



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ  
МОЗ УКРАЇНИ»

**Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря:  
обстеження на схильність до самогубства та депресії**

Київ–2011

**Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії : [метод. реком.] / за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2011. – 32 с.**

*Заклад-розробник* ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

*За редакцією* Слабкого Г.О. – доктора медичних наук, професора, директора УІСД

*Розробники:* **Бондарчук П.С.**  
**Денисенко М.В.**  
**Кондратюк Н.Ю.**  
**Лисак В.П.**  
**Письменна О.В.**  
**Слабкий В.Г.**  
**Шпак Г.В.**  
**Яценко Л.В.**  
**Яценко Ю.Б.**  
**Олексієнко О.В.**

*Рецензенти:*

**1. Пінчук І.Я.** – к.мед.н. головний позаштатний лікар-психіатр Головного управління охорони здоров'я Донецької ОДА

**2. Матюха Л.Ф.** – к.мед.н. доцент кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

*Рекомендовано до друку* Вченою радою

*ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»*

*(протокол № 12 від 25.11.2010 р.)*

*Методичні рекомендації розраховані на сімейних лікарів та організаторів охорони здоров'я*

© Український інститут  
стратегічних досліджень  
МОЗ України, 2011

*Хоча людському життю немає ціни,  
ми завжди поведимося так,  
ніби існує щось іще цінніше.  
Антуан де Сент-Екзюпері*

## ДЕПРЕСІЯ

Однією з проблем сучасної клінічної медицини є своєчасна діагностика депресивних розладів та надання спеціалізованої допомоги. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресивні розлади займають провідне місце серед 10 основних хвороб, які призводять до інвалідизації населення. Депресія набула у світі такої популярності, що вже з початку 2010 р. ВООЗ прирівняла її до епідемії, що поширилася на все людство. До масштабів пандемії наближається депресія і в Україні. За даними МОЗ України, в структурі захворюваності на психічну патологію понад 70% становлять психічні розлади неспихотичного рівня, серед яких переважають депресії.

Найбільша небезпека цієї недуги в тому, що вона здатна тривалий час залишатися без належної уваги як з боку хворої особи, так і з боку її оточення. Така непримітність з часом може мати найтрагічніші наслідки, починаючи від серйозних психічних розладів і закінчуючи самогубством.

Депресію називають хворобою ХХІ ст., хоча симптоми, які згодом підлаштували під неї, відомі ще з давніх часів. Нудьга, апатія, хандра, «депресняк» –звичні в лексиконі сучасного українця слова, що виражають найпоширеніший сьогодні душевний стан людини.

Серед причин виникнення депресії називають найрізноманітніші: окрім побутових стресів вагомий вплив має і суспільно-політичний клімат в державі. Впевненість у завтрашньому дні – поняття, неприйнятне в сучасній Україні, як і зрештою в цілому світі. Зростання рівня безробіття на тлі нестабільних економічних умов, тривалого колапсу фінансового сектору, розкручування інфляції здатне спровокувати «пожвавлення» депресивних станів.

Почастішали депресивні настрої і внаслідок світової фінансово-економічної кризи, ліквідація якої в окремих державах триває до сьогодні. В Україні одночасно з фінансовою активних обертів набрала і суспільно-політична криза, яка, розпочавшись на макрорівні, провокує локалізовані кризи на мікрорівнях – на роботі, в сім'ї, у повсякденному житті, адже так чи інакше негативно відбивається на усталеному, розміреному, звичному ритмі життя і навіть здатна повернути його в протилежному напрямку. Звідси і депресивні стани, відчуття безвиході, зневіри та безнадії.

Сьогодні депресію неправильно розглядати як «модну» хворобу сучасного світу. Це далеко не порожнє слово, на яке, махнувши рукою, можна сказати: «Не вигадуйте собі проблеми!». Поширеність цього лиха зростає з року в рік. За інформацією Всесвітньої Організації Психіатрів депресія стала найпоширенішим захворюванням, яке призводить до недієздатності. Важливо знати, що саме це захворювання є основною причиною самогубств. Щорічно понад 800 тис. людей у світі вчиняють самогубства, що у понад двічі перевищує кількість смертей від захворювань, пов'язаних зі СНІДом (300 тис.). Найстрашніше те, що деякі люди можуть не знати, що хворіють на депресію. Навколо цієї недуги створено багато міфів.

Дуже часто люди плутають поняття, називаючи погіршення настрою чи пригнічення депресією. Часто вживають це слово, не розуміючи серйозності і специфічності такого стану. Депресія – це захворювання, яке виникає в результаті порушення хімічного балансу мозку. Воно буває 2 видів: ендогенна депресія, яка виникає незалежно від зовнішніх стресів і життєвих ситуацій, оскільки має генетичний характер, та екзогенна депресія, пов'язана із зовнішніми факторами. Ендогенні депресивні стани можуть виникати у будь-якому віці, а різноманітні негаразди і труднощі можуть стати поштовхом до захворювання. Ця хвороба не є відчуттям поганого настрою, ознакою слабкості чи приводом для почуття провини.

Депресія є психічним розладом, проте дві третини хворих так і не потрапляють у поле зору психіатра, спостерігаючись лікарями загальної

практики. Від 5% до 8% хворих від загального потоку поліклінічних хворих складають випадки вираженої депресії. Вже 40 років депресія з успіхом лікується психофармакологічними препаратами, але тільки кожен третій випадок розпізнається лікарями і лише кожному четвертому хворому призначається адекватне лікування. За даними ВООЗ, біля однієї третини дорослого населення розвинених країн приймають психофармакологічні препарати. А спеціальні дослідження показали, що в них мають потребу не менше третини хворих районних поліклінік.

Депресивні стани характеризуються трьома основними симптомами (так званою депресивною тріадою): зниженим настроєм, уповільненням мислення і руховою загальмованістю. При легких депресіях домінуючим і найбільш постійним симптомом є знижений настрій, який виявляється зазвичай скаргами на слабкість, млявість, лінь, безсилля, пригніченість, смуток. Хворі не вірять в свої сили, перебільшують реальні труднощі та водночас дорікають собі за легкодухість, неможливість «взяти себе в руки». Багато хто з них одночасно страждає від обтяжливого відчуття своєї психічної зміни, скаржиться на втрату інтересу до життя. Ці стани нерідко супроводжуються сльозливістю, дратівливістю, сварливістю, образливістю. Розумова діяльність при них сповільнена, збіднена, втрачений образний компонент мислення, у свідомості переважають мимовільно виникаючі обтяжливі за своїм змістом думки, в яких минуле і сьогодення постають тільки як низка невдач і помилок, а майбутнє здається безцільним. При посиленні хворобливих розладів з'являється ефект туги, що нерідко супроводжується больовими відчуттями в ділянці грудей або живота, – так звана передсерцева туга. Хворі скаржаться на відчуття того, що вони внутрішньо задерев'янілі, спустошені, байдужі навіть по відношенню до близького оточення. Особливо інтенсивні симптоми депресії (і у легких, і у виражених випадках) в ранкові години, а в другій половині дня або увечері стан хворих може поліпшуватися. Це відрізняє депресію від астеничних станів, при яких самопочуття завжди до вечора погіршується. Разом з описаними типовими варіантами існує ряд атипових депресивних синдромів: дисфорична депресія,

ажитирована депресія та іпохондрична депресія. Дисфорична депресія (дисфорія) виявляється у поєднанні зниженого, тужливого або тужливо-тривожного настрою з дратівливістю, що нерідко переходить у злість з агресивними діями. При ажитированій депресії тривожно-тужливий настрій поєднується з мовним і руховим збудженням. Про наявність цієї форми депресії свідчать, насамперед, твердження хворих, що їх самих або їхніх близьких незабаром спіткає нещастя чи катастрофа. Хворі багато говорять, а зміст їхньої мови дуже одноманітний. При іпохондричній депресії хворі скаржаться на неприємні і больові відчуття в різних частинах тіла, висловлюють то побоювання, то тверду переконаність в наявності у них, наприклад, таких захворювань, як рак. Настрій зазвичай знижений, з тривогою, дратівливістю, незадоволеністю.

Лікарю необхідно пам'ятати про те, що не тільки психічний розлад може проявлятися соматичним захворюванням (це питання вирішується тільки збільшенням якості диференціальної діагностики), але і соматичне захворювання, будучи стресором (психологічним і органічним), здатне призводити до виникнення психічних розладів. У дослідженнях показано, що відсутність психологічної допомоги пацієнтові з соматичним захворюванням призводить до значного (у два і більше разів!) збільшення терміну реабілітаційного періоду, а наявність такої допомоги удвічі скорочує цей термін. Крім того, адекватна робота з психічною сферою соматичного хворого дозволяє знизити ризик рецидиву або загострення його хронічного захворювання, а також істотно впливає на зменшення тяжкості перебігу хвороби, зокрема інтенсивності больового синдрому.

Традиційно підвищений ризик захворіти на депресію мають люди професій, пов'язаних з великою емоційною напруженістю – пожежні, військовослужбовці, лікарі, міліціонери тощо. Селяни на депресію хворіють рідше, ніж городяни, особливо жителі мегаполісів. Крім того, постійний контакт із землею, живою природою дає людині силу й енергію.

Зараз проблема депресії є надзвичайно актуальною, про що непрямо свідчить постійне зростання числа самогубств у світі, у тому числі й в Україні. Смертність від суїцидів стабільно входить в першу десятку причин смертності. ВООЗ вважає, що «епідемічний поріг» суїцидів – 9 чоловік на 100 тис. населення, але в нашій країні ця цифра коливається від 13–40 на 100 тис населення!

Суїцидні плани у хворих на депресію розвиваються у геометричній прогресії – від першої кволої думки про те, чи варто жити, до чіткого плану самогубства може минути зовсім небагато часу. Усі стримувальні чинники – етичні, релігійні, соціальні – відходять на другий план. Тому навіть поодинокі згадки про самогубство не повинна пройти непоміченою, відразу потрібно звернутися по допомогу до фахівця, бо одна частина особистості не може вилікувати іншу.

Депресія – це передусім різке зниження якості життя. Якщо є усвідомлене бажання його змінити, то краще звернутися до лікаря. Особливо доцільним це буде для особистостей, депресія яких має психологічний механізм розвитку.

### ***Обстеження на виявлення депресії***

***Рекомендації.*** Обстеження на депресію безсимптомних осіб не рекомендується. Клініцисти повинні звертати увагу на депресивні симптоми особливо в осіб, що входять у групи ризику (див. Клінічне втручання).

***Важкість страждань.*** Депресія є найбільш частим психіатричним відхиленням і однією з найбільш актуальних проблем, розглянутих загальною медициною в цілому, вона реєструється у 30% осіб, що звертаються до лікарів. Поширеність цього захворювання серед населення становить 3–5%. До 30% населення протягом життя перенесли депресію, а прямі та непрямі збитки від неї є досить суттєвими. Захворюваність на депресію найбільш висока серед молоді, жінок, самотніх, розлучених, серйозно хворих або хворих, що мали в родині депресію, а також серед недавно овдовілих осіб.

Депресія може дати серйозні ускладнення. У половини хворих на важку депресію розвиваються важкі напади, у деяких пацієнтів трапляються

суїциди. Рівень суїцидів серед хворих на депресією набагато вищий, ніж серед здорових осіб. Крім того, депресія сильно впливає на якість життя хворого. У таких осіб знижується опірність захворюванням. Якщо їх депресія не розпізнана, то зростає захворюваність через відсутність тестування на супутні хвороби.

**Ефективність скринінгових тестів.** Більшість хворих із ранніми проявами депресії зазвичай вперше звертаються до своїх сімейних лікарів. Крім того, ранню діагностику важко здійснювати на підставі клінічних даних. На ранніх стадіях симптоми депресії можуть змішуватися із симптомами фізичних захворювань. Навіть коли очевидні дисфоричні стани, тривога, відсутність апетиту, безсоння, ці симптоми не є специфічними для депресії.

У якості альтернативи стандартним клінічним тестам застосовується дослідження схильності пацієнта до депресії. В осіб, що страждають на депресію, можуть розвиватися зміни в ендокринній системі, і дослідження функцій щитовидної залози може слугувати зручним показником. Проте ці тести в загальному скринінгу застосовувати недоцільно, через їх високу вартість і низьку чутливість. У загальній практиці застосовуються спеціально адаптовані, створені тести. До них належать тест Бека (додаток А) на депресію і шкала самооцінок Цунга (додаток Б). Тест Бека має чутливість 86% і специфічність 82% і позитивний рівень прогнозування в 30% осіб з показником за ШСЦ більше 55 мають сильну депресію.

*Шкала депресії Бека* (Beck Depression Inventory) розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволяють виявити обмежений набір найбільш ревалентних і значних симптомів депресії та найбільш частих скарг пацієнтів, і запропонована А.Т. Беком у 1961 р. Після співвідношення цього списку параметрів з клінічними проявами депресії, що містяться у спеціалізованій літературі, був розроблений опитувальник, який включає 21 категорію симптомів та скарг. Кожна категорія складається з 4–5 тверджень, що відповідають найбільш специфічним проявам/симптомам депресії. Ці твердження побудовані по мірі збільшення внеску симптомів у загальну

важкість депресії. Відповідно до ступеня вираження симптому, кожному пункту присвоєні значення від 0 (симптом відсутній або виражений мінімально) до 3 (максимальний прояв симптому). Деякі категорії включають альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу.

Показник за кожною категорією розраховується наступним чином: кожен із пунктів Шкали оцінюється від 0 до 3 відповідно до зростання важкості проявів/симптомів. Сумарний бал становить від 0 до 62 і знижується по мірі покращення стану пацієнта.

Незважаючи на те, що твердження є дуже прямими і дозволяють досліджуваному приховувати свій справжній стан, використання анкети Бека в клінічній практиці показало високу ефективність в скринінгу та попередньому обстеженні.

Тест можна проводити в груповому чи індивідуальному варіантах.

Всі твердження анкети Бека є прямими, тому для підрахунку загального результату необхідно просто підсумувати всі бали, що відповідають вибраним твердженням.

**Інструкція.** В цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожну із цих груп тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найповніше характеризує Ваше самопочуття НА ЦЬОМУ ТИЖНІ І СЬОГОДНІ. Позначте номер вибраного Вами твердження. Якщо декілька тверджень із однієї групи здаються Вам слухними, то позначте їх всі. Перш ніж зробити свій вибір, переконайтесь, що Ви уважно прочитали всі твердження в кожній із групі.

**Оцінка результатів.** Градуально оцінюється виразність 21 симптому депресії:

- пункти 1–13 – когнітивно-афективна субшкала (C–A);
- пункти 14–21 – субшкала соматичних проявів депресії (S–P).

При інтерпретації враховується сумарний бал за усіма категоріями:

- 0–9 – відсутність депресивних симптомів;
- 10–15 – легка депресія (субдепресія);

- 16–19 – помірна депресія;
- 20–29 – виражена депресія (середньої важкості);
- 30–63 – важка депресія

### *Шкала Цунга*

У будь-якому випадку при інтерпретації результатів опитувальника необхідно пам'ятати про те, що стан депресії встановлюється спеціалістом під час ретельного обстеження і детальної клінічної бесіди, а результати опитувальника можуть дати лише попередні і приблизні уявлення про душевний стан пацієнта.

Шкала Цунга для самооцінки депресії – тест для визначення депресії був розроблений в Університеті Дюка психіатром Вільямом Цунгом. Тест дозволяє оцінити рівень депресії пацієнтів і визначити ступінь депресивного розладу. За допомогою Шкали Цунга сімейний лікар може провести обстеження чи скринінг депресії. Тест «Шкала Цунга» має високу чутливість і специфічність і дозволяє запобігти додатковим економічним і часовим затратам, що дозволяє уникнути пов'язаних із медичним обстеженням етичних проблем.

В тестуванні враховується 20 факторів, які визначають 4 рівні депресії. В тесті є 10 позитивно сформульованих і 10 негативно сформульованих запитань. Кожне з них оцінюється за шкалою від 1 до 4 (на основі відповідей «вкрай рідко», «рідко», «часто», «більшу частині часу»). Результати поділяються на 4 діапазони:

- 25–49 – нормальний стан;
- 50–59 – легка депресія;
- 60–69 – помірна депресія;
- 70 і вище – важка депресія.

Повна процедура проведення з обробкою результатів займає 20–30 хвилин. Досліджуваний помічає свої відповіді на бланку.

**Обробка результатів.** Рівень депресії (РД) розраховується за формулою:

$$РД = \sum_{пр} + \sum_{зв},$$

де  $\Sigma_{\text{пр}}$  – сума помічених цифр до «прямих» тверджень № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\Sigma_{\text{зв}}$  – сума помічених цифр, «зворотних» до тверджень № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

*Наприклад:*

- у твердженні № 2 помічено відповідь 1, ми ставимо суму 4 бали;
- у твердження № 5 помічено відповідь 2–3 бали;
- у твердженні № 6 помічено відповідь 3–2 бали;
- у твердженні № 11 помічено відповідь 4–1 бал і т.д.

**Інтерпретація результатів.** У результаті обробки тесту отримуємо РД, який коливається від 20 до 80 балів:

- якщо РД не більше 50 балів, то діагностується стан без ознак депресії;
- якщо РД більше 50 і менше 59 балів, то можна зробити висновок про легку депресію ситуативного або невротичного генезу;
- показник РД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан або замаскована депресія;
- істинний депресивний стан діагностується при РД більше 70 балів.

**Ефективність раннього виявлення.** Неодноразово доводилося, що лікарям на місцях складно правильно поставити діагноз «депресія». Хоча скринінгові тести для визначення цього стану застосовуються багато років, тільки останнім часом їх ефективність стала перевірятися спеціальними контрольними дослідженнями. Ці дослідження припускають, що безпосередній діалог пацієнта з лікарем збільшує шанси виявити депресію. Крім того, дослідження показали, що застосування загальної анкети здоров'я (ЗАЗ) поліпшувало виявлення психічних відхилень у людей похилого віку.

Одне із досліджень показало, що облік лікарем ШСЦ і наступний чотиритижневий курс лікування антидепресантами поліпшували стан хворих у порівнянні з контрольною групою. Дослідження має недоліки, пов'язані з різною технікою контролю, неустановленням параметрів і використанням різних шкал для контролю. Контрольне дослідження показало короткочасне поліпшення

перебігу хвороби, але через рік після втручання позитивні зрушення були помітні тільки в осіб з важкими депресіями. В інших дослідженнях також спостерігалися досить обмежені поліпшення.

Не можна із упевненістю сказати, що втручання на ранніх стадіях дає більш істотний позитивний довгочасний ефект, ніж втручання після прояву відкритих симптомів. Оцінку ефективності лікування ускладнюють додаткові фактори. Принаймні у 50% хворих спостерігається спонтанна ремісія, тому не завжди ясно, чи можна пов'язати поліпшення з початком терапії. Крім того, через негативні соціальні умови і можливості психічних ускладнень, деякі автори серйозно побоюються наслідків хибно позитивних діагнозів.

**Обговорення.** Діагностичні тести, що використовуються для виявлення депресії, вимагають подальшого вивчення їх ефективності. Важкість страждань, викликаних цим захворюванням, повинна змусити лікарів уважно ставитися до первинних симптомів. Також важливо оточити хворого відповідною турботою.

**Клінічне втручання.** Загальне тестування на депресію серед безсимптомних осіб не рекомендується. Однак клініцисти повинні пам'ятати про аномально високі рівні депресивних симптомів у підлітків і молодих людей, осіб, у як в родині були хворі на депресію, осіб, що страждають на хронічні захворювання, та серед тих, хто переніс важку втрату. Також депресія може проявлятися в осіб, що страждають на безсоння або численні соматичні захворювання.

Депресія становить значну проблему для здоров'я дітей і підлітків. Поширеність депресій у дітей і підлітків становить 19%. До факторів ризику виникнення депресії у дітей і підлітків належать: словесне, фізичне або сексуальне насильство; смерть коханої людини або часті розлуки з нею; депресія в сімейному анамнезі (особливо в батьків), ізоляція, вагітність, низький соціально-економічний статус, гомосексуалізм, розумова відсталість; порушення, пов'язані з дефіцитом уваги; збудливість, хронічні захворювання.

Ускладнення депресії у дітей і підлітків включають погану успішність, несприятливі стосунки з однолітками, вживання алкоголю та наркотиків, вагітність, психічні захворювання та суїцидальні спроби. У дівчат депресію може

спровокувати препенубертатне зниження самооцінки чи зниження академічної успішності. Дівчата-підлітки переносять більший стрес, удвічі частіше перебувають у депресії, в 4–5 разів частіше чинять спроби суїцидів порівняно з хлопчиками. Депресія у дівчат часто пов'язана з негативним сприйняттям свого тіла та/чи зовнішності. Незадоволеність своїм тілом і порушення харчової поведінки спостерігаються серед дівчат-підлітків у 10 разів частіше, ніж серед юнаків.

***До діагностичних ознак депресії належать:***

- пригнічений настрій (або роздратованість);
- помітне зниження інтересу до життя або незадоволеність ним;
- значне зниження або збільшення маси тіла, не викликані зміною дієти;
- безсоння або сонливість;
- психомоторне порушення або загальмованість;
- втома або втрата енергійності;
- почуття нікчемності, надлишкової або неадекватної провини;
- зниження здатності мислити, зосередитися; нерішучість;
- повторні думки про смерть, повторні суїцидальні спроби.

Наявність будь-якого фактора ризику або симптому повинна спонукати сімейного лікаря до ретельного обстеження пацієнта, для оцінки стану та прийняття рішення про лікування необхідно вчасно скерувати його до психіатра.

Лікують депресію медикаментами і психотерапією. Хворий завжди повинен мати вибір. Проте варто врахувати й те, що у разі тяжких форм депресії без ліків не обійтися. Стандартний курс лікування сучасними антидепресантами триває 4–8 тижнів, однак значне поліпшення настає вже за 2 тижні. Психотерапевтичне лікування, яке спрямоване на глибинні внутрішні механізми виникнення депресії, триває значно довше. Його застосовують і з метою профілактики. Є «талановиті» пацієнти, які здатні досконало аналізувати власні відчуття, – вони відчувають наближення депресії задовго до того, як вона почне входити в їхнє життя, і, звичайно, їм легше допомогти.

## САМОГУБСТВА

Самогубство (або суїцид – від лат. *sui caedere* «вбивати себе») – свідоме самостійне позбавлення життя, спричинене безпосередньою, умисною і бажаною дією особи.

Суїцид – акт самогубства або спроби самогубства, який здійснюється у стані сильного душевного розладу або під впливом якогось психічного захворювання.

Самовільний вихід із життя – це усвідомлений акт самоусунення з життя під впливом гострих психотравмуючих ситуацій, за яких власне життя як вища цінність втрачає сенс.

### ***Поширеність***

Суїцид – поняття не зовсім точне для оцінки суїцидальної поведінки як такої. У дослідженнях, як правило, озвучуються і враховуються випадки завершеного суїциду, але існують і розрахункові дані по суїцидальній поведінці, запропоновані ВООЗ.

Згідно з цією методикою, для того, щоб виявити число замахів на самогубство, тобто кількість так званих «незавершених суїцидів», слід помножити число завершених на десять. Для того, щоб виявити число осіб, що мають суїцидальні тенденції, число завершених суїцидів слід помножити на сто. До цієї маси слід додати «близьке оточення», тобто осіб, близьких до суїцидента, оскільки вірогідність суїциду в цій групі істотно зростає. Для визначення цього числа необхідно помножити кількість завершених суїцидів на вісім.

Крім того, слід мати на увазі, що кількість офіційно зареєстрованих суїцидів не відображає реальної ситуації. Вважається, що від третини до половини випадків смерті з «невстановлених причин» – це все той же злощасний суїцид. Отже, абсолютне число завершених суїцидів – це число офіційно зареєстрованих суїцидів плюс більш ніж істотна погрішність. Нарешті, поки мова йшла тільки про безпосередній суїцид, але суїцид може бути і тривалим, пролонгованим. А форм аутоагресивної поведінки більш ніж достатньо –

алкоголізм, наркоманія, екстремальні види спорту, недбалість водіння автотранспорту, відмова від лікування соматичних захворювань і т.д., і т.п.

За даними статистики, у світі щорічно вчиняють самогубство 1 млн 100 тис. людей, серед яких 350 тис. китайців, 110 тис. індійців, 55 тис. росіян, 31 тис. американців, 30 тис. японців, 12 тис. українців. Замахи на самогубство щорічно роблять 19 млн людей.

Україна належить до країн з високим рівнем самогубств (понад 20 випадків на 100 тис. населення), серед яких Литва – 42 на 100 тис. населення, Білорусь – 37, Росія – 36, Казахстан – 30, Угорщина – 28,5, Латвія – 26, Україна – 25, Японія – 24.

За прогнозами ВООЗ, до 2020 р. щорічно будуть закінчувати життя самогубством 1 млн 500 тис. людей.

Щодо суспільних категорій, які найбільш схильні до скоєння подібних вчинків, то найвищий показник самогубств реєструється серед психічно хворих, інвалідів, наркоманів, хронічних алкоголіків. До групи ризику можна також віднести літніх людей, засуджених, а також дітей і підлітків.

Кількість самогубств, скоєних дітьми, збільшується, а вік самогубців – зменшується. Особливо вразливою до соціальних негараздів є молодь. Про це свідчить і значне зростання кількості самогубств серед молодих людей: за останні десятиріччя кількість самогубств в Україні серед молоді зростає вдвічі. Основні їх причини лежать у соціальній та соціально-психологічній сферах – втрата соціальних зв'язків, депресія, фрустрація, алкоголізм, наркоманія, невдачі у навчанні, конфлікти із родичами, однолітками, страх перед майбутнім, самотність, розчарування у коханні, втрата сенсу життя і професійних перспектив, хронічна відсутність грошей і роботи тощо. Тому сучасна молодь, на відміну від старшого покоління, знаходиться в екстремальних умовах, вихід з яких може бути непередбачуваним і неконтрольованим.

Підлітки схильні до повторення суїцидальних спроб і, особливо, суїцидальних демонстрацій. Це спосіб привернути до себе увагу, спосіб протесту. Смерть вони вважають хорошою та легкою можливістю розв'язати всі

проблеми. Самогубство підлітків повинно розглядатися у зв'язку з усіма сімейними стосунками та соціальними умовами, дуже важливо враховувати вразливість цієї категорії населення: до 92% суїцидів так чи інакше пов'язані з неблагополуччям у родині, решта 8% загиблих дітей із цілком благополучних родин.

Соціально-економічні умови в країні викликають почуття безнадійності і сприяють розвитку стресових станів, гніву, розчарування, що може призводити до суїцидальних спроб. Сцени насильства в засобах масової інформації сприяють розвитку тенденції до суїциду як методу розв'язання усіх проблем.

У 27% дітей віком від 10 до 17 років час від часу з'являються суїцидальні думки. Крім того, більшість дитячих самогубств пов'язані не з психічними захворюваннями, як здається на перший погляд, а з недоліками духовного виховання. До важливих чинників суїцидальності неповнолітніх можна віднести також втрату батьківської любові, нерозділене кохання, розлучення батьків, приниження та знущання, вагітність, які породжують в осіб з ще не повністю сформованою психікою тривогу, образу, ревності, відчай, страх тощо.

***Основні поняття:***

1. Суїцидальна поведінка – більш широке поняття, що включає крім власне суїциду також суїцидальні замаху, спроби та прояви.
2. Суїцидальні замаху – всі суїцидальні акти, котрі не закінчились летально з причин, що не залежать від суїцидента.
3. Суїцидальними спробами вважають демонстративно-установчі дії, при яких суїцидент зазвичай знає про безпеку здійснюваного ним акту.
4. Суїцидальні прояви – думки, вислови, натяки, які не супроводжуються будь-якими діями, спрямованими на позбавлення себе життя.
5. Анемічні самогубства – акт самогубства, що є наслідком неспроможності людини пристосуватися до швидкоплинних умов суспільства.
6. Фрустрація – психічний стан людини, що виражається в характерних переживаннях і поведінці, труднощами на шляху до досягнення мети.

## *Причини*

Причини суїциду різноманітні та полягають не тільки в особистісних деформаціях суб'єкта і психотравмуючій обстановці, але й у соціально-економічній та моральній організації суспільства.

Сьогодні психологи виділяють такі основні мотиви суїцидальної поведінки серед молоді:

1. Переживання образи, самотності, відчуженості, неможливість бути зрозумілим.
2. Реальна або уявна втрата батьківської любові, нерозділене кохання (кохання без взаємності), ревності.
3. Переживання, пов'язані зі смертю одного з батьків, розлучення батьків.
4. Почуття провини, сорому, образи, незадоволеності собою.
5. Страх перед ганьбою, глузуванням, приниженням.
6. Страх перед покаранням.
7. Любовні невдачі, сексуальні ексцеси, вагітність.
8. Бажання помсти, погроз, шантажу.
9. Бажання привернути до себе увагу, викликати жаль, співчуття.

Сімейні конфлікти спричинюють 60–80% суїцидів. Здебільшого це несправедливе ставлення, образи, приниження, ревності, подружня зрада. Також серед суїцидальних мотивів розлучення, хвороба чи смерть близьких, нерозділене кохання, статева неспроможність. Водночас ті, хто перебуває у шлюбі, вчиняють самогубство значно рідше, ніж холостяки або розлучені. Високий рівень суїцидів спостерігається серед людей, які втратили партнера, – вони покінчують з життям утричі частіше, ніж сімейні.

На початку ХХ ст. було з'ясовано, що на рівень суїцидальності впливають також нові технічні засоби передачі інформації – радіо, кінематограф. У час бурхливого розвитку ЗМІ, комп'ютерних ігор із поширеними у них некрофілією, садомазохістським смакуванням смерті, у тому числі й суїцидальної, ці тенденції поглибились. Розвиток науково-технічного прогресу, накопичення інформаційних ресурсів, поява соціальних інновацій далеко не завжди йдуть

паралельно із зростанням задоволеності життям, гармонією з оточуючим середовищем.

Не сприяють зниженню рівня самогубств такі супутники науково-технічного прогресу, як загроза економічних і технологічних катастроф, екологічний дискомфорт від надмірного скупчення людей у забруднених, неестетичних, гнітючих містах, інтенсифікація контактів, надмірні емоційні навантаження тих, хто прагне зробити кар'єру.

### ***Попередження та запобігання***

Вирішення проблеми зниження самогубств серед людей з психічними розладами і серед населення в цілому вимагає рішучих дій з боку систем охорони здоров'я.

Служби охорони здоров'я повинні прагнути до своєчасного діагностування психічних розладів серед населення, щоб люди, які потребують допомоги, змогли її одержати на ранньому етапі психічного розладу. Потрібно також приділяти підвищену увагу проблемі негативного ставлення і дискримінації по відношенню до людей з психічними розладами, що часто спричинює самогубства.

### ***Обстеження на схильність до самогубства***

***Рекомендації.*** Рутинна перевірка щодо виявлення наміру вчинити самогубство не рекомендується. Клініцисти повинні вміти розпізнавати ознаки нав'язливої ідеї самогубства у людей із встановленими факторами ризику. Людей, які підозрюються у намірі скоєння спроби самогубства, необхідно розпитати про підготовчі дії і, у випадку виявлення ознак суїцидальної поведінки, направити їх для подальшого обстеження. Клініцисти повинні бути уважними до симптомів депресії та постійно запитувати пацієнтів про вживання алкоголю й наркотиків.

***Важкість страждань.*** Фактична кількість випадків самогубств невідома, оскільки часто буває важко довести, чи мав місце намір вчинити самогубство, постфактум; єдиний критерій для оголошення смерті в результаті самогубства був розроблений лише недавно. Останніми роками значно збільшився рівень

самогубств серед підлітків. Самогубства серед молоді ведуть до створення угруповань самогубців, у яких кілька дітей або підлітків чинять самогубства.

Найважливішим фактором ризику для самогубств є психічне захворювання. Значна кількість дорослих самогубців страждають на шизофренію чи зловживають наркотиками. Іншими важливими факторами ризику є розлучення, розлуки, безробіття, невиліковні захворювання, самотність або недавня важка втрата. Із числа самогубців, які використовували вогнепальну зброю, понад 60% становлять чоловіки, підлітки та молоді люди, більше однієї третини – жінки. Отруєння (наприклад, великими дозами наркотиків) є другою за частотою способом самогубств. З алкогольною інтоксикацією пов'язано 25–50% усіх самогубств, особливо часто це поєднується із застосуванням вогнепальної зброї.

***Ефективність скринінгових тестів.*** Понад третина людей, що чинять самогубства, відвідує лікаря менше ніж за місяць, а 10–40% – за тиждень до інциденту. Однак лікарям часто буває важко точно визначити ознаки наміру вчинити самогубство. Прямі запитання про намір вчинити самогубство дають низький результат; лише 3–5% людей, які думають про самогубство, виражають безапеляційне бажання померти. Хоча клініцисти можуть розпізнати людей, що належать до категорії ризику, за допомогою визначення факторів ризику з даних анамнезу пацієнтів (наприклад самотність, недавня смерть близької людини або розлучення, зловживання наркотиками, психічне захворювання), більшість пацієнтів з такими характеристиками показали хибнопозитивний результат і насправді не планують скоювати самогубство. Дослідники спробували визначити специфічні фактори ризику, які є точними провісниками подальшої суїцидальної поведінки, але попередні дані свідчать про те, що засоби для систематичної оцінки цих факторів ризику в клінічній обстановці будуть малоефективні.

***Ефективність раннього виявлення.*** Клінічне втручання у випадках наміру вчинити самогубство включають консультації психіатра і госпіталізацію, обмеження доступу до можливих інструментів самогубства і корекцію умов

життя. Хоча ці заходи є клінічно доцільними, є мало прямих доказів того, що вони змінять результат. У нових дослідженнях, які розглядали ефективність психіатричного лікування, рівень самогубств рідко знижувався. Повідомляється також про вплив на менш характерні результативні заходи, такі, як почуття безнадійності. Дослідження, що включають у себе лікування пацієнтів, які намагалися вчинити самогубство, не можна узагальнювати через можливі відмінності між досліджуваними й тими, хто вчинив самогубство. Навіть у випадках спроби самогубства існує небагато доказів, що втручання приносить користь. Дослідження показують, що пацієнти, які одержують психіатричні консультації після спроби самогубства, вважають лікування малокорисним, а понад 40% бажають припинити лікування. Проведене дослідження серед пацієнтів, які були госпіталізовані у результаті отруєнь або через нанесення собі тілесних ушкоджень, показало, що ті, хто одержував консультації психіатра, рідше намагалися повторити спробу покінчити із собою порівняно з тими, хто перебував під спостереженням або був виписаний достроково. Нарешті, примусова госпіталізація може швидше допомогти пацієнтам, які збираються вчинити самогубство, і найчастіше вона необхідна у випадку з людьми, які підозрюються в манії самогубства, але є мало надійних даних про тривалий ефект цього заходу.

Іншим можливим втручанням є обмеження доступу до потенційних знарядь самогубства, таким як вогнепальна зброя чи наркотики. Хоча немає прямих доказів того, що, сховавши зброю, можна запобігти самогубству. Отруєння – другий з найпоширеніших способів самогубства – часто бувають викликані вживанням наркотичних ліків, які напередодні виписувалися лікарем. Дослідження випадків смерті, викликані надмірною дозою наркотиків, показали, що у понад половині випадків уведений наркотик був або виписаний лікарем протягом попереднього тижня, або був отриманий пацієнтом за поновленим рецептом. Можливо, що в країнах, де призначення заспокійливих засобів обмежується законодавством, рівень самогубств нижчий, однак переконливих доказів цього немає.

Існують повідомлення про те, що серед пацієнтів з емоційними розладами, які одержують всебічну психіатричну допомогу, рівень самогубств нижчий порівняно з пацієнтами, які мають психіатричні захворювання. Щонайменше половина самогубств скоєні під впливом алкоголю або наркотичних речовин. Раннє виявлення й лікування випадків зловживання алкоголем та іншими наркотичними речовинами можуть запобігти самогубству, проте переконливих доказів цього не вистачає.

Американська академія педіатрії рекомендує опитувати всіх підлітків щодо думок про самогубство під час поточних медичних оглядів.

**Клінічне втручання.** Не рекомендується проводити рутинне виявлення потенційних самогубців серед асимптомних людей. Клініцисти повинні оцінювати емоційне благополуччя пацієнтів у випадку виявлення факторів ризику самогубства: недавнє розлучення, розлука, безробіття, депресія, зловживання алкоголем або наркотиками, невиліковне захворювання, самотність і недавня важка втрата. Пацієнтів з ознаками манії самогубства слід опитати, яка підготовка була ними проведена (наприклад, навчання володінню зброєю, складання плану, упорядкування справ, роздача коштовних речей, підготовка прощальної записки). Тих, у кого виявлені ознаки серйозного наміру вчинити самогубство, необхідно направити на консультації до психіатра або госпіталізувати. Клініцисти повинні бути настороженими щодо ознак депресії і періодично опитувати пацієнтів про вживання ними алкоголю та наркотиків.

Про пацієнтів з манією самогубства або про тих, хто підозрюється в суїцидальних намірах, потрібно повідомляти, крім їх родичів, також у місцеві психіатричні установи та центри кризового втручання. Батькам і близьким треба порадити обмежити доступ до потенційно смертельно небезпечних ліків наркотичної дії та вогнепальної зброї в межах їхніх будинків.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ботьбот Т. Интернет-залежність: актуальна проблема? / Т. Ботьбот // Матеріали VII Міжнар. мед. конгр. студентів і молодих вчених, 21–23 трав. 2003 р., Тернопіль. – Тернопіль : ТДМА ім. І. Я. Горбачевського, 2003. – С. 158.
2. Ботьбот Т. Проблема комп'ютерної залежності у учнів / Т. Ботьбот // Медицина – здоров'є – XXI век // Матеріали IV Міжнар. конф. студентів і молодих вчених, , 18–20 вер. 2003 р. Дніпропетровськ. – Дніпропетровськ : ДДМА, 2003. – С. 211–212.
3. Ботьбот Т. Ю. Профілактика і корекція комп'ютерної залежності в осіб молодого віку / Т. Ю. Ботьбот // Вестн. физиотерапии и курортолог. – 2005. – № 2. – С. 139–142.
4. Ботьбот Т. Ю. Фактори ризику розвитку комп'ютерної залежності в осіб молодого віку / Т. Ю. Ботьбот // Укр. вісн. психоневрол. – 2004. – Т. 12. – № 4 (41). – С. 75–80.
5. Вовканич М. Д. Технології соціально – психологічної роботи з клієнтами, які схильні до суїциду : [навч.-метод. посіб.] / М. Д. Вовканич. – Ужгород, 2002. – С. 122.
6. Гавенко В. Л. Опыт работы и перспективы развития психологической службы в ВУЗе / В. Л. Гавенко, В. М. Синайко, И. М. Соколова // Практична психологія та соц. робота. – 2001. – № 3. – С. 19–20.
7. Гавенко В. Л. Особливості впливу тютюнопаління на рівень електронегативності ядер букального епітелію у студентів / В. Л. Гавенко, В. М. Сінайко, В. І. Пономарьов // Вісн. Вінницького держ. мед. ун-ту. – 2003. – № 2/2. – С. 818–819.
8. Гавенко В. Л. Особливості фізичного розвитку дітей і підлітків з гіперкінетичними розладами / В. Л. Гавенко, Т. П. Мозгова // Вісн. Вінницького держ. мед. ун-ту. – 2003. – № 2/2. – С. 858–859.
9. Гавенко В. Л. Состояние вегетативного тонуса у подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами / В. Л. Гавенко, Т. П. Мозговая // Медицина сьогодні і завтра. – 2007. – № 2. – С. 122–126.
10. Гавенко В. Л. Багатовекторна функціональна модель передхворобних та хворобливих дезадаптивних психічних розладів у студентів / В. Л. Гавенко, В. М. Сінайко // Арх. психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 1 (36). – С. 153–155.
11. Досвід раннього виявлення депресивних розладів у загальномедичній мережі / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, С. В. Теклюк [та ін.] // Арх. психіатрії. – 2003. – № 4. – С. 40–43.
12. Змановська Е. В. Девиатология: психология отклоняющегося поведения) : [учеб. пособ. для студ. высш. учеб. завед.] / Е. В. Змановська. – М. : Издательский центр «Академия», 2003 – 288 с.
13. Компьютерные игры и их возможное влияние на здоровье детей и подростков / М. Л. Кочина, Л. В. Подригало, В. М. Синайко [и др.] // Укр. вісн. психоневрол. – 2001. – Т. 9, Вип. 1 (26). – С. 109–112.
14. Латчман Немнараїсингх. Депресія у терапевтичних хворих в первинній ланці загальномедичної допомоги (діагностика, лікування, профілактика) // Depression in the outpatient medically ill elderly : дис. ... канд. наук : 14.01.16. / Латчман Немнараїсингх // Арх. психіатрії. – 2002. – № 2 (29). – С. 14–17.

15. Мозгова Т. П. «Портрет» психічної депривації дітей і підлітків з гіперкінетичними та поведінковими розладами / Т. П. Мозгова // *Арх. психіатрії*. – 2004. – Т. 10, № 4 (39). – С. 55–56.
16. Мозговая Т. П. Биологическая основа гиперкинетических и поведенческих расстройств / Т. П. Мозговая // *Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения*. – Симферополь, 2002. – Т. 138, Ч. 1. – С. 144–145.
17. Мозговая Т. П. Взаимосвязь личностных особенностей и показателей вегетативной нервной системы у подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами / Т. П. Мозговая // *Арх. психіатрії*. – 2005. – Т. 11, № 4 (43). – С. 169–172.
18. Мозговая Т. П. Влияние стрессорганизирующей реакции на формирование поведения у потомства крыс линии Вистар / Т. П. Мозговая // *Эксперимент. і клін. медицина*. – 2006. – № 2. – С. 29–36.
19. Мозговая Т. П. Нарушения вегетативной реактивности у подростков с расстройствами поведения / Т. П. Мозговая // *Эксперимент. и клин. медицина*. – 2007. – № 4. – С. 103–110.
20. Мозговая Т. П. Нейрофизиологические нарушения у подростков с гиперкинетическими расстройствами и расстройствами поведения / Т. П. Мозговая // *Лік. практика*. – 2007. – № 6 (60). – С. 97–103.
21. Мозговая Т. П. Особенности вегетативного обеспечения деятельности у подростков с расстройствами поведения / Т. П. Мозговая // *Медицина сьогодні і завтра*. – 2007. – № 4. – С. 94–106.
22. Мозговая Т. П. Особенности вегетативной реактивности подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами / Т. П. Мозговая // *Укр. вісн. психоневрол.* – 2007. – Т. 15, Вип. 2 (51). – С. 86–91.
23. Мозговая Т. П. Особенности неврологической симптоматики у подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами / Т. П. Мозговая // *Укр. вісн. психоневрол.* – 2007. – Т. 15, Вип. 1 (50). – С. 212.
24. Мозговая Т. П. Особенности показателя качества жизни подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами / Т. П. Мозговая // *Журн. психиатрии и мед. психологии*. – 2004. – № 3 (13). – С. 115–117.
25. Мозговая Т. П. Ранние нейровегетативные нарушения у подростков с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами / Т. П. Мозговая // *Эксперимент. і клін. медицина*. – 2007. – № 2. – С. 129–135.
26. Мозговая Т. П. Роль семейного фактора в формировании гиперкинетических расстройств и расстройств поведения у подростков / Т. П. Мозговая // *Лік. практика*. – 2008. – № 1 (61). – С. 101–105.
27. Мозговая Т. П. Синдромальная характеристика подростков с гипер-кинетическими и поведенческими расстройствами / Т. П. Мозговая // *Психічне здоров'я*. – 2007. – Вип. 3(16). – С. 53.
28. Мозговая Т. П. Сравнительная характеристика личностных особенностей подростков в контексте социальной дезадаптации / Т. П. Мозговая // *Арх. психіатрії*. – 2005. – Т. 11, № 2 (41). – С. 125–130.
29. Мозговая Т. П. Факторы риска формирования расстройств поведения у подростков / Т. П. Мозговая // *Лік. практика*. – 2007. – № 5 (59). – С. 87–91.

30. Мозговая Т. П. Эмоциональные расстройства у несовершеннолетних с аномальным формированием личности / Т. П. Мозговая // Укр. вісн. психоневрол. – 2002. – Т. 10, Вип. 2 (31). – С. 172–173.
31. Напреенко А. К. Депрессивные расстройства в амбулаторной общесоматической практике / А. К. Напреенко, Н. Латчман // Укр. вісн. психоневрол. – 2002. – Т. 10, Вип. 3 (32). – С. 46–48.
32. Напреенко А. К. Диагностика и лечение терапевтических больных с депрессивными расстройствами в первичном звене общемедицинской сети / А. К. Напреенко, Н. Латчман // Укр. вісн. психоневрол. – 2002. – Т. 10, Вип. 4 (33). – С. 57–58.
33. Напреенко А. К. Коморбидная депрессия у лиц позднего возраста в сети первичной медицинской помощи / А. К. Напреенко, Н. Латчман // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2002. – № 1 (9). – С. 32–35.
34. Невротические расстройства у подростков с нарушениями поведения // Матеріали наук.-практ. конф. [«Сучасні аспекти лікування психічних розладів»], (Чернівці, 26–27 жовт. 2007 р.) / М-во охорони здоров'я, Буковинський держ. мед. ун-т. – Чернівці : Книги-XXI, 2007. – С. 116.
35. Обоснование методологических подходов к оценке электронных развлечений / М. Л. Кочина, Л. В. Подригало, А. В. Яворский [и др.] // Довкілля та здоров'я. – 2003. – № 3. – С. 62–64.
36. Овчарова Р. В. Технологии практического психолога в образовании : [учеб. пособ. для студентов вузов и практ. работников] / Р. В. Овчарова. – М. : ТЦ «Сфера», 2000. – 448 с.
37. Особенности лечения поведенческих расстройств у подростков: матеріали наук.-практ. конф. [«Сучасні фармакотерапевтичні підходи в дитячій психіатрії»], (Харків, 25–26 трав. 2005 р.) – Х. : Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України, 2005. – С. 78.
38. Особенности реакции школьников при чтении текстов с различными показателями оформления / М. Л. Кочина, Л. В. Подригало, В. М. Синайко [и др.] // Укр. вісн. психоневрол. – 1999. – Т. 7, Вип. 4 (22). – С. 55–57.
39. Пат. 33638 Україна, МПК А 61 В 10/02. Спосіб ранньої діагностики розладів поведінки у підлітків / В. Л. Гавенко, Т. П. Мозгова. Заявник і патентовласник : Харківський держ. мед. ун-т.- у 2007 10823; заявл. 01.10.07; опубл. 10.07.08., бюл. № 13.
40. Пилягина Г. Я. Депрессивные расстройства / Г. Я. Пилягина // Журн. практ. лікаря. – 2003. – № 1. – С. 40–49.
41. Пилягіна Г. Я. Проблема саморуйнуючої поведінки серед населення України / Г. Я., Пилягіна, М. І. Винник // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 215. – С. 10–11.
42. Пішель В. Я. Алгоритми діагностики та лікування депресивних розладів у пацієнтів первинної ланки загальномедичної мережі / В. Я. Пішель, С. В. Теклюк // Арх. психіатрії. – 2005. – № 2. – С. 87–92.
43. Пішель В. Я. Діагностика та терапія депресій у загальномедичній практиці: сучасний погляд на проблему / В. Я. Пішель, С. В. Теклюк // Арх. психіатрії. – 2004. – № 4. – С. 137–141.
44. Пішель В. Я. Методика скринінгової діагностики депресивних розладів у загальномедичній мережі / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, С. В. Теклюк // Реєстр галузевих нововведень. – 2005. – Вип. 22–23. – Реєстр. № 170/23/05. – С. 112.
45. Погосова Г. В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г. В. Погосова // Кардиология. – 2002. – № 4. – С. 86–91.

46. Полив'яна М. Ю. Про доцільність скринінгу депресивних розладів серед пацієнтів амбулаторно-поліклінічної мережі / М. Ю. Полив'яна, С. В. Теклюк // Сучасні пробл. психіатрії : зб. наук. пр. – К., 2003. – С. 33.
47. Превентивні заходи гіперкінетичних розладів і розладів поведінки у підлітків // Превентивна медицина: проблеми та перспективи : матеріали наук.-практ. конф. – Х. : Харківський держ. мед. ун-т, 2007. – С. 46.
48. Проблема депресії. ВМГО «Асоціація молодих медиків України» за підтримки Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : <http://www.life.ammou.org.ua/000001>. – Назва з екрану.
49. Проблема здоров'я сучасних школярів // Матеріали І міжн. наук.-практ. конф. [«Гендер, екологія, здоров'я»], (Харків, 23–24 жовт. 2007 р.) – Х. : Харківський держ. мед. ун-т., 2007. – С. 116.
50. Проект о Жизни [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : <http://lossofsoul.com/lossofsoul/index.htm>. – Назва з екрану.
51. Пшук Н. Г. Соматизовані депресивні стани в загальномедичній практиці [Електронний документ] / Н. Г. Пшук // Газета Medicus Amicus. – Шлях доступу : URL : <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=2x611-8b-13gx1>. – Назва з екрану.
52. Раннее выявление депрессии. Скрининг населения на депрессию [Электронный документ]. – Шлях доступу : URL : <http://meduniver.com/Medical/profilaktika/101.html>. – Назва з екрану.
53. Резерви адаптації та передхворобливі психічні розлади / В. Л. Гавенко, Г. О. Самардакова, О. В. Смиков [та ін.] // Укр. вісн. психоневрол. – 1996. – Т. 4, Вип. 5 (12). – С. 207–209.
54. Синайко В. М. Анализ статистических показателей динамики психического состояния студентов вуза по данным лонгитудинального популяционного исследования / В. М. Синайко // Таврич. мед.-биолог. вестн. – 2002. – Т. 5. – С. 134–136.
55. Синайко В. М. Взаимосвязь психических расстройств и особенностей личности учащихся / В. М. Синайко // Арх. психіатрії. – 1999. – № 1 (19). – С. 45–46.
56. Синайко В. М. Динамика предболезненных психических расстройств у студентов младших курсов / В. М. Синайко // Медицина сегодня и завтра. – 1999. – № 1. – С. 57–58.
57. Синайко В. М. Динамика психического состояния и уровня учебной адаптации учащихся / В. М. Синайко, И. М. Соколова, И. Н. Фалько // Совр. подросток : материалы конф. – М., 2001. – С. 298–300.
58. Синайко В. М. Закономерности динамики личностных особенностей студентов медицинского вуза / В. М. Синайко // Пробл. достижения и перспективы развития мед.-биолог. наук и практ. здравоохран. – 2002. – Т. 138. – С. 205–207.
59. Синайко В. М. Методологические проблемы диагностики пограничных состояний / В. М. Синайко // Медицина сегодня и завтра : период. сб. науч. работ. – Вып. 2. – Х. : ХГМУ, 1997. – С. 72.
60. Синайко В. М. Методология и принципы диагностики уровней психического здоровья / В. М. Синайко // Эксперимент. і клін. медицина. – 2002. – № 4. – С. 92–94.
61. Синайко В. М. Модель динамики психического состояния студентов / В. М. Синайко // Арх. психіатрії. – 2002. – № 3 (30). – С. 88–90.

62. Синайко В. М. Основні напрямки та клінічні особливості дезадаптації студентів ВУЗу / В. М. Синайко // *Експеримент. і клініч. медицина.* – 2002. – № 1. – С. 116–118.
63. Синайко В. М. Особенности взаимосвязи уровня конфликтности и степени суицидального риска у студенток / В. М. Синайко // *Арх. психіатрії.* – 2003. – Т. 9, № 2 (33). – С. 26–28.
64. Синайко В. М. Проблема формирования психосоматических расстройств у молодых лиц / В. М. Синайко // *Експеримент. і клініч. медицина.* – 2000. – № 3. – С. 64–65.
65. Синайко В. М. Роль компенсаторно-адаптационных механизмов в патогенезе психических и психосоматических заболеваний / В. М. Синайко // *Медицина сегодня и завтра : период. сб. науч. работ.* – Вып. 3. – Х. : ХГМУ, 1998. – С. 52.
66. Синдром дефіцита уваги з гіперактивністю – сучасна проблема психіатрії // *Матеріали наук. симп. [«Роль сім'ї в реабілітації дітей раннього віку з психоневрологічними порушеннями»]*, (Харків, 15 черв. 2006 р.). – Х. : Ін-т охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, 2006. – С. 69–73.
67. Синайко В. М. Психосоціальні фактори ризику формування психосоматичних розладів у молодих осіб / В. М. Синайко // *Вісн. наук. досліджень.* – 1999. – № 3 (16). – С. 63–64.
68. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике / А. Б. Смулевич. – М. : Берг, 2000.
69. Спосіб визначення рівня концентрації уваги людини: Пат. № 33905А. Україна, МКВ А61В10/00 / В. Л. Гавенко, В. М. Синайко, І. М. Соколова. – № 99042382; заявл. 27.04.1999; опубл. 15.02.2001, бюл. № 1.
70. Спосіб визначення рівня розумової працездатності людини: Пат. № 33906А. Україна, МКВ А61В10/00 / В. М. Синайко, І. М. Соколова. – № 99042383; заявл. 27.04.1999; опубл. 15.02.2001, бюл. № 1.
71. Спосіб визначення суїцидального ризику: Пат. № 40454А. Україна, МКВ А61В10/00 / В. Л. Гавенко, В. О. Мангубі, В. М. Синайко, І. М. Соколова. – № 2001021010; заявл. 13.02.2001; опубл. 16.07.2001, бюл. № 6
72. Спосіб оцінки самосвідомості смерті: Пат. № 40453А. Україна, МКВ А61В10/00 / В. Л. Гавенко, В. О. Мангубі, В. М. Синайко, І. М. Соколова. – № 2001021008; заявл. 13.02.2001; опубл. 16.07.2001, бюл. № 6.
73. Теклюк С. В. Досвід надання лікувально-діагностичної допомоги хворим з депресивними розладами в умовах територіальної поліклініки / С. В. Теклюк // *Матеріали XI університетської наук.-практ. конф. молодих вчених та фахівців.* – Вінниця, 2005. – С. 78.
74. Швець Н. І. Соматизовані та соматогенні депресії в практиці лікаря-інтерніста / Н. І. Швець, І. І. Мельник, Т. М. Бенца / *Мистецтво лікування [Електронний документ]*. – Шлях доступу : URL : <http://m-l.com.ua/?aid=840#>. – Назва з екрану.
75. Юр'єва Л. М. Інтернет-залежність – нова проблема Української Психіатрії / Л. М. Юр'єва, Т. Ю. Больбот // *Таврич. журн. психіатрії.* – 2003. – Т. 7, № 2 (23). – С. 63–65.
76. Bol'bot T. Computer addiction – comorbid conditions / Т. Bol'bot // *Матеріали V Міжнар. конф. студентів і молодих вчених [«Молодь – медицині майбутнього»]*, (Дніпропетровськ, 16–18 вер. 2004 р.). – Дніпропетровськ : ДДМА, 2004. – С. 189.
77. Lutchmun N. Detecting and assessing depression in the physically ill primary care patient (methods, instruments and results) / N. Lutchmun // *Арх. психіатрії.* – 2003. – № 2 (33). – С. 87–88.

## ТЕСТ БЕКА

## Бланк анкети

Дата обстеження: \_\_\_\_\_

Досліджуваний \_\_\_\_\_

1	0	Я не почуваюсь розчуленим, засмученим
	1	Я розчулений(а)
	2	Я постійно розчулений(а) і не можу від цього відключитися
	3	Я настільки засмучений(а) і нещасний(а), що не можу цього витримати
2	0	Я не турбуюсь про своє майбутнє
	1	Я відчуваю, що переймаюсь своїм майбутнім
	2	Я відчуваю, що мене в майбутньому нічого не чекає
	3	Моє майбутнє безнадійне і ніщо не може змінити його на краще
3	0	Я не почуваю себе невдахою
	1	Я відчуваю, що в мене було більше невдач, ніж у інших
	2	Коли я озираюся на своє життя, то бачу в ньому багато невдач
	3	Я відчуваю, що як особистість я – повний невдаха
5	0	Я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше
	1	Я не отримую від життя стільки ж задоволення, як раніше
	2	Я більше не отримую задоволення ні від чого
	3	Я повністю незадоволений(а) життям, мені все набридло
6	0	Я не відчуваю, що можу бути покараним(ою) за будь-що
	1	Я відчуваю, що можу бути покараний(а)
	2	Я очікую, що можу бути покараний(а)
	3	Я почуваю себе вже покараним
7	0	Я не розчарований(а) в собі
	1	Я розчарований(а) в собі
	2	Я собі огидний(а)
	3	Я себе ненавиджу
8	0	Я знаю, що я не гірший(а) за інших
	1	Я критикую себе за помилки і слабкості
	2	Я постійно звинувачую себе за свої вчинки
	3	Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається

9	0	Я ніколи не думав(а) вчинити самогубство
	1	До мене приходять думки вчинити самогубство, але я не буду їх здійснювати
	2	Я хотів(а) би покінчити життя самогубством
	3	Я би вбив(ла) себе, якби була можливість
10	0	Я плачу не більше, ніж звичайно
	1	Зараз я плачу частіше, ніж раніше
	2	Тепер я постійно плачу
	3	Раніше я міг плакати, а зараз не можу, навіть якщо хочеться
11	0	Зараз я дратівливіший(а), ніж зазвичай
	1	Я легше дратуюсь, ніж зазвичай
	2	Тепер я постійно відчуваю, що роздратований
	3	Я став(ла) байдужим(ою) до речей, які мене раніше дратували
12	0	Я не втратив(ла) інтерес до інших людей
	1	Я менше цікавлюсь іншими людьми, ніж раніше
	2	Я майже втратив(ла) інтерес до інших людей
	3	Я повністю втратив(ла) інтерес до інших людей
13	0	Я інколи відкладаю прийняття рішення, як і раніше
	1	Я частіше, ніж раніше, відкладаю прийняття рішень
	2	Мені важче, ніж раніше, приймати рішення
	3	Я більше не можу приймати рішення
14	0	Я не відчуваю, що виглядаю гірше, ніж зазвичай
	1	Мене турбує те, що я виглядаю старо і не привабливо
	2	Я знаю, що в моїй зовнішності відбулися суттєві зміни, які роблять мене непривабливим(ою) для оточуючих
	3	Я знаю, що виглядаю жахливо
15	0	Я можу працювати так само добре, як і раніше
	1	Мені потрібно докласти додаткових зусиль для того, щоб почати будь-що робити
	2	Я з великими зусиллями змушую себе робити будь-що
	3	Я зовсім не можу виконувати будь-яку роботу
16	0	Я сплю так само добре, як і раніше
	1	Зараз я сплю гірше, ніж раніше
	2	Я прокидаюсь на 1–2 год. раніше і мені важко знову заснути
	3	Я прокидаюсь на декілька годин раніше, ніж зазвичай, і більше не можу заснути
17	0	Я втомлююсь не більше, ніж зазвичай
	1	Тепер я втомлююсь швидше, ніж зазвичай
	2	Я втомлююсь майже від усього, що я роблю
	3	Я не можу нічого робити через втому

18	0	Мій апетит не гірший, ніж раніше
	1	Мій апетит погіршився
	2	Мій апетит значно погіршився
	3	У мене повністю відсутній апетит
19	0	Протягом останнього часу я не схуд(ла) або втрата ваги була незначною
	1	Протягом останнього часу я втратив(ла) більше 2 кг
	2	Протягом останнього часу я втратив(ла) більше 5 кг
	3	Протягом останнього часу я втратив(ла) більше 7 кг
Я маю наміри схуднути і менше їм (помітити хрестиком) ТАК _____ НІ _____		
20	0	Я турбуюсь про своє здоров'я не більше ніж звичайно
	1	Мене турбують проблеми мого фізичного здоров'я, такі як біль, розлади шлунку, закрепи тощо
	2	Я дуже заклопотаний(а) своїм фізичним станом і мені важко думати про щось інше
	3	Я настільки занепокоєний(а) своїм фізичним станом, що більше ні про що не можу думати
21	0	Протягом останнього часу я не помічав(ла) зміни свого інтересу до сексу
	1	Мене менше турбують проблеми сексу, ніж раніше
	2	Зараз я значно менше цікавлюсь сексуальними проблемами, ніж раніше
	3	Я повністю втратив(ла) сексуальний інтерес

## ШКАЛА ЦУНГА

### Анкета

1. Я відчуваю пригнічення:
  - вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
2. Я найкраще почуваюся зранку:
  - вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
3. Я часто плачу:
  - вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
4. Я погано сплю вночі:
  - вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
5. Я їм стільки ж, як і раніше:
  - вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
6. Я отримую задоволення від того, що знаходжуся серед привабливих чоловіків/жінок або спілкуюсь з ними:
  - вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.

7. Я помітно втрачаю вагу:
- вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
8. Мене турбують закрепи:
- вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
9. Я відчуваю прискорене серцебиття частіше, ніж зазвичай:
- вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
10. Я відчуваю втому без будь-яких причин:
- вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
11. Мої думки такі ж чіткі, як і раніше:
- вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
12. Мені легко виконувати звичну роботу:
- вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.
13. Я тривожний і не знаходжу собі місця:
- вкрай рідко;
  - рідко;
  - часто;
  - більшу частину часу.

14. Я повен світлих надій на майбутнє:

- вкрай рідко;
- рідко;
- часто;
- більшу частину часу.

15. Я більш дратівливий, ніж зазвичай:

- вкрай рідко;
- рідко;
- часто;
- більшу частину часу.

16. Мені легко приймати рішення:

- вкрай рідко;
- рідко;
- часто;
- більшу частину часу.

17. Я відчуваю, що корисний і потрібен людям:

- вкрай рідко;
- рідко;
- часто;
- більшу частину часу.

18. Я живу повним та цікавим життям:

- вкрай рідко;
- рідко;
- часто;
- більшу частину часу.

19. Я живу повним та цікавим життям:

- вкрай рідко;
- рідко;
- часто;
- більшу частину часу.

20. Я отримую задоволення від того, що мені і раніше подобалося:

- вкрай рідко;
- рідко;
- часто;
- більшу частину часу.