

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Определены клинические предикторы парасуицидального поведения у женщин с депрессивными расстройствами аффективного регистра и синдромом потери плода в анамнезе. В результате проведенного исследования к ним были отнесены признаки: эмоционально неустойчивый и истерический типы преморбидных личностных особенностей; намеренные нефатальные самоповреждения у ближайших родственников; намеренные самоповреждения у ближайших родственников; аффективные расстройства (F30–F39) у ближайших родственников. Полученные данные могут использоваться для превенции парасуицидального поведения у потенциально суицидоопасной группы пациенток.

Ключевые слова: женщины, депрессивные расстройства, потеря плода в анамнезе, парасуицид, клинические предикторы.

Актуальность изучения предикторов парасуицидального поведения у женщин обусловлена высоким уровнем его распространенности в популяции. В связи с разнообразием дизайна исследований и включаемых в них актов намеренного самоповреждения уровни парасуицидов варьируют в широком диапазоне: от 2,6 до 1100,0 на 100 000 населения в год, прижизненный — от 720 до 5930 [1]. Показатели распространенности парасуицидов выше в молодом возрасте и в женской популяции (соотношение мужчин/женщин в разных исследованиях составляет 1:1,2–1:3,3) [1]. Доказательное выделение клинических предикторов парасуицидального поведения для различных контингентов больных с аффективной патологией является важной научно-прикладной задачей, решение которой позволит выработать эффективные стратегии превенции такого поведения. Необходимость в таком подходе назрела давно. Наличие в однородном контингенте лиц с реализованной парасуицидальной активностью и без таковой прямо указывает на существование у них различных клинических характеристик, потенциально обладающих свойством предикции [2, 3]. Изучение клинических предикторов парасуицидального поведения у пациенток с перинатальными потерями в анамнезе необходимо и для более полного его понимания у женщин в целом. Исследований, в которых бы прицельно изучалось женское парасуицидальное поведение, проводится крайне мало [4–6], что и обусловило выбор темы нашей работы.

Цель данного исследования — установление клинических предикторов парасуицидального

поведения у женщин с депрессивными расстройствами (ДР) и потерей плода в анамнезе.

Исследование было выполнено в период с 2013 по 2015 г. на кафедре психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина. На условиях информированного согласия в нем приняла участие 91 женщина, находящаяся под амбулаторным наблюдением в КУЗ «Областной психоневрологический диспансер» (Харьков): 54 пациентки с ДР аффективного регистра, синдромом потери плода и намеренным несуйцидальным самоповреждением в анамнезе (основная группа, ОГ) и 37 — без самоповреждений (контрольная группа, КГ).

Критерии включения в ОГ на момент исследования: совершеннолетие (18 лет); возраст, не превышающий верхнюю границу репродуктивного временного интервала (45 лет); наличие ДР аффективного регистра легкой и умеренной степени по МКБ-10 [7] (состояние пациентки, отвечающее критериям депрессивного эпизода (ДЭ) легкой или умеренной степени, рекуррентного депрессивного расстройства (РДР), текущий ДЭ легкой или умеренной степени, наличие иных ДР легкой и умеренной степени выраженности из раздела F30–F39); наличие в анамнезе синдрома потери плода, намеренного несуйцидального самоповреждения; согласие пациентки на участие в исследовании и соблюдение всех предписаний.

Критерии исключения из ОГ: несовершеннолетие; возраст старше 45 лет; наличие тяжелого ДР из раздела F30–F39 МКБ-10 (ДР с психотическими симптомами); депрессивное состояние

Таблица 1

Структура депрессивных расстройств и наличие самоповреждения у респондентов (по критериям МКБ-10)

Депрессивные расстройства	Группы сравнения			
	основная, n = 54		контрольная, n = 37	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
ДЭ (легкий — F32.0)	5	9,26 ¹	4	10,81 ²
ДЭ (умеренный — F32.1)	20	37,04 ³	14	37,84 ⁴
Всего ДЭ	25	46,30 ⁵	18	48,65 ⁶
РДР, текущий эпизод легкой степени (F33.0)	29	53,70 ⁷	19	51,35 ⁸
Самоповреждение в личном анамнезе (Z91.5)	54	100,00	—	—

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² $p > 0,05$; ³⁻⁴ $p > 0,05$; ⁵⁻⁶ $p > 0,05$; ⁷⁻⁸ $p > 0,05$; ⁵⁻⁷ $p < 0,05$; ⁶⁻⁸ $p < 0,05$.

в отношении возникновения заболевания (в нашем случае — парасуицидального поведения)» [15]. Всего было отобрано 12 характеристик-признаков, потенциально обладающих свойствами предикции: возраст; наследственная отягощенность психическими и поведенческими расстройствами; наличие и частота неслучайных (намеренных) самоповреждений у ближайших родственников; патология беременности у матери; патология родов у матери; психоэмоциональное развитие периода детства; перенесенные в детском возрасте заболевания и травмы головы; возраст начала половой жизни; нормативность менструальной функции; число беременностей; преобладающий тип перинатальной потери; преморбидные особенности личности.

На втором этапе исследования был проведен компаративный анализ частоты встречаемости признаков, выделенных на первом этапе, с расчетом их ДК и МИ Кульбака [12, 13]. В дальнейшем все значимые для предикции клинические признаки в порядке убывания их информативности были размещены в таблице. Достоверность различия частот качественных признаков устанавливалась с помощью непараметрического критерия χ^2 [12] ($p < 0,05$).

Все установленные у респондентов ДР характеризовались как непсихотические расстройства легкой и умеренной степени тяжести (табл. 1). Общий показатель легких ДЭ в ОГ составил 62,96%, в КГ — 62,16% ($p > 0,05$). Структура ДР в сравниваемых группах была сопоставимой: частоты ДЭ и РДР существенно не отличались ($p > 0,05$).

вследствие употребления психоактивных веществ; депрессивный синдром в рамках органических расстройств, шизофрения, шизоаффективное расстройство, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; отсутствие в анамнезе синдрома потери плода, случайных самоповреждений, самоповреждений, совершенных по суицидальным мотивам; отказ пациентки от участия в исследовании.

Все обследованные — жительницы Харькова и Харьковской области. Средний возраст женщин ОГ — 28,90±2,2 года, респонденток КГ — 28,40±2,1 года.

В настоящем исследовании под парасуицидальным поведением мы понимали «поведение, имитирующее суицидальное, но без намерения убить себя» [8]; под парасуицидом, согласно рекомендациям ВОЗ и определению N. Kreitman [7], — «любое намеренное самоповреждение или самоотравление, совершенное с целью изменения жизненных обстоятельств путем физических последствий» [8, 9]; под синдромом потери плода — один и более самопроизвольных выкидышей или неразвивающихся беременностей в сроке 10 нед и более, мертворождение, неонатальную смерть, три и более самопроизвольных выкидыша до 8 нед эмбрионального развития [10].

Были использованы следующие методы исследования: клиничко-психопатологический (с применением критериев МКБ-10 для верификации ДР и самоповреждений), клиничко-суицидологический, психодиагностический (ММРІ, Шкала суицидальных интенций Пирса — Pierce Suicidi Intent Scale, Pierce, D. W. [11], Шкала оценки риска суицида Паттерсона (The Sad Persons Scale, Pattersonetal) [11]), математической статистики (достоверность различия частот качественных признаков с использованием непараметрического критерия χ^2 [12], статистический анализ данных осуществлялся с помощью пакета SPSS-14 for Windows); оценки диагностической ценности (диагностических коэффициентов — ДК, а также информативности (мер информативности Кульбака — МИ) изучаемых признаков с формированием сводной таблицы для последовательной процедуры А. Вальда (в модификации Е. Г. Гублера) [12, 13].

Алгоритм установления клинических предикторов парасуицидального поведения у женщин с ДР и синдромом потери плода в анамнезе предусматривал два этапа. На первом была проведена инвентаризация уже известных клинических предикторов парасуицида у женщин, отобранных по результатам контент-анализа специальной литературы [1–6, 14].

В настоящем исследовании мы считали предиктором «любую характеристику... по которой можно составить индивидуальный прогноз

Таблица 2

**Распределение респонденток
по возрастным диапазонам**

Возрастные диапазоны (лет)	Группы сравнения			
	основная, <i>n</i> = 54		контрольная, <i>n</i> = 37	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
До 20	1	1,85	1	2,70
21–25	1	1,85	3	8,11
26–30	11	20,37	4	10,81
31–35	37	68,52 ¹	26	70,27 ²
36–40	4	7,41	3	8,11

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ^{1–2}*p* > 0,05. То же в табл. 5.

В структуре ДР преобладало РДР (53,70 % — в ОГ и 51,35 % — в КГ).

Все установленные самоповреждения были реализованы респондентками в рамках несуйцидального (парасуйцидального) поведения. В пользу несуйцидальности причиненных самоповреждений говорят результаты изучения обстоятельств их нанесения, данные самоотчета пациенток, отражающие такие параметры самоповреждения, как летальность, декларируемые намерения, подготовка, реакция на совершенное действие, а также значения шкал суйцидальных интенций Пирса и оценки риска суйцида Паттерсона.

Средний балл шкалы Пирса в ОГ составил 2,56±0,45, т. е. находился в интервале 0–3 балла, который соотносится с низким уровнем суйцидальных интенций [11]. Этот показатель, в свою очередь, соотносится с низким уровнем медицинского риска суйцида [11], что дало основание характеризовать все отмеченные у обследованных намеренные самоповреждения как несуйцидальные. В пользу несуйцидальности самоповреждений говорит также величина среднего балла шкалы Паттерсона (1,75), которая соотносится со шкальным интервалом 0–2 балла, что отвечает низкому риску суйцида [11].

Большинство обследованных ОГ и КГ находились в возрастном диапазоне 31–35 лет (табл. 2). Различия по признаку «преобладающий возрастной период» недостоверны (*p* > 0,05).

Данные, полученные в изученной выборке опрошенных, не позволили рассматривать характеристику «преобладающий возрастной период» в качестве потенциального клинического предиктора парасуйцидального поведения.

Наличие психических и поведенческих расстройств (по критериям МКБ-10) у ближайших родственников женщин сравниваемых групп иллюстрирует табл. 3.

Таблица 3

**Наличие психических и поведенческих расстройств
у ближайших родственников респонденток
(по критериям МКБ-10)**

Перечень диагностических категорий	Группы сравнения			
	основная, <i>n</i> = 54		контрольная, <i>n</i> = 37	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (F10–F19)	3	5,56	6	6,06
Шизофрения, шизотипическое и бредовое расстройства (F20–F29)	2	3,70	1	2,70
Аффективные расстройства (F30–F39)	12	22,22 ¹	4	10,81 ²
Не выявлено	37	68,52	26	70,27
Всего с отягощенностью	17	31,48	11	29,73

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ^{1–2}*p* < 0,05.

Наследственная отягощенность у ближайших родственников по группам заболеваний, относящихся к диагностическим категориям F1, F2 и F3, была выявлена у 31,48 % пациенток ОГ и у 29,73 %, — КГ, т. е. существенно не отличалась (*p* > 0,05). Тем не менее психопатологическая отягощенность аффективной патологией (F30–F39) у родственников первой степени родства в ОГ отмечалась в 2,05 раза чаще (*p* < 0,05). Полученные данные позволили рассматривать характеристику «аффективные расстройства (F30–F39) у ближайших родственников» в качестве потенциального клинического предиктора парасуйцидального поведения в изученной выборке.

Намеренные самоповреждения (нефатальные и фатальные) в 2,74 раза чаще встречались у ближайших родственников (по первой степени родства) женщин ОГ (*p* < 0,05) (табл. 4). Фатальные самоповреждения у родственников (закончившиеся смертью) зафиксированы в сравниваемых группах одинаково часто (*p* > 0,05). Неслучайные нефатальные самоповреждения у ближайших родственников респонденток ОГ отмечались в 3,77 раза чаще по сравнению с обследованными КГ (*p* < 0,05). Полученные данные позволили рассматривать характеристики «намеренные самоповреждения у ближайших родственников» и «намеренные нефатальные самоповреждения у ближайших родственников» в качестве потенциальных клинических

Таблица 4

Наличие у ближайших родственников респондентов намеренных самоповреждений

Намеренные самоповреждения	Группы сравнения			
	основная, n = 54		контрольная, n = 37	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Нефатальные	11	20,37 ¹	2	5,40 ²
Фатальные (суициды)	1	1,85	1	2,70
Всего	12	22,22 ³	3	8,10 ⁴

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² p < 0,05; ³⁻⁴ p < 0,05.

Таблица 5

Наличие патологии беременности у матерей респондентов групп сравнения

Группы сравнения	Наличие патологии беременности		Отсутствие патологии беременности	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Основная, n = 54	9	16,67 ¹	45	83,33
Контрольная, n = 37	6	16,22 ²	31	83,78

Таблица 6

Результаты изучения нормативности беременности на момент родов у матерей респондентов

Группы сравнения	Нормативность беременности матери на момент родов					
	доношенность		недоношенность		переносимость	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Основная, n = 54	43	79,63 ¹	10	18,52 ³	1	1,85 ⁵
Контрольная, n = 37	29	78,38 ²	7	18,92 ⁴	1	2,70 ⁶

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² p > 0,05; ³⁻⁴ p > 0,05; ⁵⁻⁶ p > 0,05.

Таблица 7

Характеристика родовой травмы у респондентов

Родовая травма	Группы сравнения			
	основная, n = 54		контрольная, n = 37	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Наличие	15	27,78	10	27,02
Отсутствие	39	72,22 ¹	27	72,98 ²
Спонтанная	5	33,33	4	40,00
Акушерская	10	66,67 ³	6	60,00 ⁴

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² p > 0,05; ³⁻⁴ p > 0,05.

предикторов парасуицидального поведения в изученной выборке.

Патология беременности отсутствовала у большинства матерей обследованных женщин (табл. 5). Частоты патологии беременности у матерей в группах сравнения существенно не различались (p > 0,05). Патология беременности во всех случаях была представлена токсикозом второй половины.

Большинство женщин ОГ и КГ родились доношенными и в срок (табл. 6). Несвоевременно с признаками недоношенности и переношенности родились 11 (20,37%) пациенток ОГ и 8 (21,62%) — КГ.

Большая часть пациенток ОГ и КГ при рождении не имела признаков родовой травмы. Установленная в группах частота родовой травмы не превышала общепопуляционную (26,3–41,9%) [16]. Различия по типу родовой травмы отсутствовали. У женщин групп сравнения преобладала акушерская родовая травма, т. е. она была вызвана механическими действиями акушера (щипцы, тракции, пособия и др.).

Изучение особенностей развития в детстве показало, что в большинстве случаев психоэмоциональное развитие у респондентов ОГ и КГ характеризовалось как нормальное. При этом доля лиц с нормальным психоэмоциональным развитием среди пациенток обеих групп существенно не различалась (p > 0,05) (табл. 8).

Невротические симптомы детского возраста — ночные страхи, чрезмерная возбудимость, энурез — одинаково часто встречались у пациенток ОГ и КГ (12,96 и 10,81% соответственно). Существенной разницы по этому параметру установлено не было (p > 0,05).

Соматические заболевания в легкой форме, без длительной депривации (гастриты, дискинезии желчных путей) были отмечены в обеих группах: в ОГ у 22,22% пациенток, в КГ — у 21,62%. Существенной разницы по этому параметру установлено не было (p > 0,05).

Заболевания, оказывающие несомненное патогенное действие на головной мозг (арахноидит, энцефалит и др.), отсутствовали в анамнезе у всех опрошенных женщин. Пациентки ОГ и КГ одинаково часто болели в детстве инфекционными заболеваниями (паротит, пневмония, ОРЗ, грипп) (p > 0,05). По частоте черепно-мозговых травм у респондентов сравниваемые группы существенно не различались (p > 0,05). Отмечено, что все перенесенные заболевания и черепно-мозговые травмы у обследованного контингента протекали в легкой форме, без последствий.

Средний возраст начала половой жизни у женщин в ОГ — 18,2±2,2 года, в КГ — 17,8±1,8 года (p > 0,05).

Таблица 8

Результаты изучения нормативности психоэмоционального развития периода детства, частот перенесенных заболеваний и травм головы у респонденток

Характеристика периода детства	Группы сравнения			
	основная, n = 54		контрольная, n = 37	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Нормальное психоэмоциональное развитие	44	81,48	30	81,08
Ненормальное психоэмоциональное развитие	10	18,52 ¹	7	18,92 ²
Невротические симптомы детского возраста	7	12,96 ³	4	10,81 ⁴
Соматические заболевания в легкой форме, без длительной депривации	12	22,22 ⁵	8	21,62 ⁶
Заболевания, оказывающие безусловное патогенное действие на головной мозг	—	—	—	—
Инфекционные заболевания	13	23,64 ⁷	9	24,32 ⁸
Черепно-мозговые травмы	10	18,52 ⁹	7	18,92 ¹⁰

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² $p > 0,05$; ³⁻⁴ $p > 0,05$; ⁵⁻⁶ $p > 0,05$; ⁷⁻⁸ $p > 0,05$; ⁹⁻¹⁰ $p > 0,05$.

Таблица 9

Структура перинатальных потерь у респонденток (по критериям МКБ-10)

Акушерская патология	Группы сравнения			
	основная, n = 54		контрольная, n = 37	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Привычный выкидыш (N96)	43	79,63 ¹	29	78,38 ²
Несостоявшийся выкидыш (O02.1)	9	16,67 ³	7	18,92 ⁴
Преждевременные роды (O60)	2	3,70 ⁵	1	2,70 ⁶

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² $p > 0,05$; ³⁻⁴ $p > 0,05$; ⁵⁻⁶ $p > 0,05$.

У значительного числа респонденток было выявлено нарушение менструальной функции в форме первичной дисменореи (N94.4 по критериям МКБ-10). У пациенток ОГ болезненные менструации отмечены в 48,15 % случаев, в КГ — в 43,24 % ($p > 0,05$). Во всех наблюдениях альгоменорея протекала по адренергическому типу и характеризовалась сильной головной болью, повышением температуры тела, появлением красных пятен на лице и шее, нарушением работы кишечника (запорами), сердцебиением, нарушением сна вплоть до бессонницы.

Сравнение по паритету беременностей не выявило статистически значимых различий: $4,6 \pm 2,6$ беременностей в ОГ и $4,4 \pm 1,9$ — в КГ ($p > 0,05$).

Структура перинатальных потерь у женщин сравниваемых групп, отражена в табл. 9.

Привычный выкидыш (N96 по МКБ-10) характеризуется наличием в анамнезе подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 нед и был отмечен у большинства женщин ОГ (79,63 %) и КГ (78,38 %). Существенной разницы по этому параметру не было ($p > 0,05$).

Несостоявшийся выкидыш (O02.1 по МКБ-10), или неразвивающаяся (замершая) беременность, — комплекс патологических симптомов, включающих внутриутробную гибель плода (эмбриона), патологическую инертность миометрия и нарушения системы гемостаза, был установлен в анамнезе у 16,67 % женщин ОГ и у 18,92 % пациенток КГ. Существенной разницы по этому параметру не было ($p > 0,05$).

Преждевременные роды в сроках от 22 до 37 нед беременности, закончившиеся рождением мертвого ребенка (O60 по МКБ-10), были в анамнезе у 3,70 % респонденток ОГ и у 2,71 % женщин КГ. Существенной разницы по этому параметру не было ($p > 0,05$).

Полученные данные свидетельствовали о сопоставимости структур перинатальных потерь у женщин сравниваемых групп. У всех респонденток имел место синдром потери плода. В структуре перинатальных потерь у пациенток ОГ и КГ преобладал привычный выкидыш.

Преморбидные особенности личности респонденток определялись в соответствии с данными их профессионального и семейного анамнеза в преморбидном периоде (табл. 10). При квалификации типа преморбидных особенностей личности учитывали результаты тестовой методики ММРІ.

Пациентки без существенных характерологических особенностей («относительно гармоничные») входили исключительно в КГ. В этой же группе было в 1,67 раза ($p < 0,05$) больше женщин с циклоидным складом личности. Респондентки с эмоционально неустойчивым складом личности

Таблица 10

Преморбидные личностные особенности респондентов

Преморбидные личностные особенности	Группы сравнения			
	основная, n = 54		контрольная, n = 37	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Относительно гармоничные	—	—	2	5,40
Циклоидные	14	25,93 ¹	16	43,24 ²
Эмоционально неустойчивые	26	48,15 ³	6	16,22 ⁴
Истерические	11	20,37 ⁵	2	5,40 ⁶
Ананкастные	1	1,85	5	13,51
Зависимые	—	—	4	10,81
Параноидные	1	1,85	1	2,70
Шизоидные	1	1,85	1	2,70

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² p < 0,05; ³⁻⁴ p < 0,001; ⁵⁻⁶ p < 0,001.

(в 2,97 раза, p < 0,001) чаще встречались в ОГ. Женщины с истерическим складом личности так же чаще встречались в ОГ (в 3,77 раза, p < 0,001).

Полученные данные позволили рассматривать признаки — «эмоционально неустойчивый тип преморбидных личностных особенностей» и «истерический тип преморбидных личностных особенностей» в качестве потенциальных клинических предикторов парасуицидального поведения в изученной выборке.

Результаты изучения диагностических свойств признаков с целью выделения клинических предикторов парасуицидального поведения у женщин

с ДР и потерей плода в анамнезе представлены в табл. 11.

Диагностические свойства валидных признаков (ДК и МИ) рассчитывались по формулам Е. В. Гублера [12, 13]:

$$ДК = 10 \lg A2 / A1;$$

$$МИ = 10 \lg A1 / A2 \cdot 0,5 [A1 - A2],$$

где: A1 — частота признака в ОГ; A2 — частота признака в КГ.

Согласно методологии расчета достоверности принятия решения о принадлежности характеристики к группе клинических предикторов для достижения уровня вероятности 95,0% (p = 0,05) пороговая сумма ДК (ΣДК) является константой, равной ±13; 99,0% — ±20, 99,9% — ±30. Таким образом, при ΣДК более -13; -20 и -30 комплекс выделенных признаков с вероятностью 95,0; 99,0 и 99,9% соответственно свидетельствует в пользу того, что они являются клиническими предикторами парасуицидального поведения в контингенте женщин с ДР и потерей плода в анамнезе.

Поскольку ΣДК совокупности выделенных нами признаков равен -23,61, т. е. более -20, это с вероятностью 99,0% свидетельствует в пользу того, что данные признаки являются клиническими предикторами парасуицидального поведения у опрошенных пациенток.

На основании полученных данных была построена диагностическая таблица, в которой значения признаков, отнесенных к клиническим предикторам парасуицидального поведения, были расположены в порядке убывания их ΣМИ, представляющей собой суммарную информативность обоих диапазонов признака (слагается из наличия — отсутствия данного признака) (табл. 13).

Таблица 11

Диагностические свойства признаков клинических предикторов парасуицидального поведения у женщин с депрессивными расстройствами и потерей плода в анамнезе

Признак	Диапазон признака	Частоты в группах				КГ/ОГ	ДК	МИ
		абс. ч.		%				
		ОГ	КГ	ОГ	КГ			
Аффективные расстройства (F30–F39) у ближайших родственников	Есть	12	4	22,22	10,81	0,49	-3,10	0,18
	Нет	42	33	77,78	89,19	1,15	0,61	0,03
Намеренные самоповреждения у ближайших родственников	Есть	12	3	22,22	8,10	0,36	-4,44	0,31
	Нет	42	34	77,78	91,90	1,18	0,72	0,05
Намеренные нефатальные самоповреждения у ближайших родственников	Есть	11	2	20,37	5,40	0,27	-5,69	0,43
	Нет	43	35	79,63	94,60	1,19	0,76	0,06
Эмоционально неустойчивый тип преморбидных личностных особенностей	Есть	26	6	48,15	16,22	0,34	-4,69	0,75
	Нет	28	31	51,85	83,78	1,62	2,10	0,34
Истерический тип преморбидных личностных особенностей	Есть	11	2	20,37	5,40	0,27	-5,69	0,43
	Нет	43	35	79,63	94,60	1,19	0,76	0,06

Таблиця 12

Диагностические коэффициенты клинических предикторов парасуицидального поведения у женщин с депрессивным расстройством и синдромом потери плода в анамнезе

Признак	ДК	МИ
Намеренные нефатальные самоповреждения у ближайших родственников	-5,69	0,43
Истерический тип преморбидных личностных особенностей	-5,69	0,43
Эмоционально неустойчивый тип преморбидных личностных особенностей	-4,69	0,75
Намеренные самоповреждения у ближайших родственников	-4,44	0,31
Аффективные расстройства (F30–F39) у ближайших родственников	-3,10	0,18

Такой порядок расположения Σ МИ в таблице продиктован требованиями последовательной процедуры А. Вальда, в которой они используются. Перебор диагностически ценных признаков в порядке от наиболее информативных — к менее информативным обеспечивает кратчайший путь к квалификационному (диагностическому) заключению требуемого уровня достоверности.

Полученные результаты исследования позволяют сделать следующие выводы.

В работе проведен сравнительный анализ диагностической значимости характеристик, отнесенных к группе потенциальных клинических предикторов парасуицидального поведения у контингента женщин с ДР и синдромом потери плода в анамнезе.

С помощью сравнительного анализа клинико-психопатологических и клинико-статистических данных респонденток с намеренными несуйцидальными самоповреждениями и без таковых выявлены признаки с достоверными различиями частот встречаемости в группах сравнения и для каждого из них рассчитаны ДК и МИ.

Проведена сепарация валидных признаков в ракурсе их клинико-дискурсивной нативности на основании пороговых значений уровня достоверности различий ($p \leq 0,05$) и МИ ($\geq 0,5$).

Разработана шкала валидных признаков, позволяющая сделать заключение об их принадлежности к группе клинических предикторов с любым из трех необходимых уровней достоверности: 95,0 ($p = 0,05$); 99,0 ($p = 0,01$) или 99,9% ($p = 0,001$).

К клиническим предикторам парасуицидального поведения опрошенных женщин отнесены:

Таблиця 13

Клинические предикторы парасуицидального поведения у женщин с депрессивными расстройствами и потерей плода в анамнезе

Признак	Диапазон признака	ДК	Σ МИ
Эмоционально неустойчивый тип преморбидных личностных особенностей	Есть	-4,69	1,09
	Нет	2,10	
Истерический тип преморбидных личностных особенностей	Есть	-5,69	0,49
	Нет	0,76	
Намеренные нефатальные самоповреждения у ближайших родственников	Есть	-5,69	0,49
	Нет	0,76	
Намеренные самоповреждения у ближайших родственников	Есть	-4,44	0,36
	Нет	0,72	
Аффективные расстройства (F30–F39) у ближайших родственников	Есть	-3,10	0,21
	Нет	0,61	

эмоционально неустойчивый тип преморбидных личностных особенностей (Σ МИ = 1,09); истерический тип преморбидных личностных особенностей (Σ МИ = 0,49); намеренные нефатальные самоповреждения у ближайших родственников (Σ МИ = 0,49); намеренные самоповреждения у ближайших родственников (Σ МИ = 0,36); аффективные расстройства (F30–F39) у ближайших родственников (Σ МИ = 0,21).

Полученные в ходе исследования данные могут быть использованы для превенции парасуицидального поведения в потенциально суицидоопасной группе женщин с ДР и синдромом потери плода в анамнезе.

Список литературы

1. *Welch S. S.* A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population / S. S. Welch // *Psychiatric Services*.— 2001.— Vol. 52.— P. 368–375.
2. *Никифорова Т. В.* Условия формирования депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе / Т. В. Никифорова, Е. Д. Счастливый, Л. А. Агаркова // *Акушерство, гинекология и репродукция*.— 2014.— № 4.— С. 79.
3. *Никифорова Т. В.* Депрессивные расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе: клинический полиморфизм, особенности реабилитации: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.01.03 «Психиатрия» / Т. В. Никифорова.— Томск, 2016.— 24 с.

4. *Васильев В. В.* Особенности пресуицидальных состояний у женщин / В. В. Васильев // Психическое здоровье.— 2011.— № 3.— С. 47–49.
5. *Паровая О. И.* Гендерные различия суицидального поведения: способы, обстоятельства, особенности социально-экономического статуса и биографических данных / О. И. Паровая, Е. В. Ласый // Журн. Гродненского гос. мед. ун-та.— 2012.— № 2.— С. 80–85.
6. *Короленко Ц. П.* Самоповреждающее и суицидное поведение у женщин с пограничной повреждающей психической организацией и пограничным личностным расстройством / Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс // Медицина и образование в Сибири.— 2012.— № 2. URL: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=716
7. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; пер. с англ. Д. Полтавца.— К.: Сфера, 2000.— 464 с.
8. *Krietman N.* Parasuicide (Letter to the Editor) / N. Krietman, A. Phillip // Brit. J. Psychiat.— 1969.— № 115.— P. 746–747.
9. *Leo D. D.* Definitions of Suicidal Behavior. Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study / D. De Leo [et al.] // Crisis.— 2006.— Vol. 27, № 1.— P. 415.
10. Синдром потери плода [Электронный ресурс] / Ю. И. Тирская, Е. Б. Рудакова, И. А. Шакина [и др.] // Лечащий врач.— 2009.— № 11.— Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2009/11/11154193/>
11. *Ласый Е. В.* Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения / Е. В. Ласый.— Минск: БМАПО, 2009.— 46 с.
12. *Гублер Е. В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер.— Ленинград: Медицина, 1978.— 296 с.
13. *Гублер Е. В.* Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях / Е. В. Гублер, А. А. Генкин.— Донецк: Медицина, 1973.— С. 13–15.
14. *Лукашук А. В.* Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях / А. В. Лукашук, А. В. Меринов // Наука молодых (Eruditio Juvenium).— 2014.— № 4.— С. 82–87.
15. *Москаленко В. Д.* Созависимость в семьях наркологических больных // Руководство по наркологии; под ред. Н. Н. Иванца.— М.: Медпрактика, 2002.— С. 187–221.
16. *Матевосян С. Н.* Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола) / С. Н. Матевосян, Г. Е. Введенский.— М.: Медицинское информационное агентство, 2012.— 400 с.

КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ПАРАСУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА СИНДРОМОМ ВТРАТИ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ

М. Є. ВОДКА

Виявлено клінічні предиктори парасуїцидальної поведінки жінок із депресивними розладами афективного регістру та синдромом втрати плода в анамнезі. У результаті проведеного дослідження до них було віднесено ознаки: емоційно нестійкий та істеричний типи преморбідних особистісних особливостей; навмисні нефатальні самоушкодження у близьких родичів; навмисні самоушкодження у близьких родичів; афективні розлади (F30–F39) у близьких родичів. Отримані дані можуть використовуватися для превенції парасуїцидальної поведінки у потенційно суїцидонебезпечної групи пацієнток.

Ключові слова: жінки, депресивні розлади, втрата плода в анамнезі, парасуїцид, клінічні предиктори.

CLINICAL PREDICTORS OF PARASUICIDAL BEHAVIOR IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS AND HISTORY OF FETAL LOSS SYNDROME

M. Ye VODKA

Clinical predictors of parasuicidal behavior in women with depressive affective disorder and fetal loss syndrome have been determined. As a result of the study, they were attributed to them: emotionally unstable and hysterical types of premorbid personality traits; intentional non-fatal self-damage from close relatives; intentional self-harm from close relatives; affective disorder (F30–F39) from close relatives. The data obtained can be used for the prevention of parasuicidal behavior in a potentially suicide-sensitive group of patients.

Key words: women, depressive disorders, history of fetal loss, parasuicide, clinical predictors.

Поступила 16.02.2017