлади</b>		
низький рівень	12	8,51±0,58
помірний рівень	47	33,33±1,94
виражений рівень	51	36,17±2,06
високий рівень	31	21,99±1,39

#### *Вираженість аутоагресивних предикторів у пацієнтів з БАР*

дальні дії. 54,61 % пацієнтів враховували стримуючі фактори: сім'я, релігійні переконання, можлива інвалідизація в разі безуспішної спроби, незворотність вчинку, а 30,50 % пацієнтів з БАР не схильні були враховувати стримуючі фактори. Причиною можливої суїцидальної спроби у переважної більшості пацієнтів з БАР виступало бажання покласти край стражданням, разом вирішити всі проблеми (93,62±1,69) %.

Аналіз характеристик передбачуваної суїцидальної спроби серед пацієнтів з когнітивними порушеннями при БАР дозволив визначити, що 31,91 % пацієнтів не схильні були обмірковувати суїцидальні наміри, 43,97 % схильні були обмірковувати суїцидальні думки в загальному вигляді та у 24,11 % осіб з БАР ступінь продуманості суїцидальних намірів була детально опрацьованою.

Було визначено, що для підготовки до суїцидальної спроби у 65,25 % пацієнтів був необхідний час, у 21,28 % осіб доступність методу або можливості була відсутня та у 13,48 % осіб були можливості для скоєння суїциду. Більшість пацієнтів з БАР виражали сумнів щодо сміливості або компетентності у можливій спробі скоєння суїциду (58,87±2,70) %, 29,08 % осіб були впевненні, що в них не вистачить сміливості для здійснення цього акту та 12,06 % пацієнтів були впевненні, що їм вистачить сміливості для скоєння суїциду. Більшість осіб з БАР мали сумніви щодо можливості скоєння суїциду (56,03±2,65) %, 33,33 % осіб не мали передбачення суїцидальної спроби. Оцінка реалізації передбачуваного суїциду продемонструвала, що більшість пацієнтів з БАР не планували реальної підготовки до





Рис. 2. Характеристика суїцидальної ідеаторної активності серед пацієнтів з БАР

суїциду ( $86,52 \pm 2,27$ )%: не писали передсмертних записок (100%) та не здійснювали останні дії та розпорядження ( $97,16 \pm 1,17$ )%. Було також встановлено, що 38,30% не мали суїцидальних намірів або висловлювали їх відкрито, 51,06% пацієнтів не схильні були говорити про суїцидальні наміри та 10,64% осіб схильні були їх приховувати. Аналіз передумов суїцидаль-

ної спроби дозволив встановити, що у переважній більшості пацієнтів з БАР не були зафіксовані суїцидальні спроби у минулому ( $86,52 \pm 2,27$ )%, у 10,64% осіб була одна суїцидальна спроба в минулому, при цьому у 6,38% та у 7,09% пацієнтів відзначалось відповідно слабке та амбівалентне бажання померти після останньої суїцидальної спроби.

### Висновки

Визначені особливості суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР, до яких відносилися:

– переважання помірного (41,13 %) та вираженого (40,43 %) рівнів СР;

– вираженість симптомів безнадії та безпорадності, слабого імпульсивного контролю, недостатньої розсудливості, дезорганізованості, роздратованості, алкоголізму;

– наявність стресових факторів (несподівані зміни в житті), їх гострий та випадковий початок і повторюваність;

– анамнестична обтяженість (наявність попередніх депресивних епізодів, небезпека для життя попередніх суїцидальних спроб, загроза методів суїцидальної спроби, неоднократність звернення до лікарів за допомогою);

– порушення комунікативних стосунків (порушення міжособистісних контактів, відсутність емоційної підтримки, турботи та розуміння від оточуючих, їх агресивна позиція, відгородженість пацієнтів та їх заперечення потреби у допомозі);

– наявність аутоагресивних предикторів [вираженого та помірного рівнів аутоагресії (38,30 та 39,72 %), агресії (25,53 та 47,52 %) та імпульсивності (41,84 та 34,04 %), високого та вираженого рівнів звуження когнітивних функцій (26,95 та 43,97 %), вираженого звуження міжособистісних стосунків (54,61 %), вираженість афективних порушень (36,88 %), середнього та вираженого рівнів вегетативних розладів (33,33 та 36,17 %)];

– особливості суїцидальних намірів [переважання слабого бажання жити (62,41 %) та

сильного бажання померти (52,48 %) або здійснити активну суїцидальну спробу (47,52 %), переважання доводів за життя (44,68 %), покладання на випадок (50,35 %) або відсутність запобіжних заходів (41,84 %) у разі пасивної суїцидальної спроби];

– ідеаторні особливості суїцидальних думок [переважання нав'язливих та постійних суїцидальних думок (46,10 та 40,43 %), нейтральне або амбівалентне ставлення до них (51,77 %), невпевненість у можливості їх контролювати (63,12 %), прийняття до уваги або ігнорування стримуючих факторів (54,61 та 30,50 %), переважання бажання скінчити страждання (93,62 %)];

– характеристики передбачувальної суїцидальної спроби [переважання необміркованості та обміркованості в загальному вигляді майбутніх суїцидальних спроб (31,91 та 43,97 %), необхідність їх підготовки (65,25 %), невпевненість в спроможності здійснити суїцидальну спробу (58,87 %), слабе передбачення суїцидальної спроби (56,03 %), відсутність реальної підготовки, передсмертної записки, останніх розпоряджень, попередніх спроб в минулому та відкритих висловлювань щодо суїцидальних намірів (86,52; 100; 97,16; 86,52; та 51,06 %)].

### Перспективи подальших досліджень

Визначені особливості суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР можуть виступати в якості діагностичних критеріїв та предикторів суїцидальної поведінки при проведенні диференціальної діагностики та створенні реабілітаційних заходів з метою корекції суїцидальної поведінки для пацієнтів з БАР.

### Література

1. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Здоров'я України. – 2012. – № 3 (22). – С. 6–8.
2. Кудрявцев И. А. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики / И. А. Кудрявцев, Е. Э. Декало // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3–11.
3. Michel K. A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide / K. Michel, L. Valach, A. Gysin-Maillart // Int J Environ Res Public Health. – 2017. – Vol. 14 (3). – Pii: E243. – DOI: 10.3390/ijerph14030243.
4. Comprehensive mental health action plan 2013-2020 (n.d.). Geneva: WHO, 2013. Retrieved from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1).
5. Корнетов Н. А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? / Н. А. Корнетов // Суицидология. – 2013. – № 4 (2). – С. 48–56.
6. Stanley B. Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk / B. Stanley, G. Brown // Cogn Behav Pract. – 2011. – Vol. 19. – P. 256–264.
7. Васильев В. В. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме / В. В. Васильев, Ю. В. Ковалев, Э. Р. Имашева // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 1 (14). – С. 30–35.

8. Predicting risk of suicide attempt using history of physical illnesses from electronic medical records / C. Karmakar, W. Luo, T. Tran [et al.] // *JMIR. Ment. Health.* – 2016. – Vol. 3. – P. 19.
9. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis / L. Zhang, T. Fu, R. Yin [et al.] // *BMC Psychiatry.* – 2017. – Vol. 14. – P. 17–70.
10. Зотов П. Б. Клинические формы и динамика суицидального поведения / П. Б. Зотов, С. М. Уманский // *Суицидология.* – 2011. – № 1. – С. 3–7.
11. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings / K. Inoue, C. Kawanishi, K. Otsuka [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2017. – Vol. 250. – С. 155–158.
12. Ng C. W. Depression in primary care: assessing suicide risk / C. W. Ng, C. H. How, Y. P. Ng // *Singapore Med J.* – 2017. – Vol. 58. – P. 72–77.
13. Reexamination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population / B. B. Dennis, P. S. Roshanov, M. Bawor [et al.] // *Crisis.* – 2015. – Vol. 36. – P. 231–240.
14. Кудрявцев И. А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства / И. А. Кудрявцев // *Суицидология.* – 2012. – № 3. – С. 10–14.
15. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor / R. A. Bernert, J. S. Kim, N. G. Iwata [et al.] // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2015. – Vol. 17. – P. 554.
16. Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study / M. Fegg, S. Kraus, M. Graw [et al.] // *BMC Palliat. Care.* – 2016. – Vol. 9. – P. 14.
17. Obesity and suicide risk in adults – a systematic review / G. Klinitzke, J. Steinig, M. Bluher [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2013. – Vol. 145. – P. 277–284.
18. Любов Е. Б. Клинико-экономические исследования суицидального поведения / Е. Б. Любов, А. Н. Паршин // *Суицидология.* – 2016. – № 7 (1). – С. 11–28.
19. Положий Б. С. Дифференцированная профилактика суицидального поведения / Б. С. Положий, Е. А. Панченко // *Суицидология.* – 2012. – № 1. – С. 8–13.
20. Антонова А. А. Факторы риска развития суицидального поведения / А. А. Антонова, Е. В. Бачило, Ю. Б. Барыльник // *Саратовский научно-медицинский журнал.* – 2012. – № 8 (2). – P. 403–409.
21. Каневський В. І. Суїцидологія в соціальній роботі: [навчальний посібник] / В. І. Каневський. – Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2014. – 348 с.

## References

1. Maruta N.O. (2012). Stan psikhichnogo zdorovya naseleण्या ta perspektivi rozvitku psikhiatrichnoi dopomogi v Ukraini [Mental health camp of the population and the prospects for the development of psychiatric assistance in Ukraine]. *Zdorovya Ukrainy – Health of Ukraine*, № 3 (22), pp. 6–8 [in Ukrainian].
2. Kudryavtsev I.A., Dekalo Ye.E. (2012). Psikhologicheskiye faktory i mekhanizmy suitsidogeneza kak kriterii suitsidalnogo riska i napravlennoy profilaktiki [Psychological factors and mechanisms of suicidogenesis as criteria for suicidal risk and targeted prevention]. *Suitsidologiya – Suicidology*, vol. 2, pp. 3–11 [in Russian].
3. Michel K., Valach L., Gysin-Maillart A. (2017). A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide. *Int J Environ Res Public Health.*, vol. 14 (3), pii: Ye243, DOI: 10.3390/ijerph14030243.
4. Comprehensive mental health action plan 2013-2020 (n.d.). Geneva: WHO. Retrieved from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1).
5. Kornetov N.A. (2013). Chto yavlyayetsya luchshey formoy profilaktiki suitsidov? [What is the best form of suicide prevention?]. *Suitsidologiya – Suicidology*, vol. 4 (2), pp. 48–56 [in Russian].
6. Stanley B., Brown G. (2011). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cogn Behav Pract.*, vol. 19, pp. 256–264.
7. Vasilyev V.V., Kovalev Yu.V., Imasheva E.R. (2014). Suitsidalnyye mysli pri depressivnom sindrome [Suicidal thoughts with depressive syndrome]. *Suitsidologiya – Suicidology*, vol. 5, № 1 (14), pp. 30–35 [in Russian].
8. Karmakar C., Luo W., Tran T. et al. (2016). Predicting risk of suicide attempt using history of physical illnesses from electronic medical records. *JMIR. Ment. Health.*, vol. 3, p. 19.
9. Zhang L., Fu T., Yin R., Zhang Q., Shen B. (2017). Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, vol. 14, pp. 17–70.

10. Zotov P.B., Umanskiy S.M. (2011). Klinicheskiye formy i dinamika suitsidalnogo povedeniya [Clinical forms and dynamics of suicidal behavior]. *Suitsidologiya – Suicidology*, vol. 1, pp. 3–7 [in Russian].
11. Inoue K., Kawanishi C., Otsuka K. et al. (2017). A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res.*, vol. 250, pp. 155–158.
12. Ng C.W., How C.H., Ng Y.P. (2017). Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J.*, vol. 58, pp. 72–77.
13. Dennis B.B., Roshanov P.S., Bawor M. et al. (2015). Reexamination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population. *Crisis.*, vol. 36, pp. 231–240.
14. Kudryavtsev I.A. (2012). Psikhologicheskiiy prognoz povtornykh popytok samoubiystva [Psychological prognosis of repeated suicide attempts]. *Suitsidologiya – Suicidology*, vol. 3, pp. 10–14 [in Russian].
15. Bernert R.A., Kim J.S., Iwata N.G., Perlis M.L. (2015). Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 17, p. 554.
16. Fegg M., Kraus S., Graw M., Bausewein C. (2016). Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. *BMC Palliat. Care.*, vol. 9, p. 14.
17. Klinitzke G., Steinig J., Bluher M. et al. (2013). Obesity and suicide risk in adults - a systematic review. *J. Affect. Disord.*, vol. 145, pp. 277–284.
18. Lyubov Ye.B., Parshin A.N. (2016). Kliniko-ekonomicheskiye issledovaniya suitsidalnogo povedeniya [Clinical and economic studies of suicidal behavior]. *Suitsidologiya – Suicidology*, vol. 7 (1), pp. 11–28 [in Russian].
19. Polozhiy B.S., Panchenko Ye.A. (2012). Differentsirovannaya profilaktika suitsidalnogo povedeniya [Differentiated prevention of suicidal behavior]. *Suitsidologiya – Suicidology*, vol. 1, pp. 8–13 [in Russian].
20. Antonova A.A., Bachilo Ye.V., Baryl'nik Yu.B. (2012). Faktory riska razvitiya suitsidalnogo povedeniya [Risk factors for the development of suicidal behavior]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal – Saratov Journal of Medical Scientific Research*, № 8 (2), pp. 403–409 [in Russian].
21. Kanevskiy V.I. (2014). *Suitsidologiya v sotsialnyy roboty [Suicidology in social robotics]*. Mikolaiv: Vid-vo CHDU im. Petra Mogili, 348 p. [in Russian].

*С.А. Ярославцев*

#### **ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

В статье представлен феноменологический анализ суицидального поведения 141 пациента с биполярным аффективным расстройством. Определено, что пациенты с биполярным аффективным расстройством имеют специфические особенности суицидального поведения, к которым относились: наличие умеренного и выраженного суицидального риска; выраженность симптомов безнадежности и беспомощности, слабого импульсивного контроля, недостаточной благоразумия, дезорганизованности, раздражительности; наличие стрессовых факторов; анамнестическая отягощенность; нарушение коммуникативных отношений; наличие высокого и выраженного уровней сужения когнитивных функций; преобладание слабого желания жить и сильного желания умереть; преобладание навязчивых и постоянных суицидальных мыслей и неуверенность в способности осуществить суицидальную попытку. Выделенные особенности суицидального поведения у пациентов с биполярным аффективным расстройством могут выступать в качестве диагностических критериев и предикторов суицидального поведения при проведении дифференциальной диагностики и создании реабилитационных мероприятий с целью коррекции суицидального поведения у пациентов с биполярным аффективным расстройством.

**Ключевые слова:** суицидальный риск, суицидальное поведение, биполярное аффективное расстройство, депрессия.

*S.A. Yaroslavtsev*

#### **PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF SUICIDE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER**

The article presents a phenomenological analysis of suicidal behavior in 141 patients with bipolar affective disorder. It was determined that patients with bipolar affective disorder have specific features of suicidal behavior, which included: the presence of moderate and severe suicidal risk; severity of symptoms of hopelessness and helplessness, weak impulsive control, lack of sanity, disorganization, irritability; the



presence of stressors; anamnestic burden; violation of communicative relations; the presence of high and pronounced levels of narrowing of cognitive functions; the predominance of a weak desire to live and a strong desire to die; predominance of obsessive and persistent suicidal thoughts and uncertainty about the ability to attempt suicide. The identified features of suicidal behavior in patients with bipolar affective disorder can act as diagnostic criteria and predictors of suicidal behavior in the differential diagnosis and rehabilitation measures to correct suicidal behavior in patients with bipolar affective disorder.

**Keywords:** *suicidal risk, suicidal behavior, bipolar affective disorder, depression.*

*Надійшла до редакції 15.06.2020*

#### **Відомості про автора**

*Ярославцев Сергій Олександрович* – кандидат медичних наук, лікар-психіатр КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради.

Адреса: Україна, 73488, Херсонська обл., с. Степанівка, вул. Джона Говарда, 65.

Тел.: +38(050)908-41-33.

E-mail: [iaroslavtsev@gmail.com](mailto:iaroslavtsev@gmail.com).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6673-2157>.