Суицидология

№ 2 (15)
Том 5 2014

Suicidology

рецензируемый научно-практический журнал
выходит 4 раза в год

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Н.А. Бохан, член-корр. РАМН, д.м.н., профессор (Томск)
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор (Ижевск)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор (Томск)
Е.Н. Кривулин, д.м.н., профессор (Челябинск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н. профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор (Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент (Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)
Г.Я. Пилягина, д.м.н., профессор (Киев, Украина)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор (Москва)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с. (Гродно, Беларусь)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор (Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор (Одесса, Украина)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор (Белгород)
Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с. (Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор (Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент (Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор (Уфа)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор (Днепропетровск, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Jyrki Korkeila, профессор (Финляндия)
Niko Seppälä M.D. (Финляндия)

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций г. Москва
Свид-во: ПИ № ФС 77-44527 от 08 апреля 2011 г.

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

Г.Я. Пилягина, С.А. Чумак
Предикторы формирования и рецидивирования саморазрушающего поведения 3

С.В. Харитонов, С.А. Чубина, С.В. Рызова, В.А. Соболев, В.М. Кушнарев
Результаты клинических испытаний опросника «Шкалы динамического контроля суицидального риска» 20

А.А. Мидько, Б.В. Бирон, В.А. Розанов
Суицидальное поведение мужчин: уточнение роли безнадежности и депрессии методами структурного моделирования.
Часть III. Межличностный стиль взаимодействия как медиатор связи гнева с риском тяжелых суицидальных попыток у мужчин, переживающих безнадёжность 25

А.В. Меринов
Суицидологическая, экспериментально-психологическая и наркологическая характеристика супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с первично-открытой семейной системой 31

Ю.Е. Разводовский, В.В. Дукорский
Корреляты суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной болезнью 38

Б.С. Положий, Е.А. Панченко, А.Д. Посвянская, В.С. Фритлинский
Клинические и социокультурные характеристики больных с депрессивными расстройствами, совершивших покушение на самоубийство 42

Н.Ю. Демдоуми, Ю.П. Денисов
Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарных исследований ... 47

Н.А. Бохан, И.Я. Стоянова, Е.Д. Счастный, А.А. Королев
Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения 55

EDITOR IN CHIEF

P.B. Zotov, Ph. D., prof.
(Tyumen, Russia)

RESPONSIBLE SECRETARY

M.S. Umansky, M.D.
(Tyumen, Russia)

EDITORIAL COLLEGE

N.A. Bokhan, corresp. RAMS, Ph. D., prof. (Томск, Russia)
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof. (Izhevsk, Russia)
N.A. Kornetov, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)
E.N. Krivulin, Ph. D., prof. (Chelyabinsk, Russia)
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)
E.B. Lyubov, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)
A.V. Merinov, Ph. D. (Ryazan, Russia)
N.G. Neznanov, Ph. D., prof. (St. Petersburs, Russia)
G. Pilyagina, Ph. D., prof. (Kiev, Ukraine)
B.S. Polozhy, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)
Y.E. Razvodovsky, M.D. (Grodno, Belarus)
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof. (Ekaterinburg, Russia)
V.A. Rozanov, Ph. D., prof. (Odessa, Ukraine)
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof. (Belgorod, Russia)
N.B. Semenova, Ph. D. (Krasnoyarsk, Russia)
A.V. Semke, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)
V.A. Soldatkin, Ph. D. (Rostov-on-Don, Russia)
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof. (Ufa, Russia)
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof. (Dnipropetrovsk, Ukraine)
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)
Jyrki Korkeila, Ph. D., prof. (Finland)
Niko Seppälä, M.D. (Finland)

Журнал *«Суицидология»* включен в Российский индекс научного цитирования (**РИНЦ**)

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр», 625007,
г. Тюмень, ул. Д.Бедного,
д. 98-3-74

Адрес редакции: г. Тюмень,
ул. 30 лет Победы, д. 81А,
оф. 201, 202
Адрес для переписки: 625041,
г. Тюмень, а/я 4600
Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07
E-mail: sibir@sibtel.ru
Заказ № 118. Тираж 1000 экз.
Подписан в печать 20.06.2014 г.
Распространяется по подписке

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев, Г.И. Семикин, В.В. Храмелашвили, В.Н. Казанцева, Т.В. Журавлева
Адаптация опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке 60

Е.В. Лебедева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастный, А.Н. Репин, Т.Н. Сергиенко
Особенности тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической ишемической болезнью сердца 69

Информация для авторов 76

Contents

G.Ya. Pilyagina, S.A. Chumak
Predicative factors of recurrence process of the self-destructive behaviour 3

S.V. Kharitonov, S.A. Chubina, S.V. Ryzova, V.A. Sobolev, V.M. Kushnariov
Results from clinical trials questionnaire "Scales dynamic control of suicidal behavior" 20

A.A. Mid'ko, B.V. Biron, V.A. Rozanov
Suicidal behavior in males: evaluation of hopelessness and depression roles using structural equation modeling. Part III. Interpersonal style as a mediator between anger and severe suicide attempt risk in malesexperiencing hopelessness 25

A.V. Merinov
Suicidal and narcological characteristics of spouses in families of men suffering from alcohol dependence, with primarily from-covered family system 31

Y.E. Razvodovsky, V.V. Dukorsky
Correlates of suicidal behavior of alcohol dependent males 38

B.S. Polozhy, Ye.A. Panchenko, A.D. Posvyanskaya, V.S. Fritlinsk
Clinical and socio-cultural characteristics of patients with depressive disorders who have committed suicide attempts 42

N.Yu. Demdoumi, Yu.P. Denisov
Distribution of "The suicide content" in the cyberspace of the russian-speaking internet as the problem of multidisciplinary researches 47

N.A. Bokhan, I.Ya. Stoyanova, E.D. Schastnyy, A.A. Korolev
Pathopsychological characteristics of patients with dual diagnosis in the context of suicidal behavior 55

K.A. Chistopolskaya, S.N. Enikolopov, E.L. Nikolaev, G.I. Semikin, V.V. Khramelashvili, V.N. Kazantseva, T.V. Zhuravleva
Adaptation of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale in Russian-speaking sample 60

E.V. Lebedeva, G.G. Simutkin, E.D. Schastnyy, A.N. Repin, T.N. Sergienko
Particularly disturbing, depressive disorders and suicidal behavior in patients of elderly and senile age with chronic CAD 69

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, сайт Российского общества психиатров – www.psychiatr.ru, www.medpsy.ru
Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, ул. Володарского, д. 45, телефон: (3452) 46-90-03
При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.
На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

УДК: 616.89.008.44: (616 – 092 + 616.89.008.19 – 073 – 085)

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕЦИДИВИРОВАНИЯ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Г.Я. Пилягина, С.А. Чумак

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Контактная информация:
Пилягина Галина Яковлевна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры детской, социальной и судебной психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика. Адрес: Украина, г. Киев, ул. Дорогожицкая, д. 9.
Телефон: (067) 902-58-31, e-mail: GP-doctor@mail.ru

Чумак Станислав Анатолиевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела радиационной психоневрологии Института клинической радиологии Национального научного центра радиационной медицины Национальной академии медицинских наук Украины. Адрес: 03115, Украина, г. Киев, проспект Победы, д. 119-121.
Телефон: +380 97-396-63-37, e-mail: soldoctor@yandex.ua

С целью изучения патогенетических механизмов формирования суицидальной карьеры проведено рандомизированное исследование 124 суицидентов с первичными и 86 – с повторными самоповреждающими действиями. Выполнен анализ социо-демографических показателей, психопатологических расстройств и особенностей саморазрушающего поведения в обеих группах. Была выявлена достоверная значимость нарушений адаптации, аффективных, личностных нарушений и состояний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, а также их коморбидных соединений в суицидогенезе. Значение психопатологических разладов, характеристик пресуицидального и постсуицидального периодов, мотивационных установок и анамнестических аутодеструктивных эквивалентов существенно отличалась в зависимости от первичной манифестации или рецидивирования саморазрушающего поведения и его отдельных клинико-патогенетических типов.

Ключевые слова: саморазрушающее поведение, рецидивирование самоповреждающих действий, суицидальная карьера

В настоящее время суицидологические исследования, направленные на изучение особенностей патогенеза саморазрушающего поведения (СрПв) и его влияние на уровень реализации самоповреждающих действий (СпД) крайне актуальны для клинической суицидологии [4, 8, 11-15]. К наиболее значимым аспектам можно отнести исследования, изучающие патогенез «суицидальной карьеры» как процесса хронического рецидивирования СрПв. Данный патологический феномен – наиболее тяжелый и жизнеопасный вариант СрПв с высоким риском летального исхода при неоднократном осуществлении СпД [4, 9-15]. Диагностическое выявление «суицидальной карьеры» свидетельствует о хронификации суицидальных паттернов реагирования и их корреляционной зависимости от тяжести психической патологии. Наиболее важным направлением исследований в данной области является выделение предикативных характеристик формирования «суицидальной карьеры» и её взаимозависимости от характера коморбидных психопатологических расстройств.

Цель исследования: изучить предикативные факторы и механизмы патогенеза формирования СрПв и его рецидивировании в сравнительном исследовании пациентов с первичными и повторными СпД.

Материал и методы. Были обследованы 210 суицидентов, находившиеся на лечении в Киевской городской клинической больнице скорой медицинской помощи после реализации СпД. Подбор пациентов носил рандомизированный характер: по мере их поступления в стационар и осмотра психиатром. Возраст обследованных пациентов – от 16 до 82 лет. Суициденты осматривались в ближайшем постсуицидальном периоде: в течение 1–5 дней после осуществления ими СпД. Время осмотра зависело исключительно от тяжести соматического состояния пациентов. Все суициденты были поделены на две группы: в первую вошли 124 человека, совершившие СпД впервые ($СпД_{перв}$ или не-репитеры), а во вторую – 86 человек, осуществивших СпД дважды или более раз ($СпД_{повт}$ или репитеры). Основной критерий исключения из исследования: психоти-

ческое состояние у суицидента на момент совершения СпД и при последующем осмотре.

Сбор и формализованный анализ клинико-психопатологических, патопсихологических, социо-демографических, анамнестических данных пациентов и характеристик СрПв проводился с помощью разработанной «Суицидента карты» [4]. Психопатологические расстройства диагностировались согласно критериям МКБ-10 [2].

Статистическая компьютерная обработка данных осуществлена с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2003 (двухвыборочный t-тест с различными дисперсиями, ДТТРД) и пакета статистического анализа SPSS 10.0 for Windows 2000 (корреляционный и множественный регрессионный анализ).

Результаты и обсуждение.

Анализ социо-демографических показателей (табл. 1) выявил, что в обеих группах сравнения количество женщин практически вдвое превалировало в сравнении с мужчинами.

Оценка возрастных особенностей выявила достоверное превалирование в обеих группах сравнения лиц в возрасте от 21 до 30 лет.

Таблица 1

Социо-демографические показатели в группах сравнения, в %

Социо-демографические критерии и показатели	Общее количество, n=210	Первичные СпД, n=124	Повторные СпД, n=86
Пол			
Женский	69,0**	68,6**	69,8**
Мужской	31,0	31,5	30,2
Возрастные группы (годы)			
15-20	23,3	27,4*; p=0,048	17,4
21-30	41,9	40,3	44,2
31-40	17,6	17,7	17,4
41-50	11,0	10,5	11,6
51-60	4,3	2,4	7,0
>60	1,9	1,6	3,2
Уровень образования			
Незаконченное среднее	9,0	8,1	10,5
Среднее и среднее специальное	50,9	48,4	54,7
Высшее образование (законченное / незаконченное)	40,0	43,5	34,9
Занятость			
Работающие (полная / неполная занятость)	43,8	47,6	38,4
Безработные	28,6	25	33,7
Студенты / учащиеся	19,5	21,8	16,3
Пенсионеры	2,9	2,4	3,5
Инвалидность	2,4	1,6	3,5
Семейный статус			
Неженатые (незамужние)	44,8	41,9	48,8
Женатые / незарегистрированный брак	38,1	43,5*; p=0,048	30,3
Разведенные	12,4	10,5	15,1
Вдовы	4,8	4,0	5,8
Религиозность			
Верующие	18,6	25,0*; p=0,003	9,3
Бытовые верования	66,7	64,5	69,8
Атеисты (не верящие)	13,3	10,5	20,9*; p=0,008

Примечание: *p<0,05; **p<0,01 – согласно ДТТРД.

В группе $СпД_{перв}$ пациенты этого возраста превалировали в 1,5 раза над подгруппой суицидентов 15–20 лет (p=0,003), в 2,3 раза – над подгруппой 15–20 лет, в 2,3 раза в 2,3 раза – над возрастной категорией 31–40 лет, в 3,8 раза –41–50 лет, в 16,8 раз – 51–60 лет и в 25,2 раз – над суицидентами старше 60 лет (для всех p =0,000). В группе $СпД_{повт}$ возрастное соотношение составило: 2,5 – к подгруппам 15–20 и 31–40 лет; 3,8 – к подгруппе 41–50 лет; 6,3 – к подгруппе 51–60 лет и 13,8 – к подгруппе тех, кто старше 60 лет (p=0,001 для всех подгрупп).

Фактор возраста также имел значение как характеристика инициального периода манифестации СрПв: в группе $СпД_{перв}$ существенно больше было суицидентов в возрасте до 20 лет, чем в группе $СпД_{повт}$ (p=0,048).

Необходимо отметить, что в группе $СпД_{повт}$ значительно меньше было пациентов с высшим образованием (p=0,009) по отношению к пациентам со средним образованием в сравнении с группой $СпД_{перв}$ (p>0,05), в которой достоверных отличий выявлено не было. В целом среди суицидентов, впервые совершивших СпД, достоверно преобладали лица, имевшие работу или учебу по отношению к суицидентам-репитерам (p=0,003).

Статистически значимые различия у пациентов в группах сравнения были выявлены еще только по двум критериям: переживание социального одиночества (отсутствие партнера) и отсутствие веры [4, 7, 9, 12-15]. Влияние фактора социального одиночества с точки зрения рецидивирования эпизодов СрПв и формирования «суицидальной карьеры» подтвердили данные, что статистически достоверно большее количество суицидентов в группе $СпД_{перв}$ имели собственную семью, включая незарегистрированный брак (p=0,048).

Религиозность является одним из важных факторов антисуицидального барьера как показатель ощущения у человека чувства трансперсональной защищенности и принадлежности. Мы выявили значительную разницу в группах сравнения по данному критерию. В 2,7 раза чаще обследованные в группе $СпД_{перв}$ относили себя к верующим, чем среди суицидентов группы $СпД_{повт}$ (p =0,003). Тогда как к атеистам или к лицам, не испытывающим ощущение религиозной веры, как переживания глобального психологического одиночества, достоверно чаще встречалось в группе $СпД_{повт}$ (в 1,95 раза, p =0,008). Критерий «безверие» отображал у суицидентов глобальное чувство отсутствия помощи и поддержки через сакральное содержание, что нельзя отнести исключительно к атеистическому миропониманию. Переживание социального одиночества у репитеров, основанное на частом отсутствии семьи, партнера, перерабатывалось психологически в глобальное чувство одиночества с ощущением отсутствия любой психологической поддержки, что, безусловно, усугубляло психологическую уязвимость суицидентов и провоцировало рецидивирование эпизодов СрПв.

Следовательно, анализ социо - демографических факторов в группах сравнения выявил значимые различия между суицидентами, которые совершили СпД впервые и теми, у кого неоднократно наблюдались эпизоды манифестации СрПв с реализацией повторных СпД.

Ведущее значение в формировании и рецидивировании СрПв имели характер психопатологических расстройств и клинико - патогенетический тип СрПв (суицидальный, парасуицидальный, псевдосуицидальный; пациенты с асуицидальным типом не включались в данное исследование) [4,7-9].

Таблица 2

Распределение суицидентов в группах сравнения по клинико-патогенетическому типу внешней формы СрПв, в %

Клинико-патогенетические типы внешних форм СрПв	Группы сравнения			
	Общее количество, n=210	$СпД_{перв}$, n=124	$СпД_{повт}$, n=86	$СпД_{повт}$, свыше трёх эпизодов СпД, n=32
Суицидальный	35,7	21,8	55,8***	65,6
Парасуицидальный	43,3	54,0***	27,9	18,8
Псевдосуицидальный	19,0	24,2*; p=0,016	11,6	9,4
Суицидально-псевдосуицидальный	1,9	--	4,7*; p=0,044	6,3

Примечание: *p<0,05; ***p<0,001 (p=0,000 по ДТТРД).

Исследование выявило (табл. 2), что среди всех обследованных суицидентов чаще всего выявлялись парасуицидальный и суицидальный типы СрПв. В целом в обеих группах они достоверно превалировали над количеством случаев с диагностированием псевдосуицидального и, тем более, суицидально - псевдосуицидального типов (p=0,000 для всех вариантов).

Однако количество суицидентов с каждым из типов в группах сравнения существенно отличалось. В частности, среди пациентов $СпД_{перв}$, по отношению к группе $СпД_{повт}$ достоверно чаще встречались парасуицидальный (p=0,000) и псевдосуицидальный типы (p=0,016). Эти результаты соответствуют специфике, характерной для обоих клинико-патогенетических типов СрПв, прежде всего, это касается превалированию импульсивной реализации СпД и выбора преимущественно нежизнеопасных способов их осуществления, если это происходит впервые.

При парасуицидальном типе манифестация внешней формы СрПв чаще всего происходит в острой психотравмирующей ситуации вследствие крайне быстрого, реактивного формирования выраженной тревожно-фобической или тревожно-депрессивной симптоматики на фоне сниженной психологической стрессоустойчивости [4-7]. Ведущая мотивация реализации СпД у таких пациентов – это смещение фрустрированной агрессии на себя с желанием немедленного разрешения психотравмирующей ситуации и удовлетворения личностных потребностей, а не преднамеренное достижение добровольной смерти. Следовательно, при парасуицидальном типе СрПв в большинстве случаев программа добровольного самоуничтожения – собственно суицидального поведения – не включается, что подтвердило наше исследование. Именно суициденты с парасуицидальным типом представляют собой наиболее сохранную группу пациентов, и в случае адекватного терапевтического вмешательства риск рецидивирования СрПв и СпД среди них может быть принципиально снижен.

Кроме импульсивности основной патогенетической особенностью псевдосуицидального типа СрПв, прежде всего, является демонстративно-шантажная мотивация в осуществлении СпД и выбор заведомо нежизнеопасных способов их реализации (летальный исход таких действий возможен как несчастный случай). СрПв при данном типе как манипулятивное, рентное поведение манифестирует на фоне выраженных регрессивных личностных установок и когнитивно-эмоционального дисбаланса, тогда как программа добровольного самоуничтожения отсутствует. Регрессивный механизм реагирования на фрустрацию жизненных потребностей, желание манипулятивным способом изменить актуальную ситуацию на фоне инфантильных психологических установок является основной мотивацией реализации СпД у таких суицидентов. Истеро - дисфорическая, истеро-тревожная и истеро-депрессивная симптоматика была ведущей клинической картине у суицидентов с псевдосуицидальным типом СрПв.

Наше исследование показало, что частота встречаемости парасуицидального и псевдосуицидального типов в группах сравнения отлична. Если в целом в группе $СпД_{повт}$ количество случаев с парасуицидальным типом было в 1,9 раза меньше, а среди пациентов совершивших более СпД более трех раз – в 2,9 раза меньше, то по отношению к псевдосуицидальному типу это соотношение составило: 2,1 и 2,6 раза.

В отличие от распределения случаев с парасуицидальным и псевдосуицидальным типами СрПв количество суицидентов, у которых выявлялся суицидальный тип, было принципиально выше в группе $СпД_{повт}$ по отношению к группе $СпД_{перв}$ (p=0,000). Основной характеристикой СрПв при суицидальном типе является осознаваемая мотивация самоумерщвления – «включение» программы добровольного самоуничтожения, часто тщательное планирование суицидальных действий, выбор жизнеопасных способов их осуществления. Выраженные психопатологические нарушения, прежде всего депрессивного спектра, крайнее истощение механизмов психологического приспособления и туннельное мышление – основа принятия суицидального решения в таких случаях. У таких пациентов тревога, страх, депрессивная симптоматика могут как преувеличенно проявляться, так и полностью внешне подавляться, диссимулироваться. Отрицательный жизненный баланс, самонаказание или самопожертвование выявляются как психологическая мотивация суицидальных действий у таких суицидентов. В большинстве случаев при суицидальном типе СрПв доминировала депрессивная, астено-депрессивная, депрессивно - фобическая и депрессивно-ипохондрическая симптоматика.

В проведенном исследовании соотношение количества суицидентов-репитеров с суицидальным типом к группе $СпД_{перв}$ составило 2,6:1. Если среди обследованных пациентов с парасуицидальным типом в группе $СпД_{повт}$ было зафиксировано 25% суицидентов, совершивших свыше трёх СпД, что составило 6,6% случаев из всех суицидентов с данным типом в обеих группах сравнения, то при псевдосуицидальном типе соответственные значения были равны 30 и 25%, а при суицидальном типе – 43,8 и 28% случаев. Следовательно, усиление аутодеструктивных паттернов реагирования и суицидальных тенденций на фоне истощенных приспособительных механизмов и нарастающей психической патологии характерно для суицидентов с псевдосуицидальным и суицидальным типами СрПв. Это приводит к закреплению программы на добровольное самоуничтожение с существенным риском рецидивирования манифестных эпизодов СрПв и реализации повторных СпД, что представляет серьезную опасность не только для здоровья таких пациентов, но и для их жизни.

Исходя из типологизации СрПв, в группе суицидентов повторными СпД нами был выделен специфический микстовый клинико-патогенетический тип – суицидально - псевдосуицидальный. С позиции клинического континуума внешней формы СрПв, если выявляется специфическое соединение характеристик «соседних» типов – парасуицидального при суицидальном или псевдосуицидального при парасуицидальном, то это не позволяет отнести такие случаи только к одному из типов. Специфика суицидально - псевдосуицидальный типа заключается в том, что у суицидента одновременно существуют и представлены в клинической картине противоположные мотивационные установки и поведенческие проявления: стойкая осознаваемая суицидальная мотивация и выраженные манипулятивные тенденции. В таких случаях преднамеренная установка к самоумерщвлению реализуется манипулятивно, с выраженными характеристиками демонстрации и шантажа, с бурным внешним выражением импульсивно - аффективного реагирования, но при этом выбираются крайне жизнеопасные способы осуществления СпД. Пациенты с суицидально - псевдосуицидальным типом СрПв имеют высокий суицидальный риск, плохо поддаются курации, что представляет серьезную угрозу для их жизни, в силу настойчивого и многократного повторения СпД. Именно этот клинико-патогенетический тип СрПв соотносится с понятием «суицидальная карьера», так как речь идет о реализации от трех до десятка и выше эпизодов СпД в достаточно короткие сроки.

Наше исследование выявило, что суициденты с суицидально-псевдосуицидальным типом СрПв встречались только в группе $СпД_{повт}$, из них две пациентки за срок от двух до пяти лет совершили свыше десятка СпД. Это отображает специфику прогредиентной патодинамики СрПв при многократном рецидивировании его эпизодов, когда, фактически, перманентное манифестное проявление аутодеструктивных установок имеет место не только в силу хронических психотравмирующих межличностных отношений, но и как привычное аутодеструктивное реагирование даже на незначительное стрессовое воздействие [1, 4-7, 9-15].

Обсуждение проблемы взаимообусловливания, коморбидности СрПв и психической патологии целесообразно начать со следующего тезиса. К сожалению, невозможно однозначно определить, что изначально запускает манифестацию СрПв и осуществление СпД как его внешней формы. Является ли стартом запуска внешней реализации аутодеструктивного реагирования обострение имеющейся психической патологии в стрессовой ситуации, или наоборот, сформированные аутодеструктивные паттерны потенцируют формирование психопатологических нарушений? Наше исследование выявило, что начальная манифестация обусловлена повышенной психологической уязвимостью вследствие психотравматизации в детском возрасте и социально-ситуативных особенностей взросления суицидентов. Именно эти факторы формируют поведенческие аутодеструктивные паттерны реагирования в психотравмирующих обстоятельствах при отсутствии сформировавшихся хронических психопатологических расстройств.

Нами был проведен диагностический анализ наиболее распространенных видов психических расстройств среди обследованных суицидентов (табл. 3).

Среди суицидентов групп сравнения были зафиксированы существенные отличия как касательно отдельных психических расстройств, так относительно коморбидных состояний. Они подтвердили значимость вклада психической патологии в процесс становления прогредиентной формы СрПв – суицидальной карьеры.

Таблица 3

Распределение суицидентов в группах сравнения согласно рубрикам МКБ-10 и наиболее распространенным нозологическим единицам психических расстройств (%)

Рубрики по МКБ-10 и наиболее часто встречаемые нозологии	Группы сравнения	
	$СпД_{перв}$, n=124	$СпД_{повт}$, n=86
Органические, включая симптоматические психические расстройства (F0)	2,4 [1)]	5,8 [2)]
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F1)	17,7	36,1**; p=0,004
…, вызванные употреблением алкоголя (общее количество, F10)	14,5	24,4*; p=0,041
…, вызванные употреблением алкоголя, злоупотребление алкоголем (F10.1)	8,9	10,5
…, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (F10.2)	5,6	14,0*; p=0,027
…, вызванные употреблением седативных и наркотических веществ (полинаркомании), синдром зависимости (F13.2-F19.2)	3,2	11,6*; p=0,030
Аффективные расстройства (F3)	12,1	43,0***
Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3)	0,8	2,3
Умеренный депрессивный эпизод (F32.1)	5,6	4,7
Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов (F32.2)	0,8	5,8*; p=0,031
Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий умеренный депрессивный эпизод (F33.1)	2,4	10,5*; p=0,027
Дистимия (F34.1)	2,4	19,8***
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	87,9***	44,2
Острая реакция на стресс (F43.0)	48,4***	18,6
Адаптационное расстройство со смешанными нарушениями эмоций и поведения (F43.25)	35,5*; p=0,027	23,3
Другие невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F42.2, F43.1, F43.21, F43.22, F45.0, F45.2)	4,0 [3)]	2,3 [4)]
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте(F6)	17,7	39,5***
Расстройства личности (общее количество, F60 + F61)	16,1 [5)]	36,0**[6)]; p=0,001
Эмоционально-неустойчивое (F60.3)	4,0	15,1*; p=0,011
Истероидное (F60.4)	8,9	12,8
Тревожное (F60.6)	2,4	3,5
Гемблинг (F63.0)	1,6	3,5
Коморбидные расстройства: личностные расстройства в сочетании с невротическими и связанными со стрессом расстройствами (F6 + F4)	14,5	26,7*; p=0,035
Коморбидные расстройства: психические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, в сочетании с невротическими, связанными со стрессом расстройствами (F1 + F4)	16,9	15,1
Коморбидные расстройства: личностные расстройства в сочетании с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (F6 + F1)	4,0	10,5*; p=0,045
Коморбидные расстройства: аффективные расстройства в сочетании с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (F3 + F1)	0,8	14,0***
Коморбидные расстройства: личностные расстройства в сочетании с аффективными расстройствами (F6 + F3)	2,4	5,8

Примечание. Значение вероятностей по ДТТРД: *p<0,05; **p0<0,01; ***p<0,001 (p=0,000);

[1)] включает 1 случай органического астенического расстройства (F06.6) и 2 случая органического расстройства личности (F07.0); [2)] включает 3 случая органического расстройства настроения (F06.3) и 2 случая органического расстройства личности (F07.0); [3)] включает по 1 случаю обсессивно-компульсивного расстройства (F42.2), посттравматического стрессового расстройства (F43.1), пролонгированной депрессивной реакции (F43.21), смешанной тревожно-депрессивной реакции (F43.22) и соматизированного расстройства (F45.0); [4)] включает по 1 случаю посттравматического стрессового расстройства (F43.1) и ипохондрического расстройства (F45.2); [5)] включает 1 случай зависимого личностного расстройства (F60.7); [6)] включает по 1 случаю диссоциального (F60.2), ананкастного (F60.5),зависимого (F60.7), и смешанного (F61.0) личностных расстройств.

Нами обнаружено, что среди психических расстройств, часто встречающиеся в подростковом и взрослом возрасте, для суицидогенеза наиболее значимы были психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (F1); аффективные расстройства (F3); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4); расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6). То есть, наибольшее значение на патодинамическое развитие СрПв имеют эмоциональные и поведенческие нарушения как следствие хронических или острых психотравмирующих воздействий на личность с выраженной психологической уязвимостью.

У суицидентов группы $СпД_{перв}$ наиболее распространенной патологией были невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F4). Они были диагностированы у пациентов, которые впервые осуществили СпД в 87,9% случаев. В данной группе 106 случаев (85,5% по отношению ко всем пациентам в данной группе) составили нарушения адаптации (F43). Тогда как в группе $СпД_{повт}$ данный вид психопатологических нарушений встречался только в 37 случаях (43,0%), что в 1,99 раза реже ($p<0,001$). При этом в группе $СпД_{перв}$ практически в половине случаев (48,4%) выставлялся диагноз острая реакция на стресс (F43.0). Тогда как в группе $СпД_{повт}$ данный диагноз был выставлен только у 18,6% пациентов – в 2,6 раз реже ($p<0,001$). Реализация первичных СпД провоцируется, прежде всего, неспособностью конструктивно и адаптивно преодолеть сложившиеся психотравмирующие обстоятельства, что отображается в формировании различных видов нарушений адаптации. Именно поэтому в группе не-репитеров в большинстве случаев преобладал импульсивно-аффективный характер реализации первичных СпД как аутодеструктивного ответа на острую психотравмирующую ситуацию. Об этом свидетельствует не только существенно более частая фиксация в группе $СпД_{перв}$ острой реакции на стресс, но и достоверно большее количество случаев адаптационного расстройства со смешанными нарушениями эмоций и поведения (F43.25; $p<0,05$), а также преобладание парасуицидального и псевдосуицидального типов СрПв среди суицидентов этой группы с импульсивной реализацией СпД. Их количество в данной группе в совокупности в 3,4 раза превышало количество суицидентов с суицидальным типом, которые отмечали длительные суицидальные интенции, планирование и подготовку осуществления СпД.

Наличие сопряженной зависимости между отдельными клинико-патогенетическими типами СрПв и различными психическими расстройствами в группе $СпД_{перв}$ подтвердился при проведении статистического анализа корреляций и множественного регрессионного анализа (табл. 4–6). Полученные результаты свидетельствовали, что только при псевдосуицидальном типе была выявлена достоверная прямая корреляция со случаями острой реакции на стресс (F43.0; $p<0,01$), включая коморбидные состояния, и эмоционально - неустойчивым расстройством личности (F60.3; $p<0,05$). И только при псевдосуицидальном типе АП по результатам регрессионного анализа острая реакция на стресс (F43.0; $\beta=0,372$; $p<0,001$) и смешанное адаптационное расстройство (F43.25; $\beta=0,224$; $p<0,05$) были определены как достоверные предикторы реализации первичных АД.

Таблица 4

Прямая корреляционная зависимость между клинико-патогенетическими типами СрПв и нозологическими единицами (по МКБ-10) в группе $СпД_{перв}$

Нозологические единицы по МКБ-10	Клинико-патогенетические типы СрПв, коэффициент r (p)		
	Суицидальный	Парасуицидальный	Псевдосуицидальный
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (F10.2)	0,210 (p=0,010)	--	--
Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов (F32.2)	0,171 (p=0,029)	--	--
Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий умеренный депрессивный эпизод (F33.1)	0,171 (p=0,029)	--	--
Острая реакция на стресс (F43.0) с коморбидными состояниями	--	--	0,244 (p=0,003)
Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60.3)	--	--	0,171 (p=0,029)

В группе $СпД_{перв}$ не было выявлено ни одного варианта достоверной корреляционной связи между отдельными вилами психопатологии и парасуицидальным типом СрПв (табл. 3). Следовательно, манифестация СрПв в таком клинико-патогенетическом варианте возможна при любом виде психических расстройств, однако, как уже было сказано, мы зафиксировали сочетание парасуицидального типа с нарушениями адаптации (табл. 2).

Прослеживая характер взаимообусловливания различных психических нарушений и конкретных типов СрПв в группе $СпД_{перв}$, мы обнаружили, что достоверное влияние аффективных расстройств на формирование суицидального типа. В частности, первичная реализация СпД имела достоверную корреляционную зависимость от тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2; $p<0,05$), текущего умеренного депрессивного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства (F33.1; $p<0,05$) и синдрома алкогольной зависимости (F10.2; $p<0,05$). Выявленное сочетание аффективных расстройств и хронической алкогольной зависимости у пациентов с суицидальным типом в группе $СпД_{перв}$ коррелировало со стойким переживанием безнадежности в оценке своего прошлого, настоящего и будущего как аутодеструктивных поведенческих эквивалентов в анамнезе – в период до манифестации настоящего суицидального эпизода, преимущественно в подростковом возрасте (табл. 7). Эти результаты свидетельствовали о закреплении аутодеструктивных паттернов реагирования к моменту первичной реализации СпД. По данным регрессионного анализа только для суицидентов с суицидальным типом как в группе $СпД_{перв}$, так и в группе $СпД_{повт}$ с усилением корреляционных связей в последней, была характерна обратная пропорциональная зависимость между реализацией СпД и невротическими расстройствами (F4), включая нарушения адаптации – соответственно $\beta= -0,344$ и $\beta= -0,382$ ($p<0,001$). Следовательно, осознанное стремление к добровольному самоуничтожению при первичной манифестации внешней формы СрПв возникает исключительно в корреляции с уже сформировавшимися аффективными нарушениями. Ведущая психологическая мотивация при реализации СпД у суицидентов в обеих группах сравнения с суицидальным типом – это переживание собственной несостоятельности, отказ от жизни и избежание страданий (только в группе $СпД_{перв}$, см. табл. 7). Эти мотивы непосредственно вызывали осуществление суицидальной попытки впервые или повторно с применением тяжелых жизнеопасных способов [4-8, 10]. Такие пациенты имеют крайне высокий риск рецидивирования СрПв и требуют применения длительного комплексного (психофармакологического и психотерапевтического) вмешательства уже на стадии первичной манифестации аутодеструктивной активности.

В группе $СпД_{повт}$ при рецидивировании СпД был выявлен совершенно иной характер психической патологии, не свойственный начальным этапам манифестного периода СрПв. Только в этой группе был выявлен вариант прогредиентной патодинамики СрПв, который сопровождается многократным повторением эпизодов реализации СпД и определяется как суицидальная карьера. В нашем исследовании было зафиксировано 32 случая (37,2% от всех пациентов в группе $СпД_{повт}$), когда суициденты осуществляли СпД свыше трех раз.

Мы обнаружили, что в группе $СпД_{повт}$ достоверно чаще ($p<0,001$ для всех видов патологии) встречались случаи аффективных расстройств (F3), расстройств личности (F6) и психических расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (F1) (табл. 3). Также, по отношению к группе $СпД_{перв}$, было выявлено превалирование коморбидных расстройств: F1+F3 ($p=0,000$), F1+F6 ($p<0,05$), F4+F6 ($p<0,05$) и F3+F6 (без статистической достоверности по отношению к группе $СпД_{перв}$). Интересной особенностью был тот факт, что только в группе репитеров мы зафиксировали в одном случае коморбидное сочетание дистимии и ипохондрического расстройства. Вариантов коморбидности аффективных и невротических или адаптационных расстройств (F3+F4) среди обеих групп зафиксировано не было.

Безусловно, адаптационные нарушения играли важнейшую роль среди суицидентов группы $СпД_{повт}$, но исключительно как триггер реализации повторных СпД при декомпенсации основного заболевания в психотравмирующих обстоятельствах. По совокупности количество случаев коморбидных сочетаний нарушений адаптации с личностными расстройствами (F6+F4) или с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоак-

тивных веществ (F1+F4) было большим в группе $СпД_{повт}$ в сравнении с группой $СпД_{перв}$ – 41,8 и 31,4% случаев соответственно (табл. 3). Коморбидность нарушений адаптации и расстройств личности (F6+F4) в группе $СпД_{повт}$ наблюдалась наиболее часто. Но достоверное корреляционное влияние адаптационных нарушений было зафиксировано только при парасуицидальном (все случаи адаптационного расстройства с нарушениями эмоций и поведения (F43.25), $p<0,001$), псевдосуицидальном и суицидально-псевдосуицидальном типах СрПв (все случаи острой реакции на стресс (F43.0) – соответственно $p<0,001$ и $p<0,01$) (табл. 5). При парасуицидальном и псевдосуицидальном типах в группе $СпД_{повт}$ также была найдена достоверная корреляционная связь ($p<0,05$) между коморбидным сочетанием нарушений адаптации и расстройств личности (F6+F4).

Таблица 5

Прямая корреляционная зависимость между клинико-патогенетическими типами СрПв и нозологическими единицами (по МКБ-10) в группе $СпД_{повт}$

Нозологические единицы по МКБ-10	Клинико-патогенетические типы СрПв, коэффициент r (p)			
	Суицидальный	Парасуицидальный	Псевдосуицидальный	Суицидально-псевдосуицидальный
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (общее кол-во, F10)	--	--	--	0,179 (p=0,049)
Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов (F32.2)	0,201 (p=0,032)	--	--	--
Дистимия (F34.1)	0,222 (p=0,020)	--	--	--
Хронические аффективные расстройства (F 06.3, F31, F 33, F 34)	0,292 (p=0,003)	--	--	--
Острая реакция на стресс (F43.0), включая коморбидные состояния	--	--	0,437 (p=0,000)	0,320 (p=0,001)
Острая реакция на стресс (F43.0) без коморбидных состояний	--	--	0,246 (p=0,011)	--
Адаптационное расстройство с нарушениями эмоций и поведения (F43.25), включая коморбидные состояния	--	0,333 (p=0,000)	--	--
Адаптационное расстройство с нарушениями эмоций и поведения (F43.25) без коморбидных состояний	--	0,306 (p=0,002)	--	--
Расстройства личности (F60, F61)	--	--	0,300 (p=0,003)	0,280 (p=0,005)
Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60.3)	--	--	0,341 (p=0,000)	0,369 (p=0,000)
Коморбидные нарушения: личностные расстройства в сочетании с невротическими и постстрессовыми расстройствами (F6 + F4)	--	0,210 (p,026)	0,303 (p=0,002)	--
Коморбидные нарушения: личностные расстройства в сочетании с аффективными расстройствами (F6+F3)	0,201 (p=0,032)	--	--	--
Коморбидные нарушения: личностные расстройства в сочетании с психическими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (F6+F1)	--	--	0,364 (p=0,000)	0,466 (p=0,000)
Коморбидные нарушения: психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ в сочетании с невротическими и связанными со стрессом расстройствами (F1 + F4)	--	--	0,254 (p=0,009)	0,215 (p=0,023)
Коморбидные нарушения: аффективные расстройства в сочетании с психическими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (F3 + F1)	0,189 (p=0,041)	--	--	--

И при первичной реализации, и при рецидивировании СпД нарушения адаптации запускали механизм аффективно-импульсивного аутодеструктивного отреагирования в психотравмирующих обстоятельствах, что характерно для парасуицидального и псевдосуицидального типов. Но наибольшую опасность, с точки зрения становления суицидальной карьеры, представляли психогенная декомпенсация личностных расстройств (F60, F61; $p<0,01$) и, особенно, эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60.3; $p<0,001$). Эти виды патологии достоверно коррелировали с псевдосуицидальным и суицидально-псевдосуицидальным типами СрПв (табл. 5).

Мы выявили (табл. 5), что в группе $СпД_{повт}$ наибольшее корреляционное взаимодействие при суицидальном типе наблюдалось по отношению к аффективным нарушениям: тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов (F32.2; $p<0,05$), дистимия (F34.1; $p<0,05$) и все случаи хронических аффективных расстройств (F06.3, F31, F33, F34; $p<0,01$ для всех вариантов).

Таблица 6

Результаты множественного регрессионного анализа: зависимость между клинико-патогенетическими типами СрПв и нозологическими единицами (по МКБ-10)

Клинико-патогенетический тип СрПв	Исследуемые группы (%)	Рубрики по МКБ-10 и нозологические единицы (%)	Коэф-т регрессии, β	Нормированный R^2	P
Суицидальный	$СпД_{перв}$, n=27 (21,8)	невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4), n=109 (87,9)	– 0.344	0,111	p=0,000
	$СпД_{повт}$, n=48 (55,8)	невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4), n=37 (43,0)	– 0,382	0,136	p=0,000
		коморбидные расстройства: личностные расстройства в сочетании с невротическими и постстрессовыми расстройствами (F4+F6), n=23 (26,7)	0,371	0,127	p=0,000
Парасуицидальный	$СпД_{перв}$, n=67 (54,0)	значимые предикторы не обнаружены	--	--	--
	$СпД_{повт}$, n=24 (27,9)	все случаи адаптационного расстройства с нарушениями эмоций и поведения (F43.25), включая коморбидные состояния, n=20 (23,3)	0,258	0,100	p=0,002
		случаи адаптационного расстройства со смешанными нарушениями эмоций и поведения (F43.25) без коморбидных состояний, n=3 (3,5)	0,217	0,131	p=0,048
Псевдосуицидальный	$СпД_{перв}$, n=30 (24,2)	все случаи острой реакции на стресс (F43.0), включая коморбидные состояния, n=60 (48,4)	0,372	0,052	p=0,000
		случаи адаптационного расстройства со смешанными нарушениями эмоций и поведения (F43.25) без коморбидных состояний, n=32 (25,8)	0,224	0,052	p=0,036
	$СпД_{повт}$, n=10 (11,6)	все случаи острой реакции на стресс (F43.0), включая коморбидные состояния, n=16 (18,6)	0,387	0,181	p=0,000
		все случаи личностных расстройств (F60), n=31 (26,7)	0,208	0,213	p=0,039
		коморбидные расстройства: личностные расстройства в сочетании с психическими, поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, (F6+F1), n=9 (10,5)	0,328	0,122	p=0,001
		коморбидные расстройства: личностные расстройства в сочетании с невротическими и постстрессовыми расстройствами (F6+F4), n=23 (26,7)	0,258	0,178	p=0,011
Суицидально-псевдосуицидальный	$СпД_{повт}$, n=4 (4,7)	эмоционально-неустойчивое (F60.3) и диссоциальное (F60.2) личностные расстройства, n=14 (12,0)	0,276	0,113	p=0,009
		все случаи только коморбидных состояний острой реакции на стресс (F43.0), n=15 (12,9)	0,253	0,162	p=0,016
		коморбидные расстройства: личностные расстройства в сочетании с психическими, поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (F6+F1), n=9 (10,5)	0,466	0,207	p=0,000

Такая же сильная корреляционная зависимость была выявлена при коморбидных сочетаниях между аффективными нарушениями и расстройствами личности (F3+F6; $p<0,05$), а также психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (F1+F3; $p<0,05$). Следовательно, наибольшую значимость в процессе становления суицидальной карьеры при суицидальном типе СрПв имеет хроническая аффективная патология, которая достаточно часто декомпенсируется в психотравмирующих обстоятельствах и усугубляется хронической алкоголизацией, что непосредственно обусловливает реализацию повторных СпД. Формирование суицидального типа СрПв и становление суицидальной карьеры непосредственно взаимосвязаны: количество суицидентов с этим типом составило больше половины случаев всей группы $СпД_{повт}$ (55,8%) и из них почти половина (47,9% случаев – 23 пациента в группе $СпД_{повт}$) осуществляли СпД попытки более трех раз. Суицидально-псевдосуицидальный тип, выявленный только в группе $СпД_{повт}$, у двух из четырех пациентов было больше восьми эпизодов СпД.

Согласно регрессионному анализу (табл. 6) при суицидальном типе достоверным предиктором реализации повторных СпД была психогенная декомпенсация личностных расстройств (F6+F4; $p<0,001$). Это свидетельствовало о повышенном суицидальном риске и готовности к рецидивированию СрПв у таких пациентов на фоне истощённых приспособительных механизмов личности. Полученные результаты демонстрируют необходимость внедрения адекватного комплексного суицидологического вмешательства у суицидентов-репитеров с суицидальным типом: психофармакологического (преимущественно длительное применение антидепрессантов) в сочетании с длительной личностной психотерапией (преимущественно микста когнитивно-поведенческой и экзистенциальной, а также семейной – у молодых суицидентов с личностными расстройствами).

По данным регрессионного анализа (табл. 3, 6) в группе $СпД_{повт}$ при парасуицидальном типе достоверным предиктором повторной реализации СпД были адаптационные расстройства со смешанными нарушениями эмоций и поведения (F43.25; $p<0,01$). Рецидивирование СрПв у таких пациентов чаще всего обусловлено хроническими психотравмирующими обстоятельствами вследствие постепенного снижения стрессоустойчивости личности и закрепления аутодеструктивных паттернов реагирования. Профилактика подобных процессов будет иметь наибольший эффект при проведении адекватного комплексного вмешательства в виде комбинированного применения транквилизаторов и антидепрессантов (при необходимости) для купирования проявлений тревоги в сочетании с астенической, фобической, депрессивной или дисфорической симптоматикой, а также краткосрочной когнитивно-экзистенциальной психотерапевтической интервенцией. Такой вариант терапии будет максимально эффективным, так как чаще всего у таких пациентов не выявляются другие виды хронических психопатологических расстройств, кроме «нелеченных» затяжных адаптационных нарушений, и в большом количестве случаев наблюдается обрывающий эффект реализации СпД.

Особенности рецидивирования СрПв при псевдосуицидальном типе – как и в группе $СпД_{перв}$ – в наибольшей степени проявились в импульсивной реализации СпД. Практически во всех случаях их реализация осуществлялась как импульсивное, аутодеструктивное и аффективно-манипулятивное отреагирование вследствие переживания острого психологического стресса, в большинстве случаев вызванного конфликтными межличностными отношениями. У суицидентов с этим типом достоверное предикативное влияние на рецидивирование СпД имели адаптационные нарушения и, прежде всего, острая реакция на стресс (F43.0; $p<0,001$), всех видов личностных расстройств (F60; $p<0,05$), коморбидных сочетаний личностных расстройств и адаптационных нарушений (F6+F4; $p<0,05$) и хронической алкогольной зависимости (F6+F1; $p<0,01$) (табл. 3, 6). При выработке эффективной суицидальной интервенции при данном типе СрПв необходимо учитывать, что суициденты с псевдосуицидальным типом, наряду с пациентами, у которых формируется суицидальный тип, являются основными «поставщиками» становления суицидальной карьеры. Но, в отличие от случаев суицидального, суициденты с псевдосуицидальным типом часто не нуждаются в интенсивной психофармакологической терапии и имеют крайне плохой комплайенс по отношению к любому терапевтическому вмешательству вследствие выраженных манипулятивных

или инфантильных психологических установок. Поэтому акцент в терапевтической тактике подобных пациентов должен быть сделан на адекватной психотерапевтической интервенции (преимущественно семейной с переходом к длительной личностной терапии).

То, что мы выявили суицидентов с суицидально-псевдосуицидальным типом только в группе репитеров, несмотря на небольшое количество наблюдений (4 случая), свидетельствует об особенностях как группы $СпД_{повт}$, так и данного типа СрПв. Только у этих суицидентов было зафиксировано достоверная корреляционная зависимость между манифестацией СрПв и хроническим синдромом зависимости вследствие употребления психоактивных веществ ($p<0,05$) (табл. 3, 6). Только у суицидентов с суицидально-псевдосуицидальным типом достоверным предиктором многократного повторения СпД была комбинация синдрома химической зависимости с расстройствами личности (F6+F1; $p<0,05$), а также невротическими и адаптационными расстройствами (F1+F4; $p<0,05$).

Наибольшее и статистически достоверное влияние на формирование данного типа СрПв имели личностные расстройства ($p<0,01$) (табл. 3, 6): эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60.3) было выявлено у трех пациентов (75% случаев данного типа; $p<0,001$), а истероидное расстройство (F60.4) – в одном (25%). В трех случаях коморбидное влияние острой реакции на стресс как импульсивного пускового механизма реализации СпД (F43.0; $p<0,01$) наблюдалось на фоне хронической алкоголизации и личностного расстройства. В одном случае было зафиксировано осуществление восьми суицидальных попыток у пациента с эмоционально-неустойчивым личностным расстройством (F60.3) в сочетании с полинаркоманией (F19.2): хроническое употребление наркотиков потенцировало многократную реализацию СпД с мотивацией протеста и мести в состоянии после постнаркотической абстиненции.

Специфичность суицидально - псевдосуицидального типа и сложность лечения заключалась в том, что такие пациенты предъявляли стойкую осознаваемую устремлённость к самоумерщвлению при явно манипулятивной реализации СпД путем отравления средней тяжести – с использованием заведомо несмертельных доз препаратов. Только в одном случае было зафиксировано тяжелое медикаментозное отравление, потребовавшее интенсивной детоксикации в условиях реанимационного отделения. Данная 17-летняя суицидентка с диагнозом «Острая реакция на стресс» с эмоционально-неустойчивым расстройством личности на фоне хронического злоупотребления алкоголем совершила в состоянии алкогольного опьянения очередную суицидальную попытку – тяжелое самоотравление анаприлином с выраженным кардиотоксическим эффектом, усугубленным принятием алкоголя. Согласно МКБ-10 ее диагноз выглядит так:

F60.30+F10.1+F43.0+F10.01+X64.1+X64.5.

Этой пациенткой за три года было осуществлено около десяти несмертельных СпД и суицидальных попыток – более точно указать их количество она не смогла. Впервые девушка совершила СпД в 14-летнем возрасте путем тяжёлого сочетанного самоотравления алкоголем и различными лекарственными препаратами. С 15 лет в течение двух лет более шести раз осуществляла самопорезы и самоприжигания рук и бедер. Кроме этого у неё были зафиксированы медикаментозное самоотравление амитриптилином, попытка самоповешания, попытка прыгнуть с моста, с которого ее снимали с помощью специальных служб. Непосредственной причиной многократной реализации СпД у пациентки были постоянные конфликты с родителями, мотивацией – самонаказание и самопожертвование на фоне стойких истинных суицидальных интенций, а психопатологической основой – пограничный тип эмоционально-неустойчивого расстройства личности. Этот пример демонстрирует сложность работы с суицидентами, проявляющими суицидально-псевдосуицидальный тип СрПв вследствие стойкого закрепления аутодеструктивных паттернов реагирования, хронических нарушенной эмоционально-волевой сферы в сочетании с химической зависимостью. В исследованных нами случаях личностные расстройства и хроническая алкоголизация (наркотизация) имели значение как аутодеструктивный эквивалент и перманентный базис рецидивирования СрПв. Эти пациенты нуждаются в длительной терапии с применением как адекватной психофармакотерапии, так и психотерапевтического вмешательства (преимущественно в виде микста когнитивно-поведенческой, экзистенциальной и семейной психотерапии).

Наше исследование выявило, что взаимообусловливание психических расстройств и манифестных проявлений СрПв в процессе становления суицидальной карьеры оказало существенное влияние на особенности характеристик собственно аутодеструктивной активности при ее различных клинико - патогенетических типах (табл. 7, 8).

Анализируя особенности СрПв при суицидальном типе мы выявили более сильную прямую корреляционную зависимость по отношению к затяжному (2–7 суток) и хроническому (свыше 7 суток) пресуицидальному периоду в группе $СпД_{повт}$ (β=0,348 и β=0,299; $p<0,01$) в сравнении с группой $СпД_{перв}$ (β=0,226; $p<0,05$). Наличие и закрепление осознаваемых стойких суицидальных интенций при рецидивировании СрПв в группе $СпД_{повт}$ было выявлено при анализе вида постсуицидального периода и отношения к совершенным СпД. В группе $СпД_{перв}$ более выраженное корреляционное влияние наблюдались по отношению к аналитическому виду (позитивное отношение к совершенным СпД при наличии критических установок, β=0,308; $p<0,01$) и в меньшей степени – к суицидально-фиксированному (позитивное некритичное отношение к совершенным СпД с сохранением стойких суицидальных тенденций, β=0,189; $p<0,05$). В группе $СпД_{повт}$ преобладал только суицидально-фиксированный вариант постсуицидального периода (β=0,273; $p<0,01$) при отсутствии критического, негативного отношения к совершенным действиям (β= -0,333; $p<0,01$) и манипулятивных тенденций в их осуществлении (β= -0,246, $p<0,05$). Кроме того, если у суицидентов с суицидальным типом в группе $СпД_{перв}$ была выявлена прямая достоверная предикация с тяжелой степенью летальности суицидальных попыток (β=0,237; $p<0,01$), то среди суицидентов группы $СпД_{повт}$ такой достоверной предикации не наблюдалось. Этот результат свидетельствует об относительном снижении уровня жизнеопасности при выборе способов реализации СпД в процессе становления суицидальной карьеры вследствие специфического патологического приспособления к хроническим аутоагрессивным переживаниям с нарастанием суицидальной амбивалентности в личностных установках даже при осознаваемом стремлении к добровольному самоумерщвлению.

Истинное соотношение риска высокой летальности при реализации СпД было выявлено только среди суицидентов с суицидальным типов в группе $СпД_{перв}$. Тогда как при других типах СрПв наблюдались как жизнеопасные, так и средняя тяжесть летальности при СпД без статистической достоверности. В нашем исследовании легкая тяжесть СпД встречалась по одному случаю среди в обеих группах сравнения.

Сравнительный анализ квалификации мотивов реализации СпД при суицидальном типе П выявил достоверную значимость интенций к отказу от жизни в качестве достоверной мотивационной установки в обеих группах сравнения (в группе $СпД_{повт}$ – β=0,292; $p<0,01$). Однако в группе $СпД_{перв}$ у суицидентов с суицидальным типом, наряду с более интенсивным корреляционным влиянием установки отказа от жизни (β=0,432; $p<0,001$), также достоверно часто выявлялась мотивация избежания страданий или наказания (β=0,246; $p<0,01$). Специфическую приспособительную трансформацию при рецидивировании СрПв мы отметили, оценивая в данных подгруппах критерий аутодеструктивных поведенческих эквивалентов в анамнезе. В группе $СпД_{перв}$ пациенты с суицидальным типом отмечали длительное переживание безнадежности как стойкой оценки своего прошлого, настоящего и будущего (β =0,201; $p<0,01$). Тогда как среди репитеров преобладали психологические и поведенческие установки в анамнезе, направленные на преувеличение своих страданий при неадекватном самооправдании поведенческих девиаций (β=0,318; $p<0,01$). Такой психологический механизм проекции характеризовался высказываниями: «виноваты в моем состоянии…, в моей ситуации… все, кроме меня».

Основные характеристики СрПв при парасуицидальном типе существенно отличались от выявленных при суицидальном типе. В частности, достоверная длительность острого пресуицидального периода в группе суицидентов в группе $СпД_{перв}$ не превышала суток (β=0,177; $p<0,05$). Отсутствие затяжного периода (β= -0,231; $p<0,05$) наблюдалось и в группе $СпД_{повт}$. Достаточно показательными стали результаты, выявившие отрицательную корреляцию к манипулятивным проявлениям в постсуицидальном периоде при парасуицидальном типе в группе $СпД_{перв}$ (β = -0,244; $p<0,01$). Тогда как в группе $СпД_{повт}$ было зафиксировано сильное прямое корреляционное влияние критического (β=0,620; $p<0,001$) и аналитического вида

(β=0,266; p<0,05) постсуицидального периода. Достоверное наличие аналитического вида постсуицидального периода свидетельствовало об истощении приспособительного преодолевающего поведения у пациентов с повторными эпизодами СрПв на фоне хронических психотравмирующих воздействий и психопатологических расстройств.

Сравнительный анализ мотивации осуществления СпД показал, что в группе $СпД_{перв}$ преобладали сильные, обратные корреляционные влияния к демонстративно-шантажным установкам (β= -0,496; p<0,001) и установке отказа от жизни (β= -0,299; p<0,001). Такие результаты обусловлены особенностями начальной манифестации СрПв при парасуицидальном типе – острое переживание страха, обиды, протеста в острой психотравмирующей ситуации с желанием как можно быстрее разрешить ее. Подобные эскапистские тенденции без истинных суицидальных интенций наблюдались нами при данном типе и в группе $СпД_{повт}$: были выявлены прямая корреляция с установкой избежания страданий и наказания (β=0,321; p<0,01) при отсутствии установки на отказ от жизни (β= -0,226; p<0,05). Суициденты с парасуицидальным типом в группе $СпД_{перв}$ с достоверностью отмечали наличие психологической установки, направленной на установление частых неразборчивых сексуальных связей в качестве анамнестических аутодеструктивных эквивалентов (β=0,189; p<0,05), тогда как в группе репитеров в анамнезе пациентов не было выявлено корреляционной зависимости с какими-либо аутодеструктивными эквивалентами (β=0,333; p<0,01). Эти данные подтверждают отсутствие закрепленных аутодеструктивных паттернов поведения при парасуицидальном типе даже при повторных эпизодах манифестации СрПв.

Острый пресуицидальный период (до 1 суток) был выявлен как достоверный предиктор среди суицидентов с псевдосуицидальным типом в группе $СпД_{перв}$ (β=0,244; p<0,01), в то время как в группе $СпД_{повт}$ длительность периода подготовки к СпД была неопределенной. Достоверно чаще при данном типе СрПв выявлялся манипулятивный вид постсуицидального периода с поиском выгоды в совершении СпД (β=0,462; p<0,001), а также критическое, негативное отношение к их реализации (β=0,205; p<0,05), но только в группе $СпД_{перв}$. Тогда как в группе $СпД_{повт}$ достоверным предиктором оказался только манипулятивный вид постсуицидального периода со значительно более сильной корреляционной зависимостью (β=0,775; p<0,001). Основной мотивацией осуществления СпД в группе $СпД_{перв}$ при псевдосуицидальном типе были демонстративно-шантажное поведение (β=0,630; p<0,001), протест или месть (β=0,166; p<0,01) и призыв о помощи (β=0,129; p<0,05) при обратной корреляции с установкой избежания страданий или наказания (β = -0,144; p<0,05). Среди суицидентов с при псевдосуицидальным типом в группе репитеров нами также наблюдались достоверное влияние мотивационные установки демонстративно-шантажное поведение (β=0,614; p<0,001) и более значимая зависимость от установки протеста или мести (β=0,215; p<0,01). Необходимо отметить, что такие установки не наблюдались у суицидентов ни при суицидальном, ни при парасуицидальном типах. Суициденты в группе $СпД_{перв}$ отмечали наличие психологических и поведенческих аутодеструктивных установок в анамнезе, направленных на преувеличение своих страданий при неадекватном самооправдании поведенческих девиаций (β=0,247; p<0,05), тогда как в группе $СпД_{повт}$ таким достоверным предикативным фактором были заведомо несмертельные порезы кожи предплечий или каттинг (β=0,337; p<0,01). Такие поведенческие девиации у подростков могут быть сигналом о ранней манифестации и закреплении манипулятивных аутодеструктивных паттернов поведения в виде заведомо несмертельных, но повторных вариантов реализации СпД. В обеих группах сравнения у суицидентов с псевдосуицидальным типом была выявлена сильная обратная корреляционная зависимость по отношению к переживанию безнадежности в оценке своего прошлого, настоящего и будущего (β= -0,321; p<0,001 и β= -0,237; p<0,05 соответственно).

Как уже говорилось, только в группе $СпД_{повт}$ мы зафиксировали суицидально-псевдосуицидальный тип СрПв. Так как у этих суицидентов сочетались особенности обоих типов, то это проявилось в определении вида постсуицидального периода. Только среди них мы выявили сильное корреляционное взаимодействие манипулятивного (β=0,589; p<0,001) и суицидально-фиксированного (β=0,204; p<0,05) видов постсуицидального периода, а также достоверную мотивационную предика-

цию установки самопожертвование (β=0,259; p<0,05). И только среди суицидентов с суицидально-псевдосуицидальным типом была обнаружена значимая прямая корреляция с ранней наркотизацией в качестве аутодеструктивных паттернов поведения в анамнезе (β=0,256; p<0,05).

Выводы:

1. Изучив механизмы суицидогенеза, в частности, процесса становления суицидальной карьеры, рассмотрев социо - демографические показатели, особенности психопатологических расстройств и аутоагрессивных проявлений в ходе сравнительного исследования суицидентов с первичной и повторной реализацией СпД, было выявлено, что на рецидивирование СрПв влияет его клинико - патогенетический тип, выявляемый у суицидента в ближайшем постсуицидальном периоде.

2. Изучение социо-демографических показателей в группах сравнения выявило достоверное превалирование младшей возрастной группы в группе $СпД_{перв}$, социального одиночества и отсутствия религиозной веры – в группе $СпД_{повт}$. Эти переживания формировали чувство глобального одиночества и беззащитности с усугублением психологической уязвимости суицидентов и провоцированием привычного аутодеструктивного реагирования в психотравмирующих обстоятельствах при рецидивировании СрПв.

Таблица 7

Результаты множественного регрессионного анализа: зависимость отдельных исследуемых критериев СрПв при различных клинико-патогенетических типах в группе $СпД_{перв}$

Клинико-патогенетический тип	Критерии СрПв	Достоверные предикторы реализации СпД согласно критериям СрПв по данным множественного регрессионного анализа	Коэфф-т регрессии, β	Нормированный R^2	P
Суицидальный	длительность пресуицидального периода	хронический	0,226	0,043	p=0,011
	вид постсуицидального периода	аналитический	0,308	0,080	p=0,000
		суицидально-фиксированный	0,189	0,109	p=0,029
	тяжесть совершенных СпД	тяжелая степень	0,237	0,048	p=0,008
	мотивация осуществления СпД	отказ от жизни	0,432	0,156	p=0,000
		избежание страданий, наказания	0,246	0,209	p=0,003
	аутодеструктивные поведенческие эквиваленты в анамнезе	стойкая оценка своего прошлого, настоящего и будущего как безнадежного	0,201	0,032	p=0,025
Парасуицидальный	длительность пресуицидального периода	острый	0,177	0,023	p=0,049
	вид постсуицидального периода	манипулятивный	-0,244	0,052	p=0,006
	мотивация осуществления СпД	демонстративно-шантажное поведение	-0,496	0,186	p=0,000
		отказ от жизни	-0,299	0,267	p=0,000
	аутодеструктивные поведенческие эквиваленты в анамнезе	психологическая установка, направленная на установление частых неразборчивых сексуальных связей	0,189	0,028	p=0,035
Псевдосуицидальный	длительность пресуицидального периода	острый	0,244	0,052	p=0,006
	вид постсуицидального периода	манипулятивный	0,462	0,152	p=0,000
		критический	0,205	0,184	p=0,018
	мотивация осуществления СпД	демонстративно-шантажное поведение	0,630	0,524	p=0,000
		избежание страданий, наказания	-0,144	0,565	p=0,041
		протест, месть	-0,166	0,576	p=0,009
		призыв о помощи	0,129	0,601	p=0,032
	аутодеструктивные поведенческие эквиваленты в анамнезе	стойкая оценка своего прошлого, настоящего и будущего как безнадежного	-0,321	0,04$1	p=0,000
		психологическая установка, направленная на преувеличение своих страданий при неадекватном самооправдании поведенческих девиаций	0,247	0,085	p=0,010

3. Характер взаимообусловливания СрПв и различных психических нарушений у суицидентов в группах сравнения выявил хронификацию и качественное утяжеление (включая коморбидные состояния) психических расстройств при рецидивировании эпизодов аутодеструктивной активности. В группе $СпД_{перв}$ в большинстве случаев манифестация СрПв и первичная реализация СпД происходили на фоне формирования нарушений адаптации (F43). В группе $СпД_{повт}$ достоверно чаще встречались случаи хронических аффективных и личностных расстройств, а также психических расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и коморбидные расстройства в виде сочетаний данных видов патологии.

4. В обеих группах сравнения особенности клинико-патогенетического типа СрПв обуславливали различия в аутоагрессивных проявлениях и характере психических нарушений. Среди суицидентов в группе $СпД_{перв}$ достоверно чаще встречался парасуицидальный тип, тогда как в группе $СпД_{повт}$ – суицидальный. У суицидентов обеих групп формирование суицидального типа на фоне выраженных аффективных расстройств было непосредственной причиной реализации СпД. Нарушения адаптации достоверно коррелировали с парасуицидальным (преимущественно адаптационное расстройство с нарушениями эмоций и поведения, F43.25) и псевдосуицидальным типом (преимущественно острая реакция на стресс и психогенная декомпенсация личностных расстройств, F43.0).

Таблица 8

Результаты множественного регрессионного анализа: зависимость отдельных исследуемых критериев СрПв при различных клинико-патогенетических типах в группе $СпД_{повт}$

Клинико-патогенетический тип	Критерии СрПв	Достоверные предикторы рецидивирования СрПв согласно его критериям по данным множественного регрессионного анализа	Коэфф-т регрессии, β	Нормированный R^2	P
Суицидальный	длительность пресуицидального периода	затяжной	0,348	0,059	p=0,001
		хронический	0,299	0,132	p=0,006
	вид постсуицидального периода	критический	-0,366	0,135	p=0,001
		суицидально-фиксированный	0,273	0,167	p=0,009
		манипулятивный	-0,246	0,214	p=0,017
	мотивация осуществления СпД	отказ от жизни	0,292	0,074	p=0,006
	аутодеструктивные поведенческие эквиваленты в анамнезе	психологическая установка, направленная на преувеличение своих страданий при неадекватном самооправдании поведенческих девиаций	0,318	0,091	p=0,003
Парасуицидальный	длительность пресуицидального периода	затяжной	-0,231	0,042	p=0,032
	вид постсуицидального периода	критический	0,620	0,207	p=0,000
		аналитический	0,266	0,246	p=0,024
	мотивация осуществления СпД	избежание страданий, наказания	0,321	0,082	p=0,002
		отказ от жизни	-0,226	0,123	p=0,029
	аутодеструктивные поведенческие эквиваленты в анамнезе	отсутствие аутодеструктивных эквивалентов в анамнезе	0,333	0,010	p=0,002
Псевдосуицидальный	вид постсуицидального периода	манипулятивный	0,775	0,596	p=0,000
	мотивация осуществления СпД	демонстративно-шантажное поведение	0,614	0,386	p=0,000
		протест, месть	0,215	0,426	p=0,011
	аутодеструктивные поведенческие эквиваленты в анамнезе	каттинг	0,337	0,087	p=0,001
		стойкая оценка своего прошлого, настоящего и будущего как безнадежного	-0,237	0,133	p=0,022
Суицидально-псевдосуицидальный	вид постсуицидального периода	манипулятивный	0,589	0,410	p=0,000
		суицидально-фиксированный	0,204	0,442	p=0,018
	мотивация осуществления СпД	самопожертвование	0,259	0,056	p=0,016
	аутодеструктивные поведенческие эквиваленты в анамнезе	ранняя наркотизация	0,256	0,042	p=0,017
		стойкая оценка своего прошлого, настоящего и будущего как безнадежного	-0,226	0,082	p=0,034

У суицидентов с суицидально - псевдосуицидальным типом, выявленном только в группе $СпД_{повт}$, достоверное корреляционное влияние на рецидивирование СпД оказывали коморбидные расстройства: расстройства адаптации и эмоционально-неустойчивое расстройство личности в сочетании с синдромом хронической зависимости вследствие употребления психоактивных веществ.

5. Проявления СрПв существенно отличались как в обеих группах, так и при отдельных типах. При суицидальном типе в обеих группах сравнения наблюдался затяжной и хронический пресуицидальный период, суицидально-фиксированный вид постсуицидального периода, корреляция с тяжелой степенью суицидальных попыток, значимость мотивационной установки отказа от жизни. При парасуицидальном типе достоверно превалировали острый пресуицидальный и критический постсуицидальный периоды. При псевдосуицидальном типе доминировали острый пресуицидальный период и манипулятивный вид постсуицидального периода, демонстративно-шантажное поведение как основная мотивация осуществления СпД, а также каттинг в качестве поведенческих аутодеструктивных эквивалентов в анамнезе. Только у пациентов с суицидально-псевдосуицидальным типом была выявлена достоверная корреляционная зависимость манипулятивного и суицидально-фиксированного видов постсуицидального периода, а также мотивационная установка самопожертвования и ранняя наркотизация в качестве аутодеструктивных паттернов поведения в анамнезе.

Литература:

1. Калшед Д. Внутренний мир травмы / Пер. с англ. – Академический проект, Москва; Деловая книга, Екатеринбург, 2001. – 368 с.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
3. Ласый Е.В. Определение и критерии термина “парасуицид” // Вест. Белорусской ассоц. Психиатр. – 1997. – № 3. – С. 37–39.
4. Пилягина Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. – К., 2004. – 436 с.
5. Пилягина Г.Я. Клинико-патогенетическая типологизация аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. – 2003. – Том 9, № 3 (34). – С. 24–30.
6. Пилягина Г.Я. Механизмы патологического приспособления и детская травматизация в суицидогенезе // Укр. мед. часопис. – 2003. – № 6 (38). – С. 49–56.
7. Пилягина Г.Я., Чумак С.А., Семенцул В.Э. Анализ отдельных аспектов в реализации суицидальных попыток и их влияние в рецидивировании аутоагрессивного поведения // Архив психиатрии.– 2006. – Том 12, № 1-4 (44-47). – С. 240–250.
8. Положий Б.С. Место и роль суицидологии в клинической медицине // Мат. XIV съезда психиатров России: (15–18 ноября 2005 г., г. Москва, Россия). – 2005. – С. 446–447.
9. Чумак С.А., Пилягина Г.Я., Семенцул В.Э. Сравнительные характеристики некоторых показателей лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями // Архив психиатрии. – 2005. – Том 11, № 2. – С. 13-18.
10. Gilbody S., House A., Owens D. The early repetition of deliberate self harm // J. R. Coll. Physicians Lond. – 1997. – Vol. 31, № 2. – P. 171-172.
11. Hawton K., Catalan J. Attempted suicide.– Oxford: Oxford Univer. Press, 1987. – 211 p.
12. International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice (Eds. R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon). – New Jersey: John Wiley & Sons, 2011. – 677 p.
13. Kreitman N., Casey P. Repetition of Parasuicide: An Epidimiological and Clinical Study // British J. Psychiatr. – 1988. – Vol. 153, № 12. – P. 792-800.
14. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention (Eds. D. Wasserman, C. Wasserman). – Oxford: Oxford University Press, 2009. – 620 p.
15. Suicide. An Unnecessary Death (Eds. D. Wasserman). – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.

PREDICATIVE FACTORS OF RECURRENCE PROCESS OF THE SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOUR

G.Ya. Pilyagina, S.A. Chumak

Shupyk NMA of poctgraduate education, Kiev, Ukraine

The randomized examination of 124 suicidents who done non-repeat self-destructive acts (suicidal attempts) and 86 suicidents who repeated self-destructive acts (suicidal attempts) was conducted. The study explored pathway mechanisms of the «suicidal career» development. There were shown significant influence of socio-demographic indexes, psychopathologic disturbances and specific self-destructive features in the both matching groups. The adjustment, affective, personality, alcohol and drug abuse disorders and it combinations had direct influence to suicidogenesis. Psychopathologic disturbances, indexes of presuicidal and postsuicidal periods, motivations and anamnestic self-destructive equivalents had depended from manifestation or recurrence of self-destructive behaviour and concrete clinic types of it.

Keywords: self-destructive behaviour, repeating of self-destructive acts, the suicidal carrier.

УДК: 616.89–008.44

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ОПРОСНИКА «ШКАЛЫ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА»

С.В. Харитонов, С.А. Чубина, С.В. Рызова, В.А. Соболев, В.М. Кушнарев

ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» Минздрава России, г. Москва, Россия
ГКУЗ "Психиатрическая клиническая больница № 12» ДЗМ, г. Москва, Россия
ГУЗ "Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П.Каменева", г. Тула, Россия

Контактная информация:
Харитонов Сергей Викторович – доктор медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572, e-mail: sergeyhar@mail.ru

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр, психотерапевт. Место работы и должность: заведующая отделением ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева». Адрес: 301105, Тульская область, Ленинский район, п. Петелино. Телефон: (4876) 74-18-82, e-mail: sonyaost@yandex.ru

Рызова Светлана Владимировна – медицинский психолог. Место работы и должность: медицинский психолог ГКУЗ «Психиатрическая клиническая больница 12» Департамента здравоохранения г. Москвы. Адрес: 123367, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 47. Телефон: (499) 193-05-66, e-mail: ryzovas@gmail.com

Соболев Владимир Алексеевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: главный врач ГКУЗ «Психиатрическая клиническая больница 12» Департамента здравоохранения Москвы. Адрес: 123367, г.Москва, Волоколамское шоссе, д. 47. Телефон: (499) 193-72-33, e-mail: info@pkb12.mosgorzdrav.ru

Кушнарев Валерий Михайлович – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: sergeyhar@mail.ru

В статье приводятся результаты валидизации опросника «Шкалы динамического контроля суицидального риска», осуществлённого независимо в трех исследовательских центрах. Показатели, получаемые по шкалам опросника сопоставлялись с результатами клинических обследований и последующими результатами квалификации степени суицидального риска согласно критериев ВОЗ. Исследование проведено в выборке из 150 человек. Среди них были пациенты с разными нозологиями, разного возраста и пола как в пресуициде, так и в постсуициде. В результате исследования определено, что шкалы опросника, оценивающие выраженность способствующих и выраженность препятствующих факторов имеют высокую степень достоверности связи с клиническими оценками степеней суицидального риска. В заключении авторы указывают, что применение исследованного опросника не может заменить клинический способ оценки психического состояния, но может быть рекомендован как, вероятно, наиболее мощное средство выявления суицидального риска на сегодняшний день.

Ключевые слова: шкала динамического контроля, суицидальный риск, суицид, опросник, способствующие факторы, препятствующие факторы.

Актуальность предпринятого исследования связана с необходимостью повышения надежности оценок суицидального риска, в частности с использованием шкал и опросников. В некоторых общественных институтах и организациях оценка суицидального риска представляется важной не только в контексте значимости для личности, но и с точки зрения общих социальных, экономических [3], гуманистических и иных контекстов [6].

К сожалению, существует определенный дефицит в способах такого рода мониторингов в связи с отсутствием пригодных для этого методик, а обстоятельные исследования врачом психиатром-суицидологом большей частью просто невозможны. В тоже время, такого рода системы диагностики и мониторинга могут иметь значение для принятия тех или иных организационных решений и существенно влиять на тактику терапии. В ранее проведенных нами исследованиях определено, что с результатами клинических способов оценки хорошо соотносится шкала А. Бека, показатели которой достоверно коррелируют как со шкалой А.Г. Амбрумовой, так и с классификацией ВОЗ степеней суицидального риска. С другой стороны, «Опросник причин для жизни» также демонстрирует хорошую согласованность с клиническими способами оценки уровня суицидальной угрозы [4].

Одним из важных аспектов применения клинических опросников вообще, является

полное отсутствие попыток динамического контроля. При том, что эта проблема довольно легко решается, идея ещё не нашла должного практического применения. В «Шкале динамического контроля суицидального риска» [5] заложена возможность оценки выраженности как факторов способствующих суициду, так и факторов препятствующих суицидальному поведению – не менее важных в диагностике и терапии суицидентов [2]. Кроме того, в предлагаемой шкале существует возможность оценки субъективной динамики состояния пациента, что очень важно для текущего прогнозирования состояния и возможностей терапии (какие факторы усиливать или ослаблять и каков тренд в динамике состояния).

Цель исследования: валидизация опросника «Шкала динамического контроля суицидального риска».

Материал и методы:

Исследование проводилось независимо в трех исследовательских центрах: отделение суицидологи Московского НИИ Психиатрии Минздрава России; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы "Психиатрическая клиническая больница №12 Департамента здравоохранения Москвы» – отделение психологической реабилитации и отделение пограничных состояний; и в отделениях пограничных состояний, отделении первого приступа, гериатрическом и диспансерном отделениях ГУЗ "Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева".

Обследование осуществлялось в случайном порядке как среди пациентов, находящихся на лечении в отделениях психиатрических больниц и обратившихся в связи с суицидальной активностью, так и среди пациентов, обратившихся по другим причинам за психиатрической и психотерапевтической помощью в разные подразделения исследовательских центров.

Всего обследовано 150 пациентов, из них 109 женщин и 41 мужчина. В нозологическом отношении выборка была очень разнородной (за исключением пациентов с выраженными расстройствами интеллектуальной сферы) и включала как расстройства личности, невротические и связанные со стрессом, аффективные расстройства и шизофрению. Включались пациенты как в пресуициде, так и в раннем, и позднем постсуициде.

Исследование осуществлялось путем сопоставления данных, получаемых при тестировании по шкалам опросника «динамического контроля суицидального риска» (ШДК), и результатами независимого клинического интервью.

Опросник «Шкалы динамического контроля суицидального риска» включает в себя 25 вопросов, входящих в 6 шкал. Из них 15 вопросов относятся к шкале «Способствующих суицидальному поведению факторов» и еще 10 вопросов относятся к шкале «Препятствующих суицидальному поведению факторов». Еще одной, немаловажной шкалой, является шкала «Разность», это рассчитываемая шкала, значения которой вычисляются как разность между значениями по шкале «Способствующих суицидальному поведению» факторов и значениями по шкале «Препятствующих суицидальному поведению» факторов. Эти три шкалы имеют временные координаты. Так категория «сейчас» показывает значения шкал, которые испытуемый указывает на настоящее время (момент обследования), а категория 3-4 недели назад показывает значения этих же шкал, которые испытуемый по своему субъективному ощущению имел 3-4 недели назад. Поэтому опросник дает возможность осуществлять динамическую субъективную оценку состояния, что и требуется для оценки динамики субъективных переживаний.

Показатели опросника сравнивались с результатами проведенного клинического интервью. Квалификация психического состояния осуществлялась согласно критериев ВОЗ о степенях суицидального риска. Согласно классификации выделяется пять степеней [1].

1. Риск отсутствует. По сути, риска нанесения себе вреда (членовредительства) не существует.

2. Незначительный. Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Намерение совершить самоубийство не очевидно, но суицидальные идеи присутствуют. У индивидуума нет определенных планов, и не было попыток самоубийства в прошлом.

3. Умеренный. На лицо твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных идей, возможно наличие попыток суицида в прошлом, и, по крайней мере, два дополнительных фактора риска. Или, при нали-

чии более одного фактора риска суицида, присутствуют суицидальные идеи и намерение, но отрицается наличие четкого плана. Присутствует мотивация улучшить, по возможности, свое текущее эмоциональное состояние и психологический статус.

4. Высокий. Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред, или известно, что у индивидуума были многочисленные попытки самоубийства в прошлом, наличие двух или более факторов риска. Суицидальные идеи и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Индивидуум проявляет когнитивную жесткость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предлагаемую социальную поддержку, в прошлом были попытки самоубийства.

5. Крайне высокий. В прошлом многочисленные попытки суицида наряду с несколькими значительными и многообразными факторами риска. Крайне необходимо повышенное внимание и неотложные меры.

Статистическая обработка осуществлялась многочисленными методами непараметрической статистики с помощью программы StatPlus 2009 Professional.

Результаты и обсуждение.

Полученные данные были обработаны методами описательной статистики по таким шкалам опросника «Шкалы динамического контроля суицидального риска» (ШДК), как: способствующие суициду факторы (СФ) сейчас (СФс) и 3-4 недели назад (СФ 3-4 н.н.); препятствующие суициду факторы (ПФ) сейчас (ПФс) и 3-4 недели назад (ПФ 3-4 н.н.), разность между способствующими и препятствующим факторами сейчас (Разн.с) и разность значений между способствующими и препятствующими факторами 3-4 недели назад (Разн. 3-4 н.н.). Данные представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы значения по шкалам сейчас и 3-4 недели назад существенно отличаются. Результаты исследования корреляционной связи между степенями суицидального риска определяемого клинически по критериям ВОЗ, с одной стороны, и шкалами «ШДК» (СФс, ПФс, Разн.с.,.) представлены в табл. 2.

Из представленных в таблице данных следует, что все показатели опросника были не просто достоверны, а имели уровень очень высокой достоверности. При этом уровни достоверности корреляций между значениями способствующих факторов и разности между способствующими факторами и препятствующими факторами, с одной стороны, и значениями по шкале ВОЗ, с другой стороны, оказались более тесно связанными, чем значения препятствующих факторов были связаны с этими же показателями ВОЗ.

Таблица 1

Описательная статистика данных

Категории / Показатели	СФс	СФ 3-4 н.н	ПФс	ПФ 3-4 н.н.	Разн.с	Разн 3-4 н.н.
Среднее	15,7	20,4	17,3	14,8	–1,47	4,3
Дисперсия	119	136,3	47,4	48,2	282	319
Стандартная ошибка (среднего)	0,89	0,9	0,5	0,6	1,4	1,5
Среднее геометрическое	11,7	3,2	15,4	13	2,6	5,4
Мода	16	25	21	#Н/Д	–4	11
Асимметрия	0,8	–0,2	–0,46	0,17	0,5	–0,21
Эксцесс	3	1,8	2,02	1,7	2,3	1,7
Среднее отклонение	8,4	10	6,1	5,9	13,8	15,7
Медиана	16	24	20	14	–4	11
Процентиль 25% (Q1)	6	7	12	8	–16	–16
Процентиль 75% (Q2)	19	27	22	22	10	17
Коэффициент дисперсии	0,5	0,4	0,28	0,4	3,3	1,4

Таблица 2

Корреляция между степенями суицидального риска, определяемого клинически по критериям ВОЗ и показателями шкал опросника ШДК

Категории / Показатели	СФс	ПФс	Разн.с
R Спирмена	0,95	–0,81	0,95
Уровень значимости	0	0	0
Тау Кендалла	0,80	–0,66	0,82
Уровень значимости	0	0	0
Гамма	0,99	–0,82	0,99
Коэффициент корреляции Пирсона	0,94	–0,76	0,93

При распределении участников исследования по подгруппам соответствующим степени суицидального риска, определяемой по критериям ВОЗ, рассчитаны средние величины показателей шкал соответствующие степеням суицидального риска (табл. 3).

По данным непараметрической статистики различия между показателями шкал ШДК, характеризующими выраженность факторов, способствующих суициду СФс (сейчас) и факторов препятствующих – ПФс (сейчас), характерных для разных степеней суицидального риска по шкале ВОЗ – достоверны.

Различия между показателями значений шкалы, способствующих факторов СФ (сейчас) характерными для 5 степени суицидального риска, и СФ (сейчас), характерными для 4 степени риска по тесту Колмогорова-Смирнова составили 0,86 (при уровне $p<0,001$), по тесту Манна-Уитни $Z=4,5$ (при уровне $p<0,001$).

Между показателями СФс, характерными для 4 и 3 степеней суицидального риска, максимальная разница в тесте Колмогорова-Смирнова составила –0,95 (при уровне $p<0,001$), а Z в тесте Манна-Уитни =6,7 (при уровне $p<0,001$).

Между показателями СФс, полученными в подгруппах со 2 и 3 степенями суицидального риска, максимальная разница в тесте Колмогорова-Смирнова составила =0,96 (при уровне $p<0,001$), в тесте Манна-Уитни $Z=7,7$ (при уровне $p<0,001$).

Разница аналогичных показателей в подгруппах с 1 и 2 степенями суицидального риска также была достоверна по всем тестам при уровне $p<0,001$. В тесте Колмогорова-Смирнова максимальная разница = –0,95, в тесте Манна-Уитни $Z=6$.

При сопоставлении данных ШДК, характеризующих выраженность препятствующих факторов при 4 и 5 степенях суицидального риска, определено, что максимальная разница по тесту Колмогорова-Смирнова =0,33 при уровне значимости =0,37, по тесту Манна-Уитни $Z=0,68$, при уровне значимости 0,49. Таким образом, различия не были достоверны.

Различия между выраженностью препятствующих факторов на 4 и 3 степенях оказались достоверными при уровне $p<0,001$. Максимальная разница по тесту Колмогорова-Смирнова =0,6, в тесте Манна-Уитни $Z=4,7$.

При исследовании различий между значениями ПФ на 3 и 2 степенях суицидального риска выявлены статистически достоверные различия при уровне $p<0,001$. По тесту Манна-Уитни $Z=4,9$, а максимальная разница в тесте Колмогорова-Смирнова = –0,5.

Таблица 3

Средние величины показателей ШДК в зависимости от степени суицидального риска, определяемого по критериям ВОЗ

Шкалы ШДК/Степени суицидального риска по критериям ВОЗ	1 степень	2 степень	3 степень	4 степень	5 степень
СФс х.ср.	2,7±0,16	5,8±0,3	16,1±0,6	28,6±0,6	40,9±1,2
СФ 3-4 н.н. х.ср	3±0,12	7,1±0,5	24,8±0,5	36,4±0,5	26,5±1,8
ПФс х.ср.	26,1±0,4	21,9±0,5	16,6±0,7	8,8±0,9	10,7±0,7
ПФ 3-4 н.н. х.ср	25,3±0,2	21,7±0,6	10,7±0,6	8,5±0,5	15,0±1,1
Разн.с. х.ср.	–23,4±0,4	–16±0,4	–0,04±1	19,8±1,5	30,8±1,2
Разн 3-4 н.н. х.ср.	–22,2±0,2	–14,8±0,6	11,5±1	27,9±0,7	13,3±2,7

Различия в значениях шкалы ПФ при 1 и 2 степенях суицидального риска также были достоверны при уровне p<0,001; в тесте Манна-Уитни Z=6, в тесте Колмогорова-Смирнова максимальная разница =0,96.

При исследовании статистически значимых различий между значениями разности выраженность способствующих факторов и выраженность препятствующих факторов, в зависимости от степени суицидального риска, квалифицированного клинически по критериям ВОЗ, определено, что между 5 и 4 степенью максимальная разница теста Колмогорова - Смирнова составила 0,68 (при уровне p=0,001), а Z в тесте Манна-Уитни =3,8 при уровне значимости =0,0001. Различия между значениями характерными для 4 и 3 степеней риска максимальная разница теста Колмогорова - Смирнова составила –0,9 (при уровне p<0,001), а Z в тесте Манна-Уитни =6,6 при уровне значимости p<0,001. Различия между аналогичными показателями при 3 и 2 степенях максимальная разница теста Колмогорова - Смирнова составила 0,97 при уровне p<0,001, а Z в тесте Манна-Уитни = 7,6, при уровне значимости p<0,001. Различия между 1 и 2 степенями составили по тесту Колмогорова-Смирнова (максимальная разница) = –0,95 при уровне p<0,001, по тесту Манна-Уитни Z=6, при p<0,001.

С учетом значений средних величин, показателей дисперсии, квартилей и ряда других показателей наиболее оправданным выглядит распределение значений в три категории - незначительный риск, средний риск, высокий риск. Диапазоны значений по шкалам ШДК представлены в таблице 4.

Прогнозирование суицидального риска оказалось наиболее точным, если его оценивать по любой из шкал, а не только по шкале способствующих факторов. Так, если по шкале способствующих факторов уровень суицидального риска незначительный, а по шкале «Препятствующие факторы» или по шкале «Разность» – средний или высокий, то оценивать уровень риска лучше как средний или высокий. При таком подходе число ложноотрицательных диагностик самое низкое (в нашей выборке это показатель =0).

Динамическое наблюдение показало, что в нашей выборке у всех пациентов, получавших лечение в связи с суицидальной угрозой, фиксировалась динамика по шкалам ШДК. Так, во всех случаях, когда осуществлялась лечебная помощь, фиксировалось снижение показателей по шкале «Способствующие факторы» и/или повышение значений по шкале «Препятствующие факторы». Однако более строгое исследование динамики состояния и ретестовые возможности ШДК в данном исследовании не изучались.

Выводы:

Полученные результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на небольшой по объему материал опросника, точность идентификации уровня суицидальной угрозы оказалась достаточно высокой. Надежность диагностики повышает еще и то обстоятельство, что риск можно оценивать по трем разным шкалам: «Способствующие факторы», «Препятствующие факторы» и «Разность» (разность между значениями способствующих и препятствующих факторов). То есть, в практическом отношении имеет смысл оценивать уровень суицидального риска по всем трем критериям, предпочитая для оценки уровня суицидального риска худший из результатов по любой из трех шкал. Такой подход позволяет минимизировать случаи ложноотрицательных диагностик. Однако ложноположительные (когда по ШДК есть угроза, а по клиническом данным её нет или ее уровень ниже, чем оценивается по ШДК) диагностики, вероятно, иногда могут возникать (хотя в нашей выборке их не было).

Таблица 4

Оценка уровня риска суицидального поведения по значениям ШДК

Уровень риска по ШДК	Способствующие факторы	Препятствующие факторы	Разность: способствующие – препятствующие факторы
Незначительный	Менее 15 баллов	Более 20 баллов	Менее –10
Средний	15-30 баллов	10-20 баллов	От –10 до +10
Высокий	Более 30 баллов	Менее 10 баллов	Более 10

Применение данного опросника не может заменить клинический способ оценки психического состояния и предполагает участие специалиста психиатра или клинического психолога, но опросник может быть рекомендован как вероятно наиболее мощное средство выявления суицидального риска на сегодняшний день.

Литература:

1. ВОЗ. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. – Женева, 2006. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_rus.pdf Дата обращения 12.09.2013.
2. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2 (11). – С. 58-63.
3. Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. и соавт. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 12, вып. 3. – С. 36-42.
4. Харитонов С.В., Любов Е.Б., Рызова С.В., Соболев В.А., Кушнарев В.М. Сравнительный анализ наиболее распространенных методов оценки суицидального риска // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4 (13). – С. 17-22.
5. Харитонов С.В. Опросник "Шкалы динамического контроля суицидального риска" (ШДК). URL: http://kpp.okis.ru/shdk-suicidalnogo-riska-.html Дата обращения 22.04.2014.
6. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 26-36.

RESULTS FROM CLINICAL TRIALS QUESTIONNAIRE "SCALES DYNAMIC CONTROL OF SUICIDAL BEHAVIOR"

S.V. Kharitonov, S.A. Chubina, S.V. Ryzova, V.A. Sobolev, V.M. Kushnariov

Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia
Psychiatric Hospital № 12, Moscow, Russia
Clinical Psychiatric Hospital № 1 N.P. Kamenev, Tula

The results of validation of the questionnaire "Scales dynamic control of suicidal risk", carried out independently in three research centers. Figures obtained by test scales were compared with the results of clinical studies and the results of subsequent qualification level of risk according to WHO criteria. The study was conducted in a sample of 150 people. Among them were patients with different nosology different age and sex, as in presuicide and in postsuicide. The study determined that the scale of the questionnaire assessed as contributing to the severity and severity of barriers have a high degree of reliability due to the clinical assessment of the degree of suicidal risk. In conclusion, the authors suggest that the use of the questionnaire investigated cannot replace clinical method of evaluating mental status, but may be recommended as probably the most powerful tool to identify suicide risk today.

Keywords: dynamic range control, suicidal risk, questionnaire, contributing factors, impeding factors.

УДК: [616.89–008.441.44]–055.1

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МУЖЧИН: УТОЧНЕНИЕ РОЛИ БЕЗНАДЕЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ МЕТОДАМИ СТРУКТУРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ.
ЧАСТЬ III. МЕЖЛИЧНОСТНЫЙ СТИЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК МЕДИАТОР СВЯЗИ ГНЕВА С РИСКОМ ТЯЖЁЛЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК У МУЖЧИН, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ БЕЗНАДЁЖНОСТЬ

А.А. Мидько, Б.В. Бирон, В.А. Розанов

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова
Институт последипломного образования, г. Одесса, Украина

Контактная информация:
Мидько Андрей Анатольевич – врач-психиатр, заочный аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Место работы: врач-психиатр, коммунальное предприятие "Одесская областная клиническая психиатрическая больница №1", г. Одесса
Телефоны: +380-63-735-00-53, e-mail: midko@ukr.net

Бирон Богдан Владимирович – аспирант кафедры социальной и прикладной психологии Института математики, экономики и механики Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-395-20-26, e-mail: biron@i.ua

Розанов Всеволод Анатолиевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2.
Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

В третьей части настоящего исследования представлены дополнительные модели суицидального поведения мужчин, переживающих феномен «безнадежность». Модели описывают медиацию фактором *Уживчивость* (*Сотрудничество*) и его подшкалой *Уступчивость* (Big5) влияния *Реактивного гнева* на тяжесть суицидальной попытки. Обсуждается связь межличностного стиля взаимодействия с особенностями переживания гнева у суицидентов, обнаруживающих феномен безнадёжности. Полученные модели сравниваются с моделями, построенными для выборки депремированных индивидов, совершивших суицидальную попытку. Феномен безнадежности обсуждается в отношении формирования специфической группы риска тяжелых суицидальных попыток.

Ключевые слова: завершённый суицид, тяжёлые суицидальные попытки, предикция суицида, безнадежность, депрессия, реактивный гнев.

Экспериментальные данные, полученные на клиническом материале, показывают, что нарушения выражения гнева, подавление его – общая черта депремированных индивидов, находящаяся в тесной связи с переживанием «западни»: 82% опрошенных увязывают отсутствие эскапистских устремлений с супрессией гнева [3]. С другой стороны, такое явление как алекситимия в аспекте трудности описания чувств является прямым предиктором суицидальных попыток, в то время как в аспекте трудности идентификации чувств – влияет на суицидальный риск через низкую *Кооперативность* как личностную черту [7]. В рамках модели личности Big5 аналогом черты *Кооперативность* является фактор *Уживчивость* (*Сотрудничество*), как черта, связанная с просоциальным стилем межличностных отношений с одной стороны и с выражением гнева – с другой. Из литературы известно, что гнев и склонность к вербальной агрессии у женщин, пребывающих в заключении, связаны с низким уровнем *Уживчивости*, в отличие от актуальной (поведенческой) агрессии [6]. Ассоциация фактора *Уживчивость* с гневом показана и в других работах [4].

В связи с вышеизложенным мы предположили, что введение фактора *Уживчивость* в структурную модель в качестве дополнительного медиатора может отчасти прояснить вопрос соотношения гнева / агрессии в тестируемой модели. Полученные модели (рис. 1 и 2) включают в себя дополнительный медиатор: фактор *Уживчивость* (А) и одну из подшкал данного фактора – черту *Уступчивость,* соответственно. Данная подшкала была нами выбрана в связи с тем, что она в максимальной степени отражает особенности реагирования в конфликтных межличностных ситуациях и личностным стилем выражения гнева согласно авторскому описанию методики NEO-PR. Интегральные индексы, отражающие адекватность модели эмпирическим данным, не «отреагировали» на введение нового медиатора. Качество моделей не уменьшилось по сравнению с исходными моделями (см. Часть II настоящей статьи: Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4). Объяснительная мощность моделей лишь незначительно снизилась: R^2 =0,29vs. 0,30. В обеих моделях переменные РГ, ГТ и РНД негативно предсказывают уровни фактора *Уживчивость* (переменная А) и подшкалы *Уступчивость*, что понятно интуитивно и не требует особых объяснений: гневливость и склонность к насилию связаны со склонностью к альтруизму и сотрудничеству в отношениях с людьми обратным образом. Реактивная агрессия и гнев, как показывает литература, ассоциированы с враждебными чувствами [8]. Экстремально низкие баллы по фактору А ассоциированы с нарциссическими, антисоциальными и параноидными чертами личности [2].

Таким образом, негативная «трансмиссия» влияния переменных РНД, ГТ и РГ на «результат» суицидальной попытки переменной *Уживчивость / Уступчивость* позволяет сделать несколько выводов и предположений. Первый, вполне очевидный вывод: склонность к просоциальному стилю в межличностных контактах – фактор, снижающий вероятность тяжелых суицидальных попыток, то есть позитивный фактор парасуицидального «регистра». Второй вывод менее очевиден и более гипотетичен: фактор *Уживчивость* (*Сотрудничество*), по-видимому, обратно связан не просто со склонностью к экспрессии гнева, а со склонностью к неконструктивному выражению последнего в интерперсональном аспекте, возможно – в аспекте распознавания, полноценной психической репрезентации чувства гнева, что косвенно подтверждается литературными данными [7]. В этом смысле стоит обратить внимание на то, что в методике TAS подшкала «Гневный темперамент» описывается утверждениями, не имеющими такого целенаправленного меж-

личностного контекста, и видимо эта подшкала меньше связана с чувствами враждебности, по сравнению с подшкалой «Реактивный гнев». Таким образом, можно предположить, что снижение психической репрезентации враждебных чувств и гнева ассоциировано как со связью РГ → Уступчивость → ТСП, так и с «трансмиссией» РГ → РА → ТСП, хотя эффекты последней почти в 4 раза больше (рис. 1).

В целом можно утверждать, что функциональная нагрузка суицидальной попытки как у «безнадежных», так и у «небезнадежных» суицидентов связана с неудачной и патологической экспрессией аффекта гнева. Однако у первых, по-видимому, важным аспектом является и неудача в экспрессии враждебных чувств в интерперсональном аспекте. Редукция аффекта, равно как и интерперсональная функция попытки самоубийства, рассматриваются как функциональные модели акта самоповреждения, имеющие как имплицитные (автоматические или неосознаваемые), так и эксплицитные (декларируемые) аспекты [5].

Основными характеристиками выборок, для которых строились структурне модели, были следующие: пол, суицидальность и переживание ФБ. Выбор признака пола был обоснован выше (см. Часть I: Суицидолгия. – 2013. – Том 4, № 3). Следует отметить, что попытки имплементации представленной совокупности моделей на выборке женщин оказались неудачными. Это дополнительно указывает на специфичность моделей. Характеристика «суицидальность» в данном случае подразумевает то, что выборки состоят из индивидов – носителей наиболее ценного прогностического признака – попытки самоубийства. Теория «флюидной уязвимости» утверждает, что острота суицидальных кризисов зависит от интеракции перманентних факторов риска (личностных черт или предиспозиций) и более лабильных факторов (психические состояния) [9].

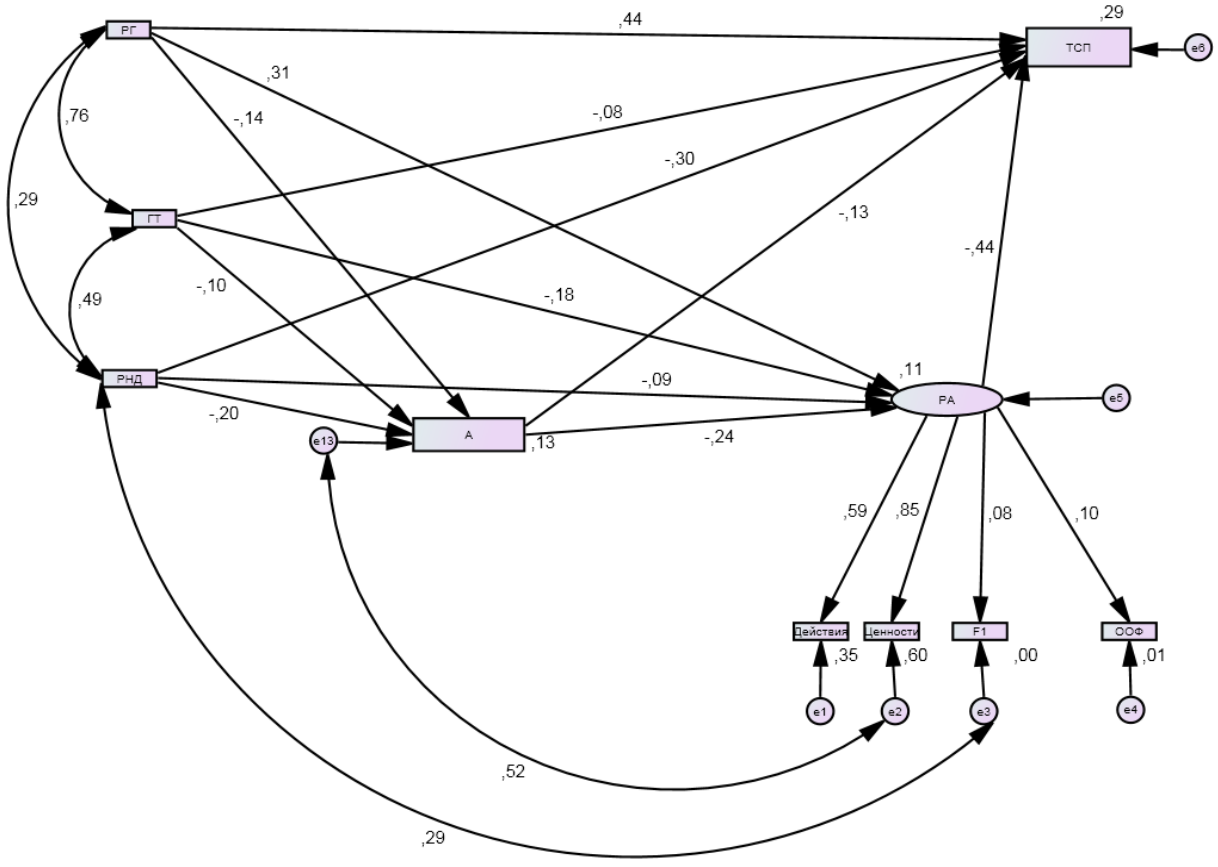


*Рис. 1**. Модель 1 (χ^2=14,152 (*df* =15, *p*=0,514), *RMSEA*=0,000).

*Прямые стрелки обозначают регрессионные связи, округлые – ковариационные. Соответственно, цифры возле первых обозначают уровни стандартизированных коэффициентов корреляции, возле вторых-коэффициентов ковариации. Прямоугольные фигуры обозначают индикаторы латентных переменных, независимую и критериальную переменные. Овальные фигуры обозначают латентные переменные, круглые – остатки. Цифры возле фигур обозначают величины коэффициентов детерминации, цифры возле прямых стрелок соединяющих индикаторы и ЛП-уровни факторных нагрузок.

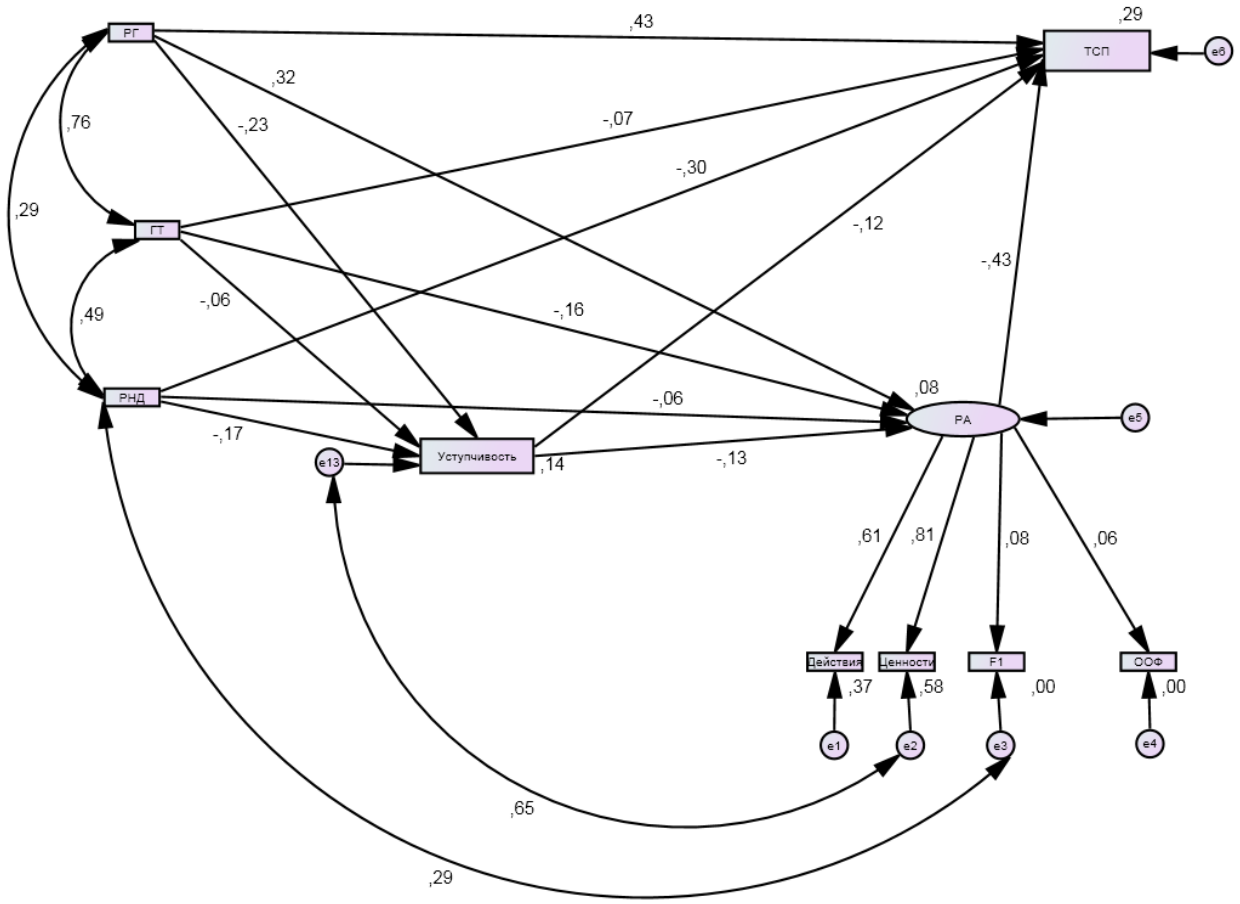


Рис. 2. Модель 2. (χ^2 =14,101 (*df* =15, *p*=0,518), *RMSEA* =0,000).

Эмпирически подтверждено подобного рода взаимодействие для чувства стыда и безнадежности [1]. С этой позиции представленные модели описывают взаимодействие сразу нескольких факторов риска тяжелых суицидальных попыток (и завершенного суицида), а именно: пол, суицидальная попытка, ФБ.

В содержательном аспекте речь идёт об акцентах обсуждаемых моделей на взаимодействии социальных факторов (Общая оценка функционирования, переменная ООФ), психопатологических факторов (переменная F1 – «химическая зависимость), а также факторов личности и темперамента. Показательным является то, что модели ни для «небезнадежных», ни для «безнадежных» не включают в себя переменных, отражающих глубину депрессии. Иначе говоря, встаёт вопрос о степени специфичности моделей, построенных на основе дихотомической оценки безнадёжности, так как неясно в какой степени именно ФБ (а не глубина депрессии) является тем самым признаком, опираясь на дихотомию которого, можно строить статистически значимые модели и логически непротиворечивые модели.

Для того, чтобы сравнить обоснованность выбора именно ФБ в качестве группирующего основания, а не «пересекающегося» с ним конструкта – депрессии, нами были построена дополнительные модели, в которые в качестве такого основания был использован *Индекс депрессии Бека* (*ИДБ*). Согласно нормативам методики в выборку были включены мужчины с величиной ИДБ 10 баллов и более. Полученные альтернативные модели представлены на рисунках 3 и 4. Фактически они являются имплементацией исходных моделей на альтернативной выборке депрессивных пациентов. Как видно из представленных путевых диаграмм, адекватность описания этими моделями эмпирических данных несколько хуже по сравнению с исходными моделями, хотя она и осталась статистически значимой и валидной. Тем не менее, значения индекса *RMSEA* для этих моделей значительно выше, чем для аналогичных моделей, построенных на основе «безнадежной» выборки.

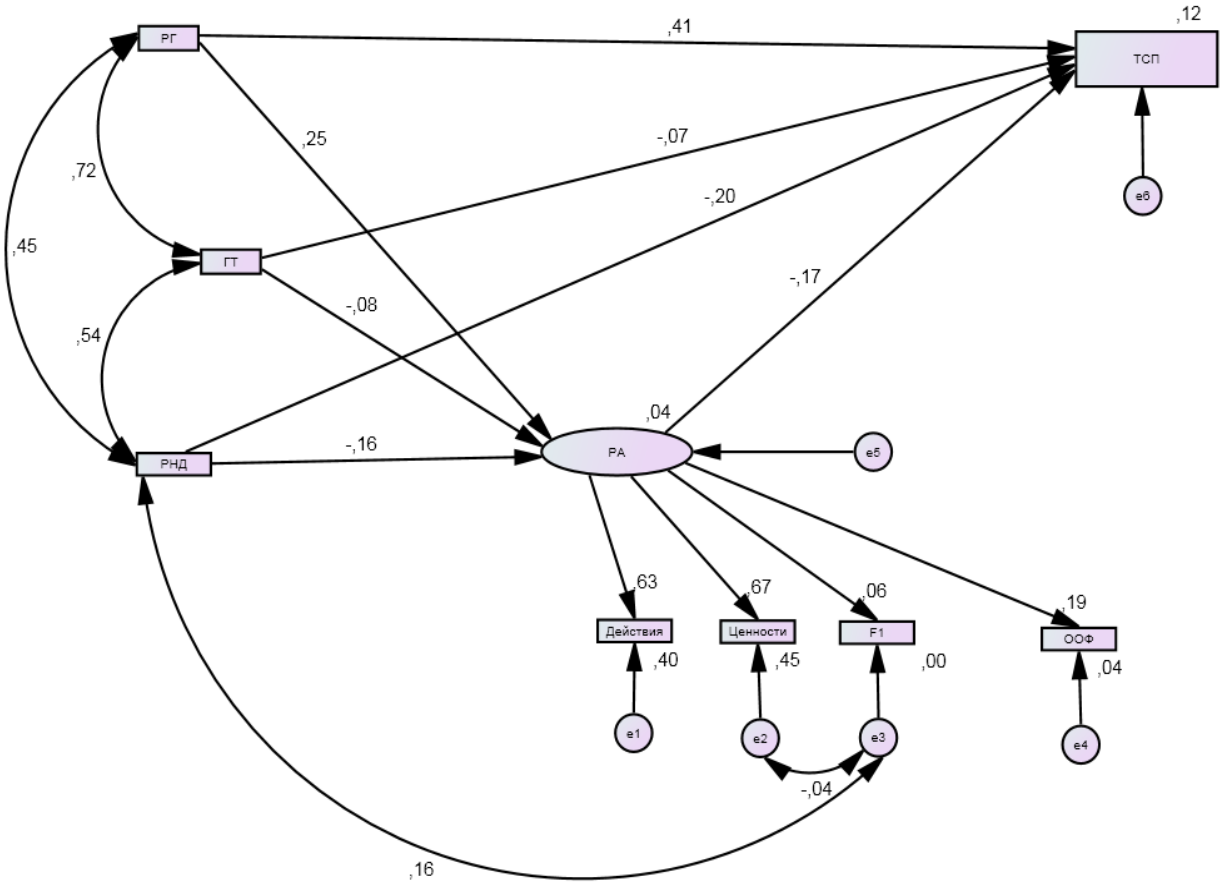


Рис 3. Модель 3. (χ^2 =16,540 (*df* =12, *p*=0,168), *RMSEA* =0,050).

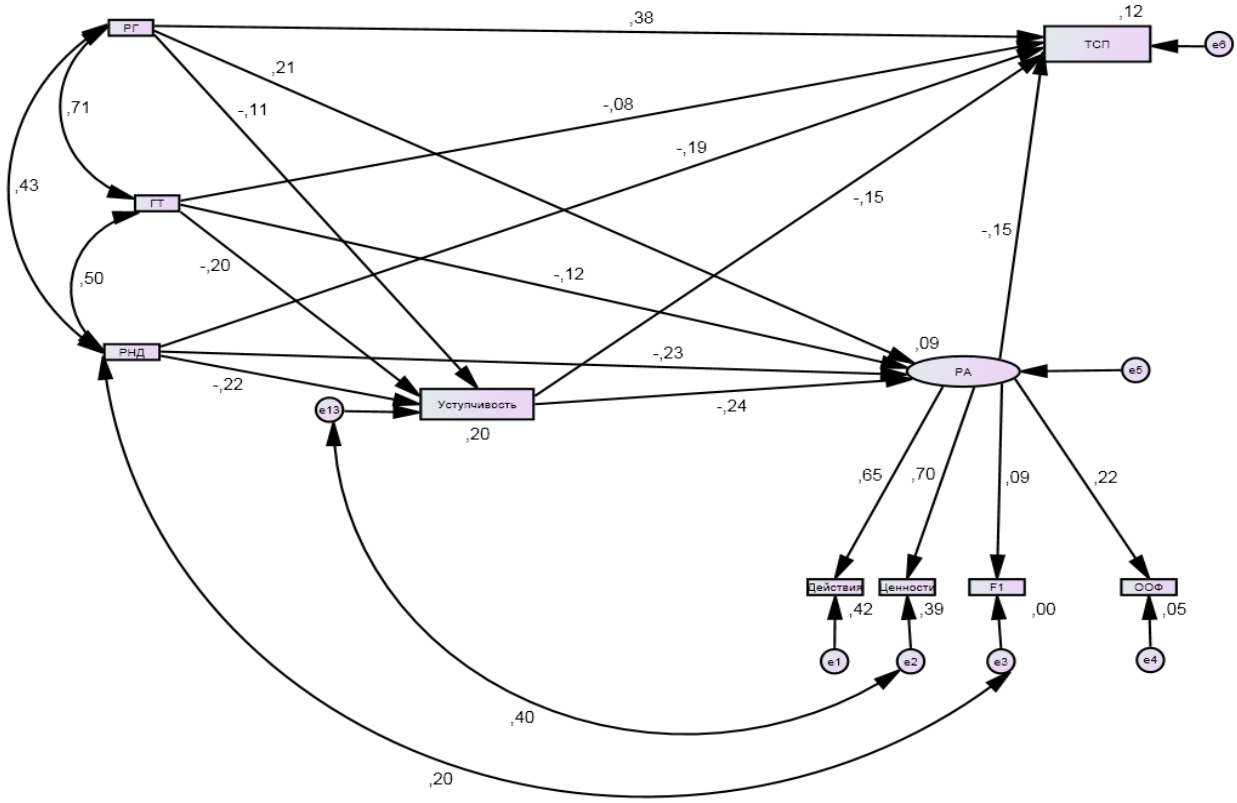


Рис. 4. Модель 4 (χ^2 =17,834 (*df* =15, *p*=0,271), *RMSEA* =0,036).

Кроме того (и что особенно существенно), коэффициент детерминации критериальной переменной уменьшился более чем в два раза – до 0,12.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что данная альтернативная модель все-таки менее качественна и демонстрирует меньшую прогностическую мощность. Такой вывод позволяет заключить, что ФБ является более адекватным и прогностически более ценным основанием по сравнению с депрессией для моделирования динамики суицидального поведения с фокусом на свойствах личности и темперамента.

В целом приведенные данные говорят о том, что такой признак как ФБ является более ценным маркёром группы риска тяжелых суицидальных попыток (и завершённого суицида), чем депрессия.

Литература:

1. Bryan C.J., Ray-Sannerud B., Morrow C.E., Etienne N. Shame, pride and suicidal ideation in a military clinical sample // Journal of Affective Disorders. – 2013. – Vol. 147. – P. 212-216.
2. Costa P.T., McCrae R.R. Revised professional manual NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI). Odessa: Psychological Assessment Resources. – 1992.
3. Gilbert P., Gilbert J., Irons C. Life events, entrapments and arrested anger in depression // Journal of affective disorders. – 2004. – Vol. 79, № 1-3. – P. 149-160.
4. Jensen-Campbell L.A., Knack J.M., Waldrip A.M., Campbell S.D. Do Big Five personality traits associated with self-control influence the regulation of anger and aggression? // Journal of research in personality. – 2007. – Vol. 41, № 2. – P. 403-424.
5. Knowles S.E., Townsend E. Implicit and explicit attitudes toward self harm: Support for a functional model // Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. – 2012. – Vol. 43, № 2. – P. 730-736.
6. Lee V., Egan V. Predictors of aggression in Southeast Asian female prisoners // Personality and individual differences. – 2013. – Vol. 54, № 1. – P. 113-117.
7. Na K.-S., Oh S.-J., Jung H.-Y., Lee S. I., Kim Y.-K., Han C.K., Y.-H., Paik J.-W., Kim S.-G. Alexithymia and low cooperativeness are associated with suicide attempts in male military personnel with adjustment disorder: A case–control study // Psychiatry research. – 2013. – Vol. 205, № 3. – P. 220-226.
8. Ramírez J.M., Andreu J.M. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity). Some comments from a research project // Neuroscience & biobehavioral reviews. – 2006. – Vol. 30. – P. 276-291.
9. Rudd M.D., Ellis T.E. Fluid Vulnerability Theory: a cognitive approach to understanding the process of acuteand chronic suicide risk. (Ed), Cognition and suicide: Theory, research, and therapy. – Washington, DC, US: American Psychological Association, xviii. – 2006. – 409 p.

SUICIDAL BEHAVIOR IN MALES: EVALUATION OF HOPELESSNESS AND DEPRESSION ROLES USING STRUCTURAL EQUATION MODELING. PART III. INTERPERSONAL STYLE AS A MEDIATOR BETWEEN ANGER AND SEVERE SUICIDE ATTEMPT RISK IN MALESEXPERIENCING HOPELESSNESS

A.A. Mid'ko, B.V. Biron, V.A. Rozanov

Odessa I. Mechnikov national university
Institute of innovative and post-diploma education,
Odessa, Ukraine

In the third part of this study additional models of suicidal behavior of men experiencing the phenomenon of hopelessness are provided. The models describe the mediation influence of reactive anger on the severity suicide attempt by factor *Agreeableness* (*Cooperation*) and its subscale *Acquiescence* (Big5). The relationship between the interpersonal style of interaction with the features of experiencing anger in suicide attempters exhibiting the phenomenon of hopelessness are discussed. The obtained models are compared with the models built for the sample of depressed attempters, the phenomenon of Hopelessness is discussed with regard to specific risk of severe attempts.

Keywords: completed suicide, serious suicide attempts, prediction of suicide, Hopelessness, depression, reactive anger.

Открыта подписка на журнал *«Суицидология»*

Индекс подписки: 57986

Каталог научно-технической информации (НТИ) ОАО «Роспечать»

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

УДК: 616.89–008.44

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУПРУГОВ ИЗ БРАКОВ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, С ПЕРВИЧНО-ОТКРЫТОЙ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМОЙ

А.В. Меринов

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

Контактная информация:
Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: alex_mer@inbox.ru

Изучены наркологические, суицидологические спецификации супругов из семей, где муж страдает алкогольной зависимостью, сформировавшихся в рамках модели с первично открытой семейной системой. Показано, что супруги в подобных браках в отношении рассматриваемых категорий не вписываются в типичные характеристики, присущие супругам, проживающим в браках, с оставшимися двумя типами формирования семейной системы.

В данной работе проведена оценка представленности саморазрушающих паттернов. Проанализирована наркологическая и экспериментально-психологическая характеристики супругов, что имеет принципиальное значение для проведение дифференцированой превентологической работы, вероятностной оценки возможности аутоагрессивных реакций в зависимо-созависимой диаде и осуществления эффективных и максимально индивидуализированных терапевтических мероприятий.

Ключевые слова: аутоагрессия; алкоголизм; типы семей больных алкогольной зависимостью.

Последние несколько десятков лет интерес к семьям, имеющих в своем составе больного алкоголизмом, остаётся традиционно высоким [6, 10]. Это, прежде всего, объясняется широчайшей распространенностью подобных семейных отношений, а с другой стороны, – необходимостью поиска эффективных подходов как к лечению самой алкогольной зависимости, так и коррекции созависимого состояния. Кроме того, эти семьи являют собой некий клинико-социальный феномен, вносящий существеннейший вклад в суицидальность современного общества [1-3, 5, 7, 8].

Традиционно, подход к изучению как наркологических, так и суицидологических характеристик супругов в подобных семьях был статичным и описательным. То есть, имелись некие совокупные характеристики, которые, в лучшем случае, оценивали влияние длительности существования супружеских отношений на рассматриваемые показатели. Другими словами, все браки мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), изучались как нечто «однотипное и однообразное», не имеющее каких-то внутригрупповых вариантов, в том числе и в отношении представленности аутоагрессивных паттернов. В наших предыдущих работах была продемонстрирована выраженная гетерогенность подобных семейных отношений [4], однако в них основной акцент был сделан на наиболее типичных, «закрытых» вариантах развития семейной системы.

Перед тем как перейти к наркологической и суицидологической характеристикам супругов из браков с первично открытой семейной системой, коротко остановимся на описании предложенной нами типологии.

Одной из главных особенностей «алкогольных» браков в целом, описываемой большинством ученых, является феномен «закрытой семейной системы». Это некая социальная изоляция, являющаяся одной из главных динамических характеристик созависимой реакции близких. Поведение членов семьи подчинено сокрытию «домашнего алкоголика», формируя своеобразный заговор молчания по поводу имеющихся проблем. Данный вариант долгое время считался единственным возможным, и на его основе создавались методы воздействия на зависимое и созависимое звенья.

Наши исследования позволили пересмотреть данное положение [4]. Были выделены три, клинически чётко очерченных, варианта динамического развития семей МСАЗ в зависимости от проницаемости границ семейной системы, два из которых первично «закрыты»: браки с перманентно закрытой (ПЗСС) и вторично открытой семейными системами (ВОСС). Последний же вариант подразумевал отсутствие закрытости вообще – браки с первично открытой семейной системой (ПОСС). Первые два варианта, безусловно, являются наиболее распространенными и узнаваемыми. Их по праву можно обозначить как «классические», то есть те, описание которых, вероятно, и легло в основу представления о тотальной схожести алкогольных браков и, в частности, универсальности феномена созависимости. Однако исследованная нами группа супругов из браков с ПОСС в значительной степени отличалась по большинству рассматриваемых нами показателей (наркологических, экспериментально-психологических и суицидологических) от супругов из семей с иными динамическими моделями. Это и послужило поводом для написания данной работы.

Чтобы лучше представить сущность брачной модели с ПОСС, напомним про «классический», закрытый тип развития «алкогольного» брака. Это вариант, когда после этапа активной «борьбы за здоровье мужа», а в ряде случаев без такового, семья делает границы семьи ригидными и непроницаемыми, инкапсулируя проблему зависимости внутри узкого, «посвященного» круга. Начинается многолетний этап имитации гармоничной семьи. Подобная закрытость часто достигает гротескного и нелепого уровня и сохраняется десятилетиями. При данном варианте отношения супругов, либо постоянно конгруэнтны – динамический тип с ПЗСС, либо временно конгруентны, с возникающим в будущем моментом крушения закрытости и изоляции – браки с ВОСС. На подобные варианты приходится почти 90% всех семей МСАЗ [4]. Однако оставшиеся браки с ПОСС моделью, сильно отличались от описанных выше как по динамике семейных отношений (что легло в основу предложенного нами названия), так и в отношения суицидологических и наркологических показателей супругов.

Кратко охарактеризуем подобные семейные отношения. Алкогольная зависимость мужа в этом случае носит достаточно «мягкий» и «социально приемлемый», с точки зрения супруги, характер. И никогда ни от кого не скрывается. Фактически, даже при наличии четкой клинической картины алкогольной зависимости, ситуация обычно не расценивается супругой как медицинская проблема, требующая коррекции. Жены относят злоупотребление алкоголем мужей к необходимым атрибутам, например, карьеры супруга. Эти женщины часто происходят из семей с «богатыми» алкогольными традициями и патриархальными установками, где употребление алкоголя расценивалось как типично мужской, немаргинальный паттерн поведения. Жены не касаются темы алкоголизации мужа, так как «он взрослый и сам может принимать решения». Редкие возмущения по поводу алкогольных проблем носят чаще «журящий» характер. Они нередко заканчиваются определённым видом ренты со стороны мужа – подарками, которые не носят обязательного характера и не являются стимулом, повышающим самооценку супруги. Безусловно, такое «попустительство» и «безразличие» супруги к выпивкам мужа никак не связаны с невозможностью правильно оценить ситуацию. То есть не было вызвано, например, интеллектуально-мнестическими нарушениями.

МСАЗ из этой группы обычно сами обращались за помощью к наркологу из-за возникших параалкогольных соматических осложнений, либо прекращали употребление алкоголя самостоятельно. Течение алкоголизма мы обозначили как «алкогольную зависимость мужчины без участия в её нозоморфозе созависимой супруги».

Описываемые отношения, обычно, сохранялись на всей протяженности брака.

Материал и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы 250 семей МСАЗ. Средний возраст МСАЗ составил 43,7±3,9 года, их жён – 41,8±4,2 года. Срок семейной жизни в браке у мужчин равнялся 18,3±5,1 года, у их жён 16,9±4,8 года.

Из всех обследованных семей, тридцать были отнесены к семьям с ПОСС, что составило 12%. Возраст МСАЗ в этой выборке составил 44,3±4,2 года, их жён – 43,6±3,9 года. Срок семейной жизни в браке у МСАЗ равнялся 20,1±3,7 года, у их жён – 18,4±4,2 года. По этим показателям исследуемая группа статистически не отличалась от оставшейся массы обследованных. Все пациенты клинически находились во второй стадии заболевания.

Динамика семейных отношений оценивалась на основании клинико-анамнестических сведений, отражающих функционирование диады «аддикт-семейное окружение».

В качестве «интактной» контролькой группы выступили супруги из браков мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью, той же возрастной группы и с аналогичной продолжительностью семейной жизни. Количество обследованных семей – 60.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [9]. Для оценки экспериментально-психологических особенностей группы использованы: тест преобладающих механизмов психологических защит (LSI), тест Mini-Mult, опросник Столина «Удовлетворенность брачными отношениями», а так же ряд личностных характеристик, позволяющих оценить созависимую реакцию супруги.

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики на базе компьютерных программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 6.0 (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона).

Результаты и обсуждение.

Аутоагрессивная и экспериментально-психологичекая характеристики мужчин из браков с ПОСС.

Показатели «классической» суицидальной активности, как следует из представленной таблице 1, достоверно не отличают МСАЗ из изучаемой группы от остальных обследованных респондентов. Тем не менее, значения изучаемых показателей в группе заметно ниже. Их присутсвие в этой самой «благополучной» группе больных алкогольной зависимостью еще раз подчеркивает «генетическое» родство алкоголизма и суицидального поведения [10].

Нельзя игнорировать и тот факт, что проживание в браке с сверхзаботящейся и обесценивающей супругой (закрытые типы супружества) поддерживает эти показатель на более высоком уровне.

В отношении несуицидальных форм аутоагрессивного поведения и ряда предикторов саморазрушающего поведения исследуемая группа выглядит гораздо более благополучно, что делает её по своему уникальной в отношении целого ряда весьма характерных для мужского алкоголизма самодеструктивных паттернов.

В таблице приведены лишь те показатели несуицидальной аутоагрессии, достигающие статистически значимой разницы. Помимо этого нами была также замечена отчетливая тенденция к более низким значениям ряда других феноменом, традиционно относимых к маскированным формам аутодеструкции.

Таблица 1

Характеристика аутоагрессивной сферы мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, из браков с ПОСС, %

Признак	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, из браков с ПОСС	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, из оставшихся браков (ПЗСС и ВОСС)
Суицидальная попытка в анамнезе	16,6	22,27
Суицидальные мысли и попытки в анамнезе	26,6	33,63
Наличие только суицидальных мыслей	6,7	10,9
Братания и иные «приемлемые» самоповреждения	*6,66	22,27
Наличие в прошлом или настоящем употребления наркотических средств	*6,7	23,2
Наличие ЧМТ в анамнезе вообще	*3,3	22,63
Сигаретные ожоги	*6,7	33,63
Опыт близкого общения с будущим самоубийцей	*6,7	26,36
Периоды длительных угрызений совести	*20,0	38,18
Частые депрессивные эпизоды	*30,0	53,18
Моменты отчетливой безысходности	*6,7	25,0
Субъективное ощущение, что «проживу еще долго»	*76,66	53,2

Примечание: различия достоверно значимы – *p<0,05

Таблица 2

Наркологические характеристики МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой (приведены пары сравнений p<0,05)

Признак	МСАЗ из браков с ПОСС	МСАЗ из браков с ВОСС	МСАЗ из браков с ПЗСС
Высокопрогредиентное течение заболевания	0%	26,92%	31,17%
Среднепрогредиентное течение заболевания	26,6%	69,23%	55,84%
Низкопрогредиентное течение заболевания	73,4%	3,85%	12,99%
Толерантность (литры, в пересчёте на водку)	0,7±0,3	1,1±0,4	1,2±0,4
Возраст возникновения похмельного синдрома	34,7±2,3	29,2±4,2	27,3±3,9
Употребление суррогатов алкоголя в анамнезе	20%	61,54%	54,55%
Наличие амнестических форм опьянения	16,6%	73,08%	63,64%
Длительность ремиссии после лечения (в месяцах)	37,5±12,9	13,6±6,6	23,3±9,4
Добровольное продление лечебной программы	73,4%	8,7%	23,73%
Ремиссия свыше пяти лет	36,6%	8,7%	5,08%

В основном это касалось различных модусов рискованно-виктимного поведения (акцепция и провокация насилия, конфликты с представителями правоохранительных органов, склонность к заведомо рискованному поведению, травматическая патология, употребление суррогатов алкоголя и пр.).

Психологическим маркерами данной группы МСАЗ, достоверно отличающими их от обеих оставшихся групп, являлись – редкость использования вытеснения и реактивных образований в качестве ведущих механизмов психологической защиты, а также достоверно более низкая склонность к внешнеобвиняющему типу реакций. Это в совокупности может говорить о большей «взрослости» и ответственности пациентов этой группы.

Следует также отметить и более высокую удовлетворенность своими брачными отношениями в группе, достоверно отличающей респондентов от таковых в оставшейся выборке. Согласно данным теста Столина, удовлетворительные семейные отношения в изучаемых браках обнаруживались в более, чем в 60% случаев. Тогда как в оставшихся вариантах – семьях с ПЗСС и ВОСС – лишь в порядка 30% исследуемых пар. В свою очередь, к откровенно неудовлетворительным в исследуемой группе относились менее 5% семей, что в 5-7 раз меньше, чем в «контрольных группах».

Наркологическая характеристика МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой.

Течение алкогольной зависимости у пациентов из изучаемых браков наиболее мягкое, что отражено в таблице 2.

Это касается типа преобладающей прогредиентности – в 73,4% встречается низкопрогредиентный вариант развития заболевания. Так же значительно позже формируется похмельный синдром при, в целом, похожих сроках начала злоупотребления алкоголем. Для этой группы менее характерно употребление суррогатов алкоголя, ниже толерантность к алкоголю, и реже встречаются амнестические формы опьянения. Так же значительно чаще встречаются длительные терапевтические ремиссии (свыше пяти лет), а сам срок ремиссии более продолжительный, чем в оставшихся группах.

В группе не встретилось «срывов» на фоне действующей терапевтической программы, более 70% пациентов продлили срок лечебного воздействия после его окончания. Напомним, что неблагоприятность течения алкогольной зависимости является фактором, характеризующим аутоагрессивный потенциал личности пьющего.

Аутоагрессивная и экспериментально-психологическая характеристики жён МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой

Прежде всего, отметим выраженную «доброкачественность» данной группы в сравнении с двумя оставшимися, что отражено в таблице 3. Это, касается показателей суицидальной и несуицидальной аутоагрессивной активности данных экспериментально-психологических методик сходных с таковыми в группе жен мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью.

Таблица 3

Характеристики жен МСАЗ из браков с первично открытой семейной системой (пары сравнений с p<0,05)

Признак	Жены МСАЗ из браков с ПОСС	Жены МСАЗ из браков с ВОСС	Жены МСАЗ из браков с ПЗСС
Аутоагрессивные паттерны поведения и их предикторы			
Наличие суицидальной попытки	*0%	# 11,54%	15,58%
Суицидальные мысли вообще	*0%	38,46%	25,97%
Моменты безысходности последние два года	*10%	53,85%	55,84%
Моменты безысходности в анамнезе	16,6%	69,23%	62,34%
Личностно-созависимые характеристики			
Держу неприятности «в себе»	16,6%	36,52%	57,14%
Насилие со стороны мужа	0%	23,08%	32,47%
Продолжаю активно спасать мужа от зависимости	3,3%	40,0%	85,71%
Убеждённость в том, что муж «пропадёт» без нее	10%	40%	49,35%
Сокрытие алкогольных проблем мужа	6,66%	# 7,69%	72,73%
Создание иллюзии хорошей семьи	10%	15,38%	89,61%
Экспериментально-психологические характеристики			
Использование регрессии	*4,5±2,0	6,0±2,8	6,2±2,8
Использование интеллектуализации	*4,6±1,4	5,7±1,6	6,3±2,2

Примечания: # – отсутствие достоверного отличия в соответствующей паре; * – показатели аналогичные таковым у жён из неалкогольных браков.

По критерию «держу все неприятности в себе» (16,6%) эта группа достоверно отличается от такового показателя не только в других группах жён МСАЗ, но и от жён из браков, где мужчина не имеет проблем с алкоголем, где он составил 25,39% (p<0,05). У этих респонденток редко обнаруживается комплекс «наказанной на этом свете мужем-алкоголиком» (10%), характерного для жен МСАЗ из браков с ПЗСС (46,15%), и в меньшей степени для супруг МСАЗ из браков с ВОСС (34,16%).

С целью изучения глобальных семейных характеристик различных типов брака, нами проведены серии сравнения «суммарных» показателей аутоагрессивного поведения у обоих супругов, что давало представление о нагруженности семьи в целом аутоагрессивными феноменами. В качестве контрольной группы выступили соответственно семьи мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью (то есть сумма показателей мужа и жены).

Смысл сравнения заключался не в поиске параметров качественных и количественных отличий экспериментальной и контрольной групп (так как очевидно, что отличия будут касаться большинства изучаемых показателей), а в попытке количественно выразить степень сходства / различия исследуемых групп в отношении нормативного контроля, выраженного через соотношение количества статистически достоверно различающихся параметров, отражающих наличие аутоагрессивных паттернов поведения и их предикторов к общему числу позиций для их выявления выраженного в процентах (процент статистически достоверных отличий – ПСДО).

Наиболее отличной от семей мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью, являются браки с ПЗСС – процент достоверных отличий достиг 63,45. ПСДО браков с ВОСС составил 47,72%. Наименьшее количество достоверных отличий от контрольной группы обнаруживается в группе браков с ПОСС – 23,92%. То есть, не смотря на тот факт, что сплошная выборка семей МСАЗ в сравнении с контрольной группой имеет значительный процент достоверных отличий по профилю самодеструктивного поведения – 61,94%, внутри группы имеется существенная вариативность значения показателя в зависимости от типа брачной динамики.

В серии сравнений браков МСАЗ с ПОСС с контрольной группой также не обнаружено разницы в количестве родителей респондентов, страдающих алкогольной зависимостью, при наличии статистически достоверно более высоких показателей в оставшихся двух группах, что отражено в таблице 4 .

Таблица 4

Представленность алкогольной зависимости у родителей респондентов экспериментальных и контрольной групп

Браки мужчин, не страдающих алкогольной зависимостью	Браки МСАЗ с первично открытой семейной системой	Браки МСАЗ с вторично открытой семейной системой	Браки МСАЗ с перманентно закрытой семейной системой
32,26*'	40+~	69,24*+	70,13'~

Примечание: знаками *, ' , +, ~ выделены пары сравнений с p<0,05).

В качестве иллюстрации брака с ПОСС предложим вашему вниманию следующий клинический пример.

Респондент Х., 63 лет, директор завода. Диагноз: алкогольная зависимость II стадия, низкопрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем. По поводу алкогольной зависимости никогда не наблюдался и не лечился, в поле зрения попал случайно (энурез у внука, проживающего у дедушки).

Анамнестические сведения: Никто из близких родственников алкоголем не злоупотреблял. Раннее развитие без особенностей, первый ребёнок в семье из двух, рос активным, занимался различными видами спорта. С успехом закончил школу, служил в армии, затем поступил в институт. После окончания ВУЗа был распределён на вновь созданное предприятие. За два года стал начальником отдела. В 30 лет занял должность главного инженера предприятия, с 38 лет – возглавляет крупный станкостроительный завод. Женился в 27 лет. Брак единственный, в браке родилось пять детей. Семейными отношениями доволен.

Наркологический и суицидологический анамнез: Х. алкогольные напитки попробовал после армии (21 год). Обучаясь в ВУЗе алкоголем не злоупотреблял, продолжал заниматься спортом (выполнил разряд мастера спорта), был нагружен общественной работой. После окончания института направлен на руководящую работу, быстро сделал карьеру, но с 28 лет участились ситуации с приёмом алкоголя, связывает это с «должностью», невозможностью отказывать руководству, выпивал «понемногу», но часто (практически каждый день). С 30 лет выпивки стали «далеко не каждый день, но по многу». Первые признаки похмелья появились к 40 годам. Абстинентный синдром с выраженным психическим компонентом, опохмеление не обязательно. К 42 годам появились очерченные псевдозапои длительностью 2-3 дня, толерантность достигала одного литра водки. Основной объем алкоголя во время запоев всегда приходился на вечернее время, в это время ходил на работу, с успехом занимался другими делами. Светлые промежутки 20-25 дней. Начало запоев обычно совпадало с моментами «неформального общения» по работе, однако далеко не каждая единичная выпивка служила причиной «срыва». Подобная клиническая картина сохранялась на протяжении 15 лет. Никогда в жизни не употреблял суррогатов алкоголя, очень следил за своим соматическим состоянием, в состоянии опьянения «обязательно закусывал». Больным алкоголизмом себя никогда не считал (критерии – всегда себя контролировал, лица не ронял, дела делал, семью содержал). Многократно проходил диспансеризации, никакой серьёзной патологии не обнаруживалось. В возрасте 59 лет диагностирован диабет второго типа. С момента обнаружения и до момента обращения по поводу проблем внука спиртное не употребляет («нужно было бросить – бросил, много других интересных вещей существует»). Суицидальных, либо иных самодеструктивных тенденций никогда не отмечал («жить слишком хорошо»), всегда осуждал поступок своего сотрудника, покончившего с собой на почве «пьянства».

К., супруга Х., по профессии учитель, кандидат педагогических наук.

Анамнестические сведения и суицидологический анамнез: Выросла без родителей (погибли в о время ВОв). Воспитывалась тётей по материнской линии. Раннее развитие без особенностей. Окончила школу, а затем институт. Была общительной, имела много подруг. В 24 года встретила своего будущего мужа Х., через год вышла за него замуж «по большой любви». В браке родила пятерых детей. Вся свою жизнь посвятила мужу, детям и работе. Через пять лет после замужества поняла, что «муж пьёт». Предприняла первую и единственную попытку повлиять на алкоголизм мужа. После разговора с ним, где «муж дал понять» место «счастливой супруги», больше этот вопрос с ним не обсуждала. Понимала, что от мужа зависит благосостояние её и детей. Все время его считала «крайне положительным» человеком с наличием «небольших недостатков». К «небольшим недостаткам» относилось злоупотребление алкоголем, периодические «загулы» и «бесконечные» измены. Просто терпела, так как «он такой человек и его не изменишь». «Мне всегда было чем заняться, вместо выяснений отношений с мужем». При этом с момента начала злоупотребления алкоголем мужем никогда не скрывала этот факт от его ближайших родственников, ближайшего окружения, знакомых, а так же от сотрудников на своей работе. Как и не скрывала «его гулянок и баб», однако «всегда знала, что от неё он навсегда никогда не уйдёт». Тема обсуждения этих пороков мужа стала постоянной и любимой (со слов мужа), но при этом продолжала считать мужа «прекрасным человеком», многократно беременела от него и рожала детей. Благодаря финансовому и социальному благополучию могла полностью себя посвящать своим интересам (дети, наука, сад и прочее). Никогда не отмечала каких-либо суицидальных и иных аутоагрессивных тенденций. К моменту обращения сохранила

прекрасное соматическое состояние, после взросления детей, «занялась собой», написал ряд монографий. После прекращения приёма алкоголя мужем, брак по ее словам стал идеальным, с мужем любят друг друга, проводят совместный досуг, вместе путешествуют, занимаются внуками и пр.

Таким образом, выделение данного варианта брака мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, диктуется клинической реальностью и подтверждается данными экспериментально-психологического исследования.

Обобщенные характеристики супругов из браков МСАЗ с ПОСС изложены в таблице 5.

Таблица 5

Характеристика супругов из браков МСАЗ с ПОСС

Мужья
Особенности аутоагрессивной сферы
– показатели соответствуют средним в обследованной популяции
Наркологические и терапевтические характеристики
– отсутствие высокопрогредиентного течения; – более низкая толерантность к алкоголю; – более позднее формирование алкогольного абстинентного синдрома; – редкое употребление суррогатов алкоголя; – длительный срок терапевтических ремиссий и частота продления программы
Супруги
Особенности аутоагрессивной сферы
– достоверно низкое количество аутоагрессивных паттернов и их предикторов; – показатели сопоставимы с таковыми в группе женщин из браков без алкогольной зависимости у супруга.
Экспериментально-психологические и созависимая характеристики
– отсутствие физического насилия в браке; – низкий уровень интрапунитивности; – отсутствие склонности «держать неприятности в себе».

Заключение и выводы:

В браках МСАЗ с ПОСС, где имеет место «безсозависимый» тип течения алкогольной зависимости, аутоагрессивные проявления у мужа носят нативно-алкогольный характер (при полном отсутствии суицидальных паттернов поведения у супруги), а суммарные показатели классической аутоагрессии в семье представлены только алкогольной компонентой, при полном отсутствии созависимой.

Можно констатировать, что феномен созависимости, как его понимает большинство исследователей, в подобных браках отсутствует. Действительно, соматическое и психическое состояние супруги в подобных браках совершенно не соответствует описанным в рамках созависимости. Более того, рассматриваемая семейная динамика не имеет общепризнанной стадийности.

Таким образом, можно констатировать, что суицидологические характеристики супругов в семьях с ПОСС наиболее благоприятные. Аутоагрессивные и личностно - психологические профили жён из этих браков практически не отличаются от таковых у женщин, проживающих в «неалкогольных» браках. У них не формируются «классические» созависимые деформации личности.

Аутоагрессивность мужчин из браков с ПОСС можно оценить как самую наименьшую в мужской алкогольной популяции. И если в отношении суицидальных типов реакций мы можем лишь отметить тенденцию к более низким показателям, то в отношении целого ряда несуицидальных аутоагрессивных паттернов, рассматриваемая группа статистически значимо более благоприятна.

Все это, в целом, позволяет говорить о суицидологически наиболее благоприятном срезе МСАЗ, что, однако, не означает необходимости исключения их из поля зрения суицидологической службы. Обнаруживаемая суицидальная активность в группе, в любом случае, остается значимо более весомой, нежели «нормативные» значения среди мужчин вообще. Любопытным, на наш взгляд, моментом является, если так можно выразиться, наиболее легкое течение самой алкогольной зависимости, что, как хорошо известно, так же косвенно может характеризовать аутоагрессивный потенциал личности.

Обобщая все выше изложенное, можно утверждать, что предложенная нами типология браков МСАЗ позволяет по новому взглянуть на динамику семейных отношений в подобных браках, что имеет принципиальное значение для построения высокоэффективных, дифференцированных терапевтических схем в наркологической и суицидологической практиках.

Терапия в данном случае фокусируется только на самом зависимом мужчине и осуществляется в один этап (соответственно, с заключением контракта на лечение алкогольной зависимости).

Литература:

1. Аминов Х.А., Имамов Ш.А., Дусов А. Некоторые данные о связи между личностными особенностями больных хроническим алкоголизмом и характером суицидальных действий // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 27-28.
2. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветстких государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 23-33.
3. Зотов П.Б., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя (на примере Юга Тюменской области) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 41-48.
4. Меринов А.В. Типология семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 14-17.
5. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 3-11.
6. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 336 с.
7. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стрес и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-39.
8. Селедцов А.М., Кокорина Н.П., Москвина Я.В. Депрессивные состояния и суицидальные тенденции в клинике алкоголизма // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 44-45.
9. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – М., 2000. – 20 с.
10. Schuckit M.A. Primary men alcoholics with histories of suicide attempts // J. Stud. Alcohol. – 1986. – Vol. 47, № 1. – P. 78-81.

SUICIDAL AND NARCOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SPOUSES IN FAMILIES OF MEN SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE, WITH PRIMARILY FROM-COVERED FAMILY SYSTEM

A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Russia

In the proposed article narcological, suicidologikal characteristics of spouses from the families where the husband suffers from alcohol addiction, formed within the framework of the model with primary open-family system. It is shown that the spouses in such marriages with respect to these characteristics do not reflect the main trends inherent spouses living in marriages with the remaining two dynamic types of formation of the family system. That is functioning within the "closed" family system. In this paper assessed the representation of autoaggressive patterns and narcological characterization of the spouses, which is crucial for the conduct preventional work and implementation of effective and highly individualised therapeutic interventions.

Keywords: autoaggressive; alcoholism; types of families of patient's dependent of alcohol; marriages with primary open family system.

УДК: 616.89–008.441.44

КОРРЕЛЯТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ю.Е. Разводовский, В.В. Дукорский

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь
Управление по Могилевской области государственной службы медицинских судебных экспертиз, Республика Беларусь, г. Могилев

Контактная информация:
Разводовский Юрий Евгеньевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет». Адрес: Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Горького, 80. Телефон: +375-152-70-18-84, e-mail: razvodovsky@tut.by

Дукорский Владимир Владимирович – заведующий отделением Костюковичского отделения судебно-психиатрических экспертиз Управления по Могилевской области государственной службы медицинских судебных экспертиз. Адрес: 212004, Республика Беларусь, г. Могилев, Витебский проспект, д. 70. Телефон: +375-022-247-31-77, e-mail: dukar84@yandex.by

Изучены социально-эпидемиологические характеристики суицидентов и парасуицидентов мужского пола, страдающих алкогольной зависимостью. Ими оказались: возраст 30-39 лет, среднее образование, безработица, одиночество. Острая алкогольная интоксикация является проксимальным фактором риска суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: корреляты, суицид, парасуицид, мужчины, алкогольная зависимость.

В последние десятилетия во многих странах мира отмечается рост уровня самоубийств [3, 6-8]. Существует несколько возможных причин этой тенденции, включая снижение уровня социальной интеграции, распространенность психических расстройств (в первую очередь депрессии), а также рост уровня злоупотребления алкоголем [1, 4-8, 19]. Успешная стратегия профилактики суицида основывается на идентификации групп риска, на которых и концентрируются основные профилактические усилия [3, 7]. Накопленные за последнее время данные указывают на то, что к группе риска совершения суицида относятся лица, злоупотребляющие алкоголем [1, 10-18]. Многие из них (от 17 до 43%) в течение своей жизни совершали хотя бы одну попытку самоубийства [13, 20]. По данным разных авторов суицид является причиной смерти от 5 до 27% алкоголиков [10, 16].

Согласно результатам исследования, проведенного в Польше, риск самоубийства в течение жизни (life time risk) у мужчин, зависимых от алкоголя, составляет около 10%, что в 7,5 раза выше, чем в общей популяции [9]. В проспективном исследовании, проведённом в Швеции, в котором приняло участие 46490 мужчин, было установлено, что злоупотребление алкоголем повышает риск совершения попытки самоубийства в 27,1 раз, а риск завершенного суицида в 4,7 раза [15]. Результаты аналогичного исследования, проведенного в Норвегии, в котором 40000 мужчин наблюдались на протяжении 40 лет, показали, что относительный риск совершения суицида мужчинами, злоупотребляющими алкоголем в 4,9 раза выше по сравнению с мужчинами, не злоупотребляющими алкоголем [20]. Причем, если для мужчин в возрасте моложе 40 лет относительный риск составил 4,5, то для мужчин старше 40 лет значительно выше – 12,8 [20].

Несмотря на то, что лица, страдающие алкогольной зависимостью, относятся к группе риска совершения суицида, данные относительно социально-эпидемиологических коррелятов их суицидального поведения ограничены. Более того, в литературе отсутствуют данные относительно различий социально-эпидемиологических коррелятов парасуицида и завершенного суицида у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Целью настоящего исследования был сравнительный анализ социально-эпидемиологических характеристик мужчин с «Синдромом зависимости от алкоголя», совершивших попытку самоубийства и завершенный суицид.

Материал и методы.

В исследование было включено 99 случаев самоубийства мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Данные, использованные в настоящей работе, основаны на заключениях судебно-медицинской экспертизы Гомельской области за период с 2003 по 2007 годы. Кроме того, было проведено изучение социально-эпидемиологических характеристик 117 мужчин с синдром зависимости от алкоголя, совершивших суицидальную попытку и госпитализированных в Гомельскую областную клиническую психиатрическую больницу. Данные были взяты из медицинских карт стационарного больного за период с января 2009 по июль 2010 года. Медицинская карта содержит такие сведения о пациенте как пол, возраст, место жительства, способ совершения суицидальной попытки, кратность, наличие либо отсутствие алкогольного опьянения и др. Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета “Statistica”. Различия в частотном распределении внутри признака между группами оценивалась с помощью критерия Фишера.

Результаты и обсуждение.

По данным литературы средний возраст суицидентов, страдавших алкогольной зависимостью, составляет 47 лет [1]. В нашем исследовании средний возраст мужчин, покончивших жизнь самоубийством, составил 40 лет, в то время как средний возраст парасуицидентов составил 32,1 года ($p<0,05$). Наибольшее количество попыток совершения самоубийства, так же как и законченных суицидов, приходится на возраст 30-39 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение суицидентов по возрасту, в %

Возраст, лет	Суициденты	Парасуициденты
18-29	23,2	31,6
30-39	30,3	35,9
40-49	23,2	17,1
50-59	12,1	12,0
60-69	9,2	2,6
70-79	2,0	0,8

Представленные данные частично согласуются с результатами предыдущих исследо-

ваний, авторы которых выделяют два возрастных пика завершенного суицида у лиц, злоупотребляющих алкоголем: 30-39 и 40-49 лет [1, 16].

По уровню образования зависимые от алкоголя суициденты распределились следующим образом: среднее и средне-специальное – 85,9%; неполное среднее – 14,1%. Распределение парасуицидентов с алкогольной зависимостью по уровню образования выглядело следующим образом: неполное среднее образование имели 6,0%; среднее и средне-специальное образование – 88%; высшее образование – 6,0%. Статистически значимых различий по уровню образования между зависимыми от алкоголя парасуицидентами и суицидентами не выявлено. Отсутствие среди суицидентов лиц с высшим образованием может косвенно указывать на протективную роль образования в плане риска совершения самоубийства.

Профессиональная деятельность является ключевым фактором социальной идентичности, а также важной детерминантой психического и физического здоровья, особенно для мужчин [7]. Поэтому потеря работы может стать причиной психосоциального дистресса, повышающего риск суицида. Согласно полученным данным 63,6% суицидентов были безработными, что статистически значимо ($p<0,01$) превышает аналогичный показатель среди парасуицидентов – 46,2%.

В настоящее время главным институтом социализации и основным источником социальной поддержки является семья. Тесные семейные связи, формируя у человека ощущение своей значимости для близких ему людей, создают протективное окружение. Именно поэтому у разведённых и овдовевших риск суицида в 3-4 раза выше [3, 7]. Распад семьи ассоциируется с психосоциальным стрессом, который может способствовать актуализации аутодеструктивных тенденций. Полученные нами данные говорят о том, что 43,4% суицидентов и 33,3% парасуицидентов не состояли в браке ($p<0,05$).

Лица, злоупотребляющие алкоголем, довольно часто сообщают о своих намерениях покончить жизнь самоубийством [3]. Принято считать, что четкие, повторные высказывания суицидальных намерений в трезвом состоянии вне актуальной конфликтной ситуации указывают на высокий риск суицида [7]. Согласно нашим наблюдениям 39,4% зависимых от алкоголя суицидентов и 0,85% парасуицидентов высказывали суицидальные намерения накануне совершения суицида / парасуицида ($p<0,001$). Представленные данные согласуются с результатами предыдущих исследований, согласно которым алкоголики часто сообщают о своих намерениях накануне совершения суицида [3]. В отличие от суицидентов, парасуициденты не склонны раскрывать свои суицидальные намерения.

Выбор метода самоубийства определяется такими факторами как культуральная приемлемость, доступность средств совершения суицида, серьезность суицидальных интенций [7]. Метод суицида в значительной мере предопределяет последствия суицидального акта. Такие методы как использование огнестрельного оружия, утопление и повешение, как правило, ассоциируются с завершенным суицидом, в то время как менее летальные методы (использование холодного оружия, самоотравление) характерны для парасуицида [3]. Различия в выборе метода суицида в какой-то степени объясняют парадокс, заключающийся в том, что в большинстве стран мира уровень суицидов выше среди мужчин, несмотря на то, что женщины значительно чаще совершают суицидальные попытки [7]. Согласно результатам настоящего исследования 94,9% мужчин, зависимых от алкоголя, совершили самоубийство путем самоповешения, в то время как для совершения суицидальной попытки мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, чаще использовали холодное оружие (51,3%; $p<0,001$).

Основными мотивами совершения самоубийства мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью, были: одиночество (47,5%), семейный конфликт / ссора с интимным партнером (25,3%) и тяжелое соматическое заболевание (13,1%). Основными мотивами совершения парасуицида мужчинами с алкогольной зависимостью были семейный конфликт / ссора с интимным партнером (42,7%), обманы восприятия (13,7%). Представленные данные говорят о том, что семейный конфликт является основным мотивом суицидального поведения у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Хотя стрессогенные жизненные события являются универсальным фактором риска суицида, межличностные конфликты, в особенности разрыв партнерских отношений, значительно повышают вероятность суицида у

алкоголиков [14]. Повышенная агрессивность и импульсивность, являющиеся обычными характеристиками алкоголиков с длительным стажем, провоцируют межличностные конфликты, в результате чего происходит разрыв партнерских взаимоотношений, что, в свою очередь, вызывает дистресс и реактивную агрессию, которые повышают риск суицида. В этих условиях суицидальный акт как проявление агрессии по отношению к самому себе наиболее вероятен у лиц с негативным аффектом и чувством безнадежности [11]. Следует отметить, что значительная часть парасуицидентов-алкоголиков руководствовались в своих действиях галлюцинаторно-бредовыми переживаниями.

Острая алкогольная интоксикация может являться триггером суицидального поведения, провоцируя депрессивные мысли, повышая агрессивность и импульсивность [1, 5, 10]. В свою очередь, повышенная агрессивность и импульсивность провоцирует семейный конфликт и разрыв партнерских взаимоотношений, что является наиболее частым мотивом совершения суицида [2, 11]. Кроме того, в критической ситуации алкогольная интоксикация нарушает когнитивные функции, сужая фокус внимания на психотравмирующей ситуации и тормозя генерирование эффективных копинг-стратегий профилактики психосоциального дистресса [2, 12]. Алкоголь в крови был обнаружен у 84,8% мужчин, совершивших суицид и у 70,1% мужчин, совершивших суицидальную попытку ($p<0,05$). Наиболее высокий удельный вес САК-позитивных самоубийств среди зависимых от алкоголя мужчин отмечается в возрастной группе 30-39 лет (93,3%), в то время как наиболее высокий удельный вес САК-позитивных парасуицидов отмечается в возрастной группе 18-29 лет (91,9%), (табл. 2).

Таблица 2

Удельный вес САК-позитивных суицидентов в разных возрастных группах, в %

Возраст	Суициденты	Парасуициденты
18-29	82,6	91,9
30-39	93,3	57,1
40-49	82,6	65,0
50-59	91,7	71,4
60-69	66,7	33,3
70-79	--	0

Согласно представленным данным подавляющее большинство зависимых от алкоголя мужчин совершают попытку самоубийства, а также завершенный суицид в состоянии алкогольного опьянения. Эти данные косвенно указывают на то, что мужчины, зависимые от алкоголя, как правило, совершают парасуицид, либо завершенный суицид в состоянии алкогольной интоксикации, а не на фоне абстинентного синдрома, когда выраженность тревожно-депрессивных переживаний максимальна. По всей видимости, в этой ситуации острая алкогольная интоксикация играет роль проксимального фактора риска, то есть непосредственного триггера суицида.

Некоторые исследователи указывают на недостаточную и несвоевременную диагностику психических и поведенческих расстройств как фактора риска суицидальной активности [3]. В нашем случае на учете у психиатра состояло 4,0% мужчин, совершивших самоубийство, и 8,6% мужчин, предпринявших попытку суицида. На учете у нарколога состояло 3,0% суицидентов и 24,0% парасуицидентов, что свидетельствует о недостаточной диагностике алкогольных проблем как фактора риска суицидального поведения.

Таким образом, социально - эпидемиологическими коррелятами суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, являются: возраст 30-39 лет, среднее образование, безработица, одиночество. Острая алкогольная интоксикация является проксимальным фактором риска суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Выявлены некоторые различия в социально-эпидемиологических характеристиках парасуицидентов и суицидентов, страдающих алкогольной зависимостью. В частности, суициденты были старше, чаще были безработными, не имели семьи, чаще на момент суицидального акта находились в состоянии алкогольного опьянения.

Большая распространенность коррелятов социальной дезадаптации среди суицидентов, по всей видимости, обусловливает предпочтение ими более летального способа совершения суицидального акта. Представленные в настоящей работе данные также косвенно указывают на то, что тяжесть алкогольной зависимости более выражена у мужчин, совершивших суицид по сравнению с парасуицидентами.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме: Методические рекомендации. – М., 1980. – 16 с.
2. Бисалиев Р.В. Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 57-69.
3. Вассерман Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. – М., 2005. – 288 с.
4. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2004. – № 2. – С. 48-52.
5. Разводовский Ю.Е. Дукорский В.В. Острая алкогольная интоксикация как фактор риска суицида // Психиатрия. – 2008. – № 2. – С. 16-19.
6. Разводовский, Ю.Е. Суициды среди городских и сельских мужчин Беларуси // Психиатрия. – 2010. – № 1. – С. 13-19.
7. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги. 2006. – С. 470.
8. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research // Am. J. Med. Genet. – 2005. – Vol. 133. – P. 8-12.
9. Brodniak W.A., Wojtowicz S. Psychosocial correlates of suicidal behavior in alcohol dependent persons. A pilot study // Arch. Psychiatry Psychotherapy. – 2002. – Vol. 4. – P. 43-51.
10. Cherpitel C.J., Borges L.G., Wilcox H.C. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2004. – Vol. 28, № 5. – P. 18-28.
11. Conner K., Duberstein P.R. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration // Alcohol: Clinical and Experimental Research. – 2004. – Vol. 28, № 5. – P. 6-17.
12. Frances R.J., Franklin J., Flavin D.K. Suicide and Alcoholism // Am. J. of Drug and Alcohol Abuse. – 1987. – Vol. 13, № 3. – P. 327-341.
13. Hesselbrock M., Hesselbrock V., Syzmanski K. et al. Suicide attempts and alcoholism // J. Stud. Alcohol. – 1988. – Vol. 49. – P. 436–442.
14. Hufford M.R. Alcohol and suicidal behavior // Clin. Psychol. Rev. – 2001. – Vol. 21. – P. 797-811.
15. Pircola S.P., Isometsa E.T., Hikkinen M., Lonnqvist J. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in nationwide population // Alcohol & Alcoholism. – 2000. – Vol. 35. – P. 70-75.
16. Pompili M. Serafini G, Innamorati M. et al. Suicidal behavior and alcohol abuse // International J. Research Public Health. – 2010. – Vol. 7. – P. 1392-1431.
17. Razvodovsky Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus, 1970 and 2005 // Crisis. – 2007. – Vol. 28, № 2. – P. 61-66.
18. Razvodovsky Y.E., Stickley A. Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990-2005 // Public Health. – 2009. – Vol. 123. – P. 120-126.
19. Razvodovsky Y.E. The association between the level of alcohol consumption per capita and suicide rate: results of time-series analysis // Alcoholism. – 2001. – Vol. 2. – P. 35-43.
20. Rossow I., Romelsjo A., Leifman H. Alcohol abuser and suicidal behavior in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide // Addiction. – 1999. – Vol. 94. – P. 1199-1209.
21. Roy A., Lamparski D., DeJong J., Moore V., Linnoila M. Characteristics of alcoholics who attempted suicide // Am. J. of Psychiatry. – 1990. – Vol. 147, № 6. – P. 761-765.

CORRELATES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF ALCOHOL DEPENDENT MALES

Y.E. Razvodovsky, V.V. Dukorsky

Socio-epidemiologic correlates of suicide and parasuicide of alcohol dependent males were examined. They are: age 30-39, secondary education, unemployment, singleness. Acute alcohol intoxication is the proximal risk factor of suicidal behavior among alcohol dependent males.

Keywords: correlates, suicide, parasuicide, males, alcohol dependence.

УДК: 616.89–008.44

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ ПОКУШЕНИЕ НА САМОУБИЙСТВО

Б.С. Положий, Е.А. Панченко, А.Д. Посвянская, В.С. Фритлинский

ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 119992, г. Москва, ГСП-2, Кропоткинский пер., д. 23. Телефон: (906) 776-24-68, e-mail: pbs.moscow@gmail.com

Панченко Евгения Анатольевна – доктор медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 119992, г. Москва, ГСП-2, Кропоткинский пер., д. 23.

Посвянская Анна Дмитриевна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: научный сотрудник Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 119992, г. Москва, ГСП-2, Кропоткинский пер., д. 23.

Фритлинский Владимир Семенович – кандидат философских наук, доцент. Место работы и должность: старший научный сотрудник Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 119992, г. Москва, ГСП-2, Кропоткинский пер., д. 23.

Депрессивные расстройства отличаются наибольшим риском возникновения суицидального поведения среди всех психических заболеваний. Объектом исследования послужили 102 человека, поступившие в Московскую городскую клиническую психиатрическую больницу №13 по поводу совершенной суицидальной попытки, у которых были диагностированы депрессивные расстройства. Установлены социодемографические, социокультуральные, биологические и клинические характеристики данной группы пациентов. Полученные данные позволили разработать дифференцированные программы профилактики суицидального поведения, в том числе предупреждения повторных суицидальных действий, у больных с депрессивными расстройствами.

Ключевые слова: суицидальные попытки, депрессивные расстройства, факторы суицидального риска, дифференцированная профилактика суицидального поведения.

В настоящее время повышенный интерес исследователей к депрессивным расстройствам связан с прогрессирующим ростом числа больных этими заболеваниями и их высокой суицидальной опасностью [2, 6]. По данным литературы, риск самоубийства у лиц с депрессиями в 30 раз выше, чем в общей популяции [8], а 60% от общего количества покончивших с собой людей страдали депрессией [9]. Исходя из этого, изучение суицидентов, страдающих депрессивными расстройствами, дает возможность расширить наши представления о причинах возникновения и динамике суицидального поведения, определить его клинические и социальные детерминанты, что позволит создать объективную базу для разработки дифференцированных превентивных программ.

Целью настоящего исследования явилось определение клинических и социо - культуральных характеристик суицидентов с депрессивными расстройствами и разработка на этой основе методов предупреждения суицидов.

Материал и методы.

Объектом исследования послужили 102 человека с депрессивными расстройствами, поступившие в Московскую городскую клиническую психиатрическую больницу №13 вследствие совершенной суицидальной попытки. Среди них 36 мужчин и 66 женщин в возрасте от 19 до 70 лет. Отбор пациентов носил безвыборочный характер, а в их число вошли не только больные, с ранее установленными депрессивными расстройствами, но и лица, не имевшие на момент совершения суицида контактов с психиатрическими службами.

В качестве инструмента исследования была использована специально разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского «Карта суицидологического обследования», предназначенная для проведения комплексного изучения суицидального поведения, и включающая в себя социодемографический, социокультуральный, клинический разделы, а также интенционные характеристики суицидального поведения и описание применявшихся интервенционных и постинтервенционных воздействий.

Для выполнения поставленных в работе задач применялись следующие методы исследования: клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико - психологический, клинико-социальный, математико-статистический.

Клиническая оценка психических расстройств осуществлялась по диагностическим критериям МКБ-10. Дополнительными источниками информации явились беседы с родными и близкими суицидентов, а также имеющаяся медицинская документация (предыдущие истории болезни и амбулаторные карты пациентов из общемедицинских и психиатрических учреждений). Анализ и обобщение сведений, полученных из перечисленных источников, позволили получить достаточно достоверные сведения об особенностях суицидогенеза у каждого конкретного пациента. В целом информация, полученная при сборе первичных данных, в объёме, определённом программой исследования, обеспечила возможность количественного учёта результатов и последующих статистических обобщений.

Результаты и обсуждение.

Изучение социодемографических характеристик суицидентов с депрессивными расстройствами показало, что среди них соотношение мужчин и женщин составило пропорцию 1:1,8. Оно существенно отличается от традиционно приводимых в литературе – 1:4 [10] – и может указывать либо на особенности по-

лового распределения суицидальных попыток среди больных с депрессивными расстройствами, либо на увеличение числа мужчин, совершающих покушение на самоубийство.

Практически половина всех обследованных (n=52; 50,9%) находились в молодом трудоспособном возрасте – от 29 до 39 лет. Это свидетельствует не только о значительном моральном, но и большом материальном ущербе, наносимом обществу незавершенными суицидами. Несмотря на значительное преобладание лиц рабочего возраста среди суицидентов, постоянную профессиональную занятость имели лишь немногим более половины из них – 52,9%, а 32,4% были безработными. Доля пенсионеров среди суицидентов составила 14,7%.

Более половины суицидентов с депрессивными расстройствами (n=55; 53,9%) сообщили о негативном влиянии на их состояние неблагоприятных *макросоциальных* факторов. При этом практически во всех случаях имело место *сочетанное воздействие* нескольких таких факторов. Наиболее распространенным среди них (более одной трети всех случаев – 34,9%) был низкий уровень доходов, что вызывало неудовлетворенность и неуверенность в завтрашнем дне. Этому сопутствовало тревожное беспокойство остаться без средств к существованию вследствие неопределённости в своей профессиональной деятельности – 33,3% случаев, а также в будущем себя и своих близких – 24,7%. Меньшая доля обследуемых (15,7%) находились в ситуации, связанной с возможной потерей работы.

Наиболее часто их переживания были вызваны опасениями, связанными с последующим трудоустройством, так как в большинстве случаев они были бы вынуждены продолжать трудовую деятельность со снижением социального статуса. В особой степени это прослеживалось у мужчин. В 10,2% случаев пациенты были не удовлетворены условиями труда. В этой группе, напротив, чаще встречались женщины – 13,8% против 6,1% среди мужчин. Они сообщали о необходимости трудиться на производствах, имеющих профессиональные вредности, что приводило к соматическому неблагополучию и, в свою очередь, усиливало депрессивные переживания. В 9,7% случаев (мужчины – 10,2%, женщины – 9,3%) негативное воздействие оказывала невозможность выполнять свои кредитные обязательства.

Большое значение в генезе суицидального поведения имеют *микросоциальные* факторы. Установлено, что большинство суицидентов с депрессивными расстройствами испытывали дезадаптацию в своем микросоциальном окружении. В частности, важное место в формировании суицидального поведения занимал неблагоприятный характер межличностных, в том числе, семейных отношений. В браке (официальном или гражданском) состояли лишь немногим более половины суицидентов с депрессивными расстройствами – 55,9% (n=57). Это подтверждает мнение исследователей, расценивающих одиночество как важный фактор суицидального риска [1, 11]. В свою очередь, среди 45 суицидентов, имеющих собственные семьи, лишь 17 человек (37,8%) характеризовали взаимоотношения в ней как гармоничные и доброжелательные. Как правило, это были лица с критическим отношением к своим действиям в постсуицидальный период. Многие из них испытывали выраженное чувство вины и стыда перед семьей из-за совершённого поступка. Вместе с тем, здесь нельзя полностью исключить определенную идеализацию их оценки семейных отношений, связанную с особенностями постсуицида.

Изучение социокультуральных характеристик суицидентов с депрессивными расстройствами позволило выявить ряд особенностей. Ещё в конце XIX века Э. Дюркгейм [3] отмечал, что совершение самоубийства существенно зависит от наличия либо отсутствия религиозных убеждений. Это подтверждается и современными исследованиями, согласно которым атеистический тип мировоззрения может быть фактором риска развития суицидального поведения [4]. В нашем исследовании среди суицидентов была установлена высокая доля лиц, считающих себя верующими – 71,6% (n=73). Однако для большинства из них формой верования было обращение к религии лишь в критических жизненных ситуациях. Таким образом, оно носило характер своеобразной психологической защиты, не будучи покрепленной глубокими нравственными убеждениями. Естественно, что у таких лиц религия не могла выполнять роль антисуицидального фактора и не оказывала сдерживающего влияния на принятие решения о самоубийстве.

Учитывая особое значение для развития личности воспитания в родительской семье, изучена его роль. Установлено, что почти половина из них (45,4%) формировались в условиях патологического воспитания с преобладанием стратегии жёсткого подчинения старшим, беспрекословного соблюдения их требований, сопровождавшихся наказаниями и запретами. В результате, авторитарное воспитание в родительской семье деформировало психику ребён-

ка, развивало у него повышенную психологическую уязвимость и низкую стрессоустойчивость.

Особое внимание обращает на себя большое количество лиц с депрессивными расстройствами, находившихся до совершения покушения на самоубийство вне поля зрения психиатров – 75,5% (n=77). Как правило, они объясняли это своей недостаточной информированностью о сфере деятельности врачей данного профиля, а также наличием своеобразного психологического барьера перед обращением в психиатрическое учреждение.

Клинический анализ депрессивных расстройств у суицидентов показал, что среди них преобладали депрессивный эпизод (n=54; 52,9%) и рекуррентное депрессивное расстройство (n=39; 38,2%). Значительно меньшие доли занимали биполярное аффективное расстройство – 7 случаев (6,9%) и дистимия – 2 случая (2 %).

Депрессивный эпизод на момент совершения суицидальных действий в большинстве наблюдений (n=45; 83,3%) носил характер тяжелого без психотических симптомов, а в 16,7% – тяжелого с психотической симптоматикой. Из анамнеза следовало, что в начале заболевания проявления впервые возникшей депрессии носили умеренный по тяжести характер и достигали тяжелого уровня незадолго до совершения суицидальной попытки.

Основными симптомами у пациентов с депрессивным эпизодом были признаки снижения настроения за несколько месяцев до совершения суицидальной попытки. При этом указать на какие-либо причины подобного состояния смогли только 18 из них (40%). Остальные просто отмечали снижение прежних интересов и увлечений. Около трети пациентов жаловались на то, что перестали справляться с повседневными нагрузками, что влекло за собой снижение работоспособности и негативно сказывалось на качестве труда. Как правило, больные не связывали ухудшение настроения со своим психическим состоянием и пытались объяснить его необоснованно растущими требованиями и недоброжелательным отношением со стороны окружающих. Большинство пациентов (n=35; 77,8%) в подобной ситуации пытались все-таки справиться с нагрузками, «взять себя в руки». Однако это приводило к астенизации и еще большему ухудшению настроения, появлению нарушений сна, ухудшению аппетита, резкому снижению жизненного тонуса в целом. Постепенно стали появляться самоуничижительные мысли о собственной неспособности быть «нормальным, полноценным» человеком, что закономерно приводило к появлению суицидальных мыслей, а затем и намерений.

Установлено, что по ходу течения депрессивного эпизода только 5 человек (11,1% от общего числа будущих суицидентов с этим расстройством) пытались обратиться к врачам (как правило, общего профиля). Остальные искали помощь у близких, но чаще всего не находили поддержки, так как ближайшее окружение воспринимало их жалобы как «неуместные», «непонятные», «капризные». Наиболее неблагоприятно, с точки зрения суицидального прогноза, протекал депрессивный эпизод с апатическим компонентом – как правило, эти пациенты ни с кем не делились своими болезненными переживаниями, в то время как суицидальные мысли у них возникали достаточно быстро уже после первых проявлений депрессии и принимали хронический характер.

Механизмы возникновения и течения суицидального поведения при *рекуррентном депрессивном расстройстве* в целом соответствовали таковым при депрессивном эпизоде. Однако имелось и существенное отличие – поскольку в данном случае депрессивный эпизод был не первым, то и суицидальные намерения оказывались более оформленными и продуманными. У некоторых пациентов уже имелся опыт суицидальных попыток, что значительно увеличивало риск их повторения. Кроме того, некоторые больные, страдая приступами депрессий длительное время, были склонны диссимулировать свои суицидальные переживания. Таким образом, данная группа пациентов была потенциально более суицидоопасной.

Клинические проявления *биполярного аффективного расстройства* характеризовались глубокой депрессией без психотических симптомов. Все такие больные ранее уже длительное время наблюдались у психиатра. Суицидальные тенденции у большинства из них имели рецидивирующий характер. У части таких пациентов суицидальная попытка была вызвана переживаниями по поводу неизлечимого психического заболевания и отсутствием в связи с этим перспектив «нормальной» жизни.

Пациенты с хроническим депрессивным расстройством (дистимией) сообщали о глубоком чувстве обиды, вызванным непониманием их состояния своим ближайшим окружением. Ранее они неоднократно угрожали попыткой самоубийства, однако близкие не принимали их слова всерьез. Объективно депрессия не носила тяжелого характера, тем не менее, она

приводила к появлению суицидальных намерений, что еще раз доказывает необходимость крайне внимательного отношения к любым суицидальным переживаниям, высказываемым пациентами, вне зависимости от тяжести их заболевания.

Исследование позволило выделить биологические, социокультуральные и клинические факторы, способствующие совершению суицидальных попыток больными с депрессивными расстройствами. К *биологическим* факторам можно отнести принадлежность к женскому полу, а также молодой и зрелый работоспособный возраст (20-39 лет). Среди *социокультуральных* факторов следует выделить патологическое (преимущественно авторитарное) воспитание в родительской семье, отсутствие трудовой занятости, в том числе и обусловленное безработицей; воздействие неблагоприятных макросоциальных факторов, микросоциальное неблагополучие (деструктивные отношения в собственной семье, либо ее отсутствие), отсутствие нравственных (духовных) установок как связанных, так и не связанных с религиозными убеждениями. К наиболее значимым *клиническим* факторам относятся длительность и тяжесть депрессивных расстройств, что связано с крайне низким уровнем их выявления и отсутствием своевременной специализированной помощи. В свою очередь, это обусловлено недостаточной информированностью населения о проблемах психического здоровья и специалистах, оказывающих соответствующую помощь, наличием у многих людей психологического барьера перед обращением к психиатру, недостаточными психиатрическими знаниями врачей общесоматической сети, куда первоначально обращается большинство пациентов с депрессивными расстройствами.

Несмотря на суицидогенное влияние депрессии как таковой, непосредственным стимулом к совершению суицидальных действий служит стрессовая, психогенно травмирующая ситуация. По интенсивности стресс чаще всего является хроническим, протрагированным. По нашим данным в 67,6% случаев (n=69) стрессовая ситуация возникала в личной и семейно-бытовой сферах жизни пациентов.

Переходя к вопросам предупреждения суицидального поведения у больных с депрессивными расстройствами, следует заметить, что с этой целью нами использовалась новые дефиниции профилактики ВОЗ, включающие в себя ее универсальную, селективную и индикативную формы и дополненные нами антикризисной формой [5].

Универсальная профилактика, направленная на общую популяцию в целом, должна начинаться в раннем детском возрасте с организации правильного воспитания в родительской семье. В его основу должна быть положена стратегия формирования гармоничной, духовной, самостоятельной и самодостаточной личности. Другими важными направлениями являются: активное и регулярное сотрудничество специалистов в области психического здоровья со всеми средствами массовой информации, формирование в населении мотиваций и установок на ведение здорового образа жизни, активное просвещение различных возрастных и социально-профессиональных групп населения в отношении психического здоровья, а также поведенческих проявлений депрессии и суицидального поведения; представление телефонов и адресов служб экстренной медико-психологической помощи, работа с населением по преодолению психологического барьера перед обращением за психиатрической помощью, повышение уровня психиатрических знаний у врачей общемедицинской сети по раннему выявлению депрессивных и иных суицидоопасных расстройств.

Антикризисная профилактика осуществляется в пресуицидальный и ближайший постсуицидальный периоды. Ее задачами являются предупреждение реализации суицидальных намерений (собственно суицидальных действий) в пресуицидальный период и купирование суицидальных намерений у лиц, совершивших незавершенное самоубийство, в ближайший постсуицидальный период. Для суицидентов с установленными депрессивными расстройствами это предполагает проведение интенсивной антидепрессивной фармакотерапии в комплексе с кризисной психотерапией [7]. Данная форма профилактики должна осуществляться в стационарных условиях.

Индикативная профилактика направлена на предупреждение рецидива суицидального поведения и повторных суицидальных действий. Этот вид профилактики начинается в отдаленный постсуицидальный период и должен продолжаться не менее одного года после совершенного покушения на самоубийство. Основными формами индикативной профилактики являются: динамическое наблюдение (а при наличии клинических показаний и лечение) суицидента по поводу депрессивного расстройства, психотерапевтическая работа по укреплению антисуицидального барьера личности пациента, а также психокоррекционная работа с его ближайшим микросоциальным окружением.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Социальные и клинико - психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 4 – С. 26-38.
2. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Новосибирск, 2003. – 20 с.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство (социологический этюд). – СПб.: Союз, 1998. – 496 с.
4. Никаноров А.И. Клинико-мотивационный анализ суицидального поведения (клинический и социально-психологический аспекты): Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Новосибирск, 1999. – 16 с.
5. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированные подходы к профилактике суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 41-45.
6. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – 2-е изд. – М.: МИА, 2009. – 544 с.
7. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
8. Goldney R.D. Suicide Prevention. – Oxford University Press, 2008. – 256 p.
9. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. 2-nd ed. – Beacon: Hill Press, 1988. – 457 p.
10. Kessler R.S., Borges G., Walters E.E. Prevalence and risk factors for Lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. – 1999. – Vol. 55. – P. 617-626.
11. Suominen K.H., Isometsa E.T., Henriksson M.M. Suicide attempts and personality disorder // Acta. Psychiatr. Scand. – 2000. –Vol. 102. – P. 118-125.

CLINICAL AND SOCIO-CULTURAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS WHO HAVE COMMITTED SUICIDE ATTEMPTS

B.S. Polozhy, Ye.A. Panchenko, A.D. Posvyanskaya, V.S. Fritlinsky

Serbsky V.P. National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

Depressive disorders have the highest risk of suicidal behavior among all mental illnesses. The object of the study were 102 people enrolled in the Moscow City Clinical psychiatric hospital number 13 about suicide attempts, who were diagnosed depressive disorders. Are installed sociodemographic, socio-cultural, biological and clinical characteristics of this group of patients. The data obtained allowed to develop differentiated prevention programs of suicidal behavior, including prevention of repeated suicidal acts in patients with depressive disorders.

Keywords: suicide attempts, depressive disorders, suicide risk factors, differentiated prevention of suicidal behavior.

УДК: 316.624.2

РАСПРОСТРАНЕНИЕ «СУИЦИДАЛЬНОГО КОНТЕНТА» В КИБЕРПРОСТРАНСТВЕ РУССКОЯЗЫЧНОГО ИНТЕРНЕТА КАК ПРОБЛЕМА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Н.Ю. Демдоуми, Ю.П. Денисов

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Омск, Россия

Контактная информация:
Демдоуми Нелли Юрьевна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: декан педиатрического факультета, заведующая кафедрой Госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12. Телефон: (3812) 23-19-39, e-mail: chernozubova@rambler.ru

Денисов Юрий Петрович – кандидат политических наук. Место работы и должность: заместитель декана педиатрического факультета, старший преподаватель кафедры Истории Отечества и экономики ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12. Телефон: (904) 322-28-01, e-mail: yurden1984@yandex.ru

В статье проводится анализ распространения в русскоязычном сегменте Интернета материалов, содержащих информацию о суициде как мультидисциплинарной проблемы. Авторы анализируют разнообразный круг специальной литературы, посвящённой феномену самоубийства. Также в статье приводятся результаты проведённого авторами исследования коммуникативного пространства русскоязычных социальных сетей и поисковых сетей. Обозначенная проблема рассматривается: в контексте киберсоциализации личности в условиях «infomoderniti» как пространства социального взаимодействия; в контексте развития в Интернете девиантных субкультур и их негативного влияния на усвоение молодёжью норм, ценностей и образцов поведения; в контексте полидетерминированности здоровья человека в современном мире.

Ключевые слова: мультидисциплинарные исследования, суицид, виртуальность, интернет-коммуникация, киберсоциализация.

Суицид относится к числу наиболее мультидисциплинарных проблем мировой науки. Внимание к феномену суицида прослеживается ещё в трудах Платона [23], Л.А. Сенеки [31], М. Монтеня [18], Д. Юма [42], А. Шопенгауэра [40] и др. Основа для научного осмысления суицидальной проблематики была заложена в социально-философских работах Э. Дюркгейма [10], З. Фрейда [17], А. Камю [14], Н.А. Бердяева [1], И.А. Сикорского [32], П.А. Сорокина [34] и др.

В настоящее время накоплен огромный массив социологической, медицинской, психологической, философской, исторической, юридической литературы, рассматривающей проблематику самоубийства [26, 37, 38].

Для современного российского общества проблема суицида обрела особую остроту в 1994 году. Россия на тот момент вышла на второе место в мире по числу самоубийств, теряя более 60000 человек, добровольно расстающихся с жизнью [11, 39]. В наши дни ситуация в стране, безусловно, выглядит не столь катастрофически, однако остаётся сложной. В 2012 году, согласно данным Росстата, от самоубийств в России погибло 29735 человек [9].

Некоторые исследователи считают, что уровень зарегистрированных суицидов оказывается заниженным в результате преобладающих социальных или религиозных взглядов на самоубийство [43]. Много вопросов так же возникает и о своевременной диагностике суицидального поведения, выявления потенциально суицидоопасного контингента. Так, по данным D. Brauser [45] 38% взрослых американцев, покончивших с собой, посещали врача в месяце, предшествовавшем самоубийству, и 90% совершивших суицид несовершеннолетних граждан посещали врача в течение года.

Особенно остро сегодня стоит проблема детских и подростковых суицидов [46, 48, 50]. Приблизительно 16,9% подростков в возрасте 13 лет серьёзно рассматривают попытки самоубийства, 16,5% – разрабатывает план самоубийства, а 8,5% – осуществляют попытки самоубийства [41]. Среди ключевых факторов, приводящих человека к самоубийству, называют стресс [47], перфекционизм [51], доступность огнестрельного оружия [46] и др.

Вместе с тем представляется очевидным, что к суициду приводит сложный и многомерный комплекс факторов. Когда речь идёт о суициде среди детей и молодёжи, немаловажную роль в числе таких факторов играет воздействие Интернета. Более того, с точки зрения некоторых англоязычных исследователей [49], подробный анализ использования пациентом Интернета должен быть включен в клиническую оценку угрозы совершения молодыми людьми самоповреждений и самоубийства. По мнению авторов, воздействие Других является ведущим фактором риска в процессе принятия молодым человеком решения о нанесении вреда самому себе, и очень вероятно, что такое воздействие может произойти через Интернет.

В отечественной научной литературе проблема влияния Интернета на суицидальное поведение молодёжи также находит свое отражение. В частности, в 2006 г. о разнообразии интернет-ресурсов суицидальной тематики «на виртуальных русскоязычных просторах» писала петербургский психолог А.Ю. Сазонова: «… На одних общаются семь-десять человек, на других – сотни. Одни сделаны с профессиональным вкусом и размахом, включают в себя библиотеку, изобразительный ряд, музыкальные записи. Другие представляют из себя один форум, или чат (живое общение)» [29]. По сути, ту же ситуацию описывает и культуролог И.Л. Полотовская: «За окном XXI век, мы «гуляем» в интернете: на слово (поисковый образ) «суицид» находим чуть ли не два миллиона сайтов…» [25]. В.Л. Силаева [33], анализируя гуманитарное наследие по подмене реальности в искусстве, выдвигает гипотезу суицидальной зависимости от масштабности распространения виртуальной среды искусства.

В 2010-е гг. проблема влияния интернет-пространства на рост числа суицидов среди детей и молодёжи активно обсуждается и в российском социально-политическом дискурсе. В частности, 14 марта 2013 г. бывший на тот момент главой Роспотребнадзора Г.Г. Онищенко в одном из своих интервью заявил, что за последние годы число детских суицидов и попыток самоубийств в России увеличилось на 37%. По данным Главного санитарного врача страны, сегодня Российская Федерация занимает первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков, и шестое место в мире по числу суицидов среди всех возрастов. Вместе с тем он отметил, что рост числа самоубийств является частью длительной общемировой тенденции. По данным Г.Г. Онищенко, «за последние 50 лет количество самоубийств в мире выросло приблизительно на 60 процентов». В этом контексте Главный санитарный врач РФ обратил особое внимание на то, что зачастую суициды провоцирует Интернет [15].

В пресс-релизе, вышедшем несколькими днями раньше заявления Г.Г. Онищенко, 11 марта 2013 г., фактически уже была сформули-

рована проблема влияния Интернета на рост числа самоубийств среди подростков. Кроме того, в нём подчёркивалось, что «владельцы некоторых, наиболее популярных и известных сайтов в сети Интернет не желают признавать проблему суицидов из-за содержащейся на сайтах информации о способах и призывах к самоубийству» и даже «сознательно препятствуют деятельности органов государственной власти по устранению информации, распространение которой в Российской Федерации запрещено» [19]. По этой причине Роспотребнадзор запланировал создание рейтинга интернет-ресурсов, «продолжающих распространение вредоносного контента».

2 апреля 2013 г. на сайте Роспотребнадзора появился ещё один пресс-релиз. В нем подводились итоги анализа 1669 сайтов «на предмет содержания в них информации, о способах самоубийства, либо призывов к совершению самоубийства». В результате проведённого анализа было принято «более 1544 решений, являющихся основанием для включения их в Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно - телекоммуникационной сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено» [20].

Обсуждение Роспотребнадзором суицидальной тематики вызвала интенсивную реакцию в медиа-дискурсе [3, 5, 22, 27, 28, 44]. При этом стоит отметить, что актуализация Роспотребнадзором проблемы воздействия киберпространства на суицидальное поведение детей и молодёжи произошло уже после того, как был принят специальный нормативный акт, направленный на пресечение распространения в Интернете вредоносной информации. 30 июля 2012 г. вступил в силу Федеральный закон Российской Федерации от 28 июля 2012 г. № 139-ФЗ, согласно которому был создан «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено» [35]. Согласно данному Закону основанием для включения в названный реестр электронного ресурса, в частности, является содержание на нём информации о способах совершения самоубийства, а также призывов к совершению самоубийства. Закон № 139-ФЗ действует и на данный момент [36]. В рамках его исполнения целый ряд интернет-ресурсов был заблокирован. Однако проблема распространения «суицидального контента» в киберпространстве Рунета отнюдь не утратила актуальности. Это было подтверждено нами в 2013 г. исследованиями русскоязычного сегмента глобального виртуального пространства [6, 7, 8]. В частности, в ходе наших исследований мы обратились к анализу наиболее популярных в Рунете социальных сетей и поисковых систем. Социальные сети были отобраны нами для анализа на основе данных Всероссийского центра исследований общественного мнения. Самыми популярными социальными сетями Рунета, по данным ВЦИОМ, остаются «Одноклассники» (ими пользуются 73% пользователей интернета) и «Вконтакте» (62%). Третье место по популярности занимает сеть «Мой мир», популярность которой существенно выросла (с 22 до 31%).

В сети «Одноклассники» 24 апреля 2013 г. по запросу «суицид» нами было обнаружено 146 пользователей и 55 групп. Аналогичный запрос в поисковой строке социальной сети «Вконтакте» на ту же дату выдал: 9014 видеофайлов, 43462 аудиозаписи, 1330 сообществ, 47 пользователей с «никами», содержащими слово «суицид», 453910 записей, содержащих слово «суицид». В социальной сети «Мой мир» в ответ на тот же запрос 24 апреля 2013 г. было получено: 28 человек, 20 групп, 243 аудиофайла, 145 видеофайлов, выложенных пользователями, 435 фотографий.

Вместе с тем нами было отмечено, что отнюдь не весь контент социальных сетей, вошедший в приведённые выше цифры, представляет собой материалы, непосредственно направленные на пропаганду суицида. Напротив, большая часть контента состояла из сообществ и групп, которые в качестве своих целей провозглашают «борьбу с суицидом», или «помощь людям, страдающим от депрессии и склонным к суициду». В «Одноклассниках» из 55 групп, проанализированных нами в апреле 2013 года, 3 группы были закрытыми и 52 открытыми. Из 52 открытых групп 40 позиционировали себя как сообщества, противостоящие суициду. Шесть групп ставили своей целью объединение пользователей, интересующихся определёнными направлениями в музыке. И лишь 6 групп представляли собой группы, в которых давалась положительная оценка суициду.

Кардинально противоположная ситуация была зафиксирована в социальной сети «Мой мир». Из 20 групп найденных нами на тот момент по запросу «суицид» лишь 4 были

направлены на борьбу с данным явлением. Одна группа, включающая в себя трёх участников, была посвящена рок-группе «Суицид». Остальные же 75% представляли собой своего рода объединения пользователей, которых интересует данная тема.

В целом, мы констатировали, что на апрель 2013 г. проблема распространения суицидального контента в социальных сетях русскоязычного сегмента Интернета стояла предельно остро. В Сети были созданы сообщества и группы, репрезентирующие специфическую картину мира, в котором самоубийство перестало восприниматься как отклонение от нормы. Для этих сообществ характерны отличная от доминирующей культуры система ценностей, искажение языковых норм, особая манера поведения, использование определённой символики и специфических коммуникативных стратегий и тактик, воздействующих на реципиента. Всё это позволило нам заключить, что в коммуникативном пространстве социальных сетей идёт процесс формирования «суицидальной» субкультуры (или контркультуры), существование и распространение которой в виртуальном пространстве не может не оказывать влияние на рост числа самоубийств «в реале».

В процессе отбора для анализа поисковых систем мы ориентировались на данные LiveInternet.ru (www.liveinternet.ru/stat/ru/), согласно которым большая часть поисковых предпочтений российских пользователей концентрируется на трёх основных поисковых системах: Яндекс – 50,9%; Гугл – 33,8% и Поиск Mail.ru – 8,6% [30].

24 апреля 2013 г. мы ввели в поисковой системе «Яндекс» поисковый образ «суицид». В ответ на запрос система выдала 4 млн интернет-ресурсов. При этом на первой странице в результатах, показанных «Яндекс», мы не обнаружили ни одного сайта, пропагандирующего суицид. Напротив, на первой позиции находился сайт о преодолении суицида под названием «Избери жизнь» (http://www.nosuicid.ru/), на второй позиции – статья о самоубийстве, размещённая в популярной электронной энциклопедии – «Википедия» (http://ru.wikipedia.org/). На третьей позиции оказалась ссылка на словарь «Академик» с определением термина «суицид» (http://dic.academic.ru/). Из 11 гиперссылок, показанных поисковой системой на первой странице, не было ни одной ссылки на сайт, пропагандирующей самоубийство.

На второй странице «Яндекс» выдал ссылку на «Независимый суицид-форум», где неоднократно высказывались точки зрения, одобряющие суицид. Однако, если 24 апреля 2013 г. форум ещё активно функционировал в Сети, то на 27 апреля доступ к нему был ограничен. После активации ссылки на экране появилась надпись, указывающая на то, что «Сетевой адрес, позволяющий идентифицировать сайт в сети «Интернет», включен в Единый Реестр доменных имен, указателей страниц сайтов сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено» (http://www.suicide-forum.com/).

На первый взгляд, из анализа поисковых систем в апреле 2013 г. создалось впечатление, что проблема распространения суицидальных настроений через Интернет в «Яндексе» уже была решена. Однако в тот же день, 27 апреля 2013 г., мы ввели поисковый образ «суицид» в разделе «Картинки» той же поисковой системы. На запрос система выдала 321000 картинок. На первой «картинке» был изображён «повесившийся плюшевый мишка», на второй предлагалась ссылка на сайт http://vampirefreaks.com/, на третьей была изображена молодая девушка модельной внешности, вскрывшая себе вены в ванне и т.д. В общей сложности ≈ 74% «картинок», выданных по запросу, в яркой, наглядной форме демонстрировали акты суицида.

Такого рода изображения представляют собой не просто «картинки», а креолизованные тексты, которые соединяют в себе вербальную и невербальную коммуникацию. Наводя курсор на изображение плюшевого мишки, реципиент видит подпись «Ода самоубийцам», на изображение девушки, вскрывшей себе вены, – «На Харьковщине фиксируют всплеск суицидов», а, поставив курсор, на изображение девушки, стреляющей себе в рот из пистолета, из затылка которой разлетаются кровь и мозги, реципиент выводит перед собой фразу: «Посмотри на картинку, позавидуй, последуй примеру». Без труда, воспользовавшись одним из сервисов «Яндекса», можно было найти ссылку, например, на сайт, ориентированный на представителей субкультуры готов, где среди прочего представлен «фотоальбом» из 6 стилизованных картинок, посвящённых теме суицида (http://13goths.clan.su/photo/7).

Воздействие на реципиента данного феномена во многом обусловлено тем значением, которое креолизованные тексты обретают в условиях глобализации постиндустриальной социальной реальности. Именно язык визуализации, по мнению целого ряда исследователей, может стать интернациональным языком в си-

лу того, что он отвечает потребности оптимизировать человеческое взаимодействие для достижения более высокого уровня эффективности; отвечает потребности преодоления скрытых стереотипов языка литературного; может способствовать нелинейному, более открытому характеру новых человеческих опытов [4]. В этой связи креолизация суицидального контента в киберпространстве несёт в себе особую угрозу для психики детей и молодёжи.

Такого рода креолизованные тексты в 2013 г. с легкостью нами были обнаружены и в поисковой системе «Гугл». При наведении курсора каждое изображение выдавало ссылку на сайт, на котором, как правило, и содержались подписи к «картинке». При этом по запросу «суицид» система предложила несколько рубрик-фотогалерей, сформированных на основе пользовательских запросов: «Суицид эмо», «Суицид из-за любви», «Суицид аниме», «Суицид пистолет», «Суицид вены», «Суицид повешение».

В основной поисковой строке в ответ на запрос «суицид» система нашла 3690000 интернет-ресурсов. На первой странице в показанных результатах первую позицию заняла уже упомянутая выше статья из Википедии. Однако далее возникли две ссылки на сайт http://lossofsoul.com/lossofsoul/index.htm. Несмотря на то, что интернет-ресурс позиционирует себя как «проект о жизни», тексты данного сайта погружают реципиента в гнетущую атмосферу. Приведём лишь одну цитату из текста, размещённого в разделе «lossofsoul»: «Это мир небытия. Сюда невозможно попасть самому. lossofsoul приходит сам, и однажды все вокруг исчезает, и loss of soul становится целым миром. Отсюда невозможно уйти по своей воле, хотя всегда можно попробовать». Эффект, производимый данным фрагментом текста, усиливается эпиграфами, представляющими собой цитаты Р.М. Рильке и А. Рэмбо.

Прецедентные имена и прецедентные высказывания способствуют усилению семантико-когнитивного фона [13]. Их использование, как и использование креолизованных текстов, усиливает эффект воздействия на реципиента.

Сильный эффект производит и использование продуцентами суицидального контента видеоизображений. В частности, поисковая система Google выдала гиперссылку на видеоролик в «Youtube», в котором снято на любительскую камеру как молодая девушка-самоубийца, отбиваясь от спасателей, прыгает с карниза высотного здания. Существенную угрозу для детской и подростковой психики несёт в себе и целый ряд других обнаруженных нами гиперссылок.

В поисковой системе «Mail.ru» нами была констатирована ситуация фактически аналогичная ситуации, сложившейся в поисковой системе «Яндекс». На введённый запрос «суицид» система «Mail.ru» 24 апреля 2013 г. выдала 5 млн результатов. Несмотря на то, что на первых позициях оказался уже упомянутый выше «проект о жизни» http://www.lossofsoul.com, большинство интернет-ресурсов, предложенных системой в ответ на запрос «суицид», мы не смогли отнести к сайтам, пропагандирующим суицид. Большая часть контента пополнялась постами на форумах, посвящённых психологической помощи потенциальным самоубийцам, публицистическими, научно-популярными, научными и псевдонаучными статьями о суициде, рефератами, ссылками на известные кинофильмы, музыкальные и литературные произведения. Как и в описанных выше поисковых системах, в системе «Mail.ru» в разделе «Картинки» мы обнаружили колоссальный массив креолизованных текстов (на 4 мая 2013 г. зафиксировано 29000 «картинок»). Они отсортированы по подразделам: «Суицид среди подростков», «Вскрытие вен», «Суицид способы», «Фото самоубийц», «Одиночество», «Смерть», «Самоубийство», «Прыжок с крыши».

Сходство контента, выдаваемого в ответ на введённый нами запрос в системах «Яндекс» и «Mail.ru», и его отличие от контента, наблюдаемого нами в Гугле, мы полагаем, обусловлено тем, что «Яндекс» и «Mail.ru» - «поисковики», популярные исключительно в русскоязычном сегменте Интернета. Гугл же имеет глобальный, всемирный статус и в большей степени подвержен западным трендам, нежели воздействию российского законодательства и российских властных структур.

Обобщая всё выше сказанное, можно сказать, что проведённые нами исследования показали высокую степень остроты стоящей перед обществом и перед современной наукой проблемы распространения в Глобальной Сети суицидального контента и его влияния на поведение детей и молодёжи. Данная проблема, на наш взгляд, оказывается в русле целого ряда проблем, рельефно высветившихся во всём спектре сегодняшних наук о человеке.

В первую очередь, на наш взгляд, проблема распространения «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета должна быть рассмотрена в контексте проблемы влияния киберпространства на процесс социализации личности. Сегодня представля-

ется очевидным, что такого рода влияние усиливается. Это связано с общемировым трендом виртуализации социального пространства и формирования новой социальной реальности в условиях информационного общества.

Эту, формирующуюся на наших глазах, новую социальную реальность политологии В.В. Лапкин и И.С. Семененко определили как «infomodernity» – пространство социального взаимодействия, в границах которого интеграция индивидов достигается на основе качественно измененных и усложненных требований к характеру их участия в социальной коммуникации. Утверждение infomoderniti, по их мнению, сопряжено с процессами глобализации, особенно – в информационной сфере, с распространением интерактивных сетевых форм общения. Условием же становления такого пространства оказывается «персональная и потенциально интерактивная подключенность к глобальной «информационной среде», посредством которой социальный индивид приобщается к новым универсальным нормам и стандартам поведения, к новым условиям жизни и новым ограничениям доступа к ресурсам» [16].

В результате, дети и подростки, осваивая окружающую их социальную реальность, оказываются включенными в процесс киберсоциализации. Данный термин был введён в научный оборот В.А. Плешаковым. Согласно данной им дефиниции, киберсоциализация представляет собой «процесс качественных изменений структуры самосознания личности, происходящий под влиянием и в результате использования современных информационных и компьютерных технологий в контексте жизнедеятельности» [24]. Изменения структуры сознания могут носить позитивный и негативный, конструктивный и деструктивный характер.

Распространение в виртуальной среде интернет-ресурсов и интернет-сообществ, эксплицитно или имплицитно пропагандирующих суицид и его взаимосвязь с суицидальным поведением молодёжи, представляет собой яркий пример деструктивных изменений структуры самосознания личности. Обилие суицидального контента в Сети, преподносимого в различных формах, влечёт за собой размывание норм и усвоение девиантных ценностей и образцов поведения, в результате чего в сознании и подсознании молодого человека стирается табу на самоубийство.

Когда речь идёт о распространении виртуальных сообществ, посвящённых суициду, необходимо учитывать, что «центральное место в формировании эмоциональных связей внутри молодёжных культурных формирований занимает коммуникация (общение, разговор, тусовка, воплощённая коммуникация – общие практики), которая может служить маркером культурных траекторий индивидов (субкультурных карьер). Эти траектории могут пересекать молодёжные культурные сцены не только вертикально (восходящая и нисходящая культурная мобильность), но и горизонтально (от одной идентичности – к другой, от изолированных субкультурных сцен – к мейнстриму, и наоборот)» [21]. По этой причине распространение в интернете «суицид-форумов» и «суицид-сообществ» несёт в себе угрозу перерастания восприятия самоубийства как ненормального поступка в его восприятие как явления, укладывающегося в социальную норму большинства.

Вместе с тем непосредственное влияние виртуальной среды на совершение конкретным индивидом суицида или суицидальной попытки крайне сложно отследить, верифицировать и доказать. В этой связи следует говорить и том, что проблема распространения «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета должна быть рассмотрена и в ракурсе проблемы полидетерминированности здоровья человека в современном мире. «Сложность, многофакторная природа многих заболеваний зачастую делают крайне затруднительным доказательство этиологической связи между изменением в состоянии здоровья (например, развившимся заболеванием) и предшествующим вредным воздействием фактора» [12]. Рефлексия по поводу полидетерминированности здоровья человека во многом и привела к активным изменениям во взаимодействии медицины и социума. Фактически сегодня можно говорить о смене сугубо медицинской модели взаимодействия на социальную или гуманистическую модель [2]. Особенно явственно данная проблема высвечивается, когда к сбоям в организме человека приводят психосоматические и психические процессы, природа которых коренится в коммуникативной среде, в дискурсивном пространстве. Суицид, несомненно, относится к числу таких проявлений.

Итак, распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета, несмотря на активно принимаемые органами власти меры по его пресечению и действие российского законодательства, сегодня остаётся достаточно острой проблемой. Анализ русскоязычной интернет - коммуникации, и её осмысление в различных ракурсах, и в русле чётко обозначившихся в современном

социуме трендов, влечёт за собой осознание мультидисциплинарного характера проблемы.

Ярко выраженная междисциплинарность данной проблемы, её укоренённость в научные традиции целого ряда различных отраслей знания и не снижающаяся актуальность, обусловленная интернальными и экстернальными факторами, диктуют потребность в интеграции специалистов различного профиля из медицинской и социально-гуманитарной сфер.

Литература:

1. Бердяев Н.А. О самоубийстве: Психологический этюд. – М.: МГУ, 1992. – 24 с.
2. Бурганова Л.А., Савельева Ж.В. Медикализация: рекламные стратегии конструирования нормы и патологии // Социологические исследования. – 2010. – № 11. – С. 144-147.
3. Ведомство Геннадия Онищенко призвало «доносить» на YouTube URL: http://jourdom.ru/news/30360 (дата последнего обращения: 26.01.14).
4. Ворошилова М. Б. Креолизованный текст: аспекты изучения // Политическая лингвистика. – 2006. – № 20. – С. 180-189
5. Гладкова Е. В России эпидемия детских самоубийств. Разбор запроса от Роспотребнадзора URL: http://www.odnako.org/blogs/show_24405/ (дата обращения: 24.01.14).
6. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. «Контент смерти»: проблема пропаганды суицида в русскоязычном Интернете // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 4. URL: www.science-education.ru/110-9624 (дата последнего обращения: 03.02.2014).
7. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Проблема распространения «суицидального контента» в социальных сетях русскоязычного контента Интернета // Наука и образование XXI века: Сборник статей Международной научно-практической конференции 31 мая 2013 г.: в 5 ч. – Ч. 5. – Уфа: РИЦ БашГУ, 2013. – С. 78-83.
8. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Социальная сеть как аспект суицидальной активности среди детей и молодёжи (на основе анализа социальной сети «Вконтакте») // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 37-38.
9. Демография URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b12_01/IssWWW.exe/Stg/d12/4-0.htm (дата обращения: 26.01.14).
10. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
11. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004. – 480 с.
12. Зайцева Н.В., Лебедева-Несевря Н.А. Риски для здоровья в контексте социологического анализа // Социол. исследования. – 2013. – №9. – С.137-144.
13. Захаренко И.В., Красных В.В., Гудков Д.Б., Багаева Д.В. Прецедентное имя и прецедентное высказывание как символы прецедентных феноменов // Язык, сознание, коммуникация: Сб. статей / Ред. В.В. Красных, А.И. Изотов. – М.: Филология, 1997. – Вып. 1. – С. 82-103.
14. Камю А. Миф о Сизифе URL: http: //www.gumer.info/bibliotek_Buks/Culture/Kamu/Kamu_Sizif.php (дата обращения: 26.01.14).
15. Краснопольская И. Линия смерти. Россия заняла первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков // Российская газета. – 2013. – 15 марта. – С. 1.
16. Лапкин В.В., Семененко И.С. «Человек политический» перед вызовами «infomoderniti» // Политические исследования. – 2013. – № 6. – С. 64-81.
17. Литмен Р. Зигмунд Фрейд о самоубийстве // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – № 3.
18. Монтень М. Опыты. – Т.2. – М.: Голос, 1992. 560 с.
19. О взаимодействии с интернет-сообществом по профилактике суицида URL: http://rospotrebnadzor.ru/news/-/asset_publisher/w7Ci/content (дата обращения: 26.01.14).
20. О последствиях создания сайтов содержащих информацию о способах самоубийства и призывах к его совершению URL: http://75.rospotrebnadzor.ru/content/o-posledstviyakh-sozdaniya-saitov-soderzhashchikh-informatsiyu-o-sposobakh-samoubiistva-i-pr (дата последнего обращения: 26.01.14).
21. Омельченко Е.Л. Солидарности и культурные практики российской молодежи начала XXI века: теоретический контекст // Социологические исследования. – 2013. – № 10. – С. 52-61.
22. Онищенко предложил запретить 1500 сайтов за пропаганду суицида и отсоветовал лететь в Шанхай URL: http://polit.ru/news/2013/04/02/onishenko/ (дата последнего обращения: 26.01.14).
23. Платон. Законы. – М.: Мысль, 1999. – 832 с.
24. Плешаков В.А. Киберсоциализация: социальное развитие и социальное воспитание современного человека // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2010. – Том 16. – С. 15-18.
25. Полотовская И.Л. Смерть и самоубийство: Россия и мир (Историко-культурологическое развитие проблематики с древнейших времён до наших дней). – СПб: Д. Буланин, 2010. – 531 с.
26. Роганов С.В. «Черный феномен» свободного сознания // Новый мир. – 2009. – № 10.
27. Роспотребнадзор призывает приравнять ролики про суицид к порнографии URL: http://www.fontanka.ru/2013/03/18/022/ (дата обращения: 23.01.14).
28. Роспотребнадзор: 1500 сайтов в Рунете пропагандируют суицид URL: http://expert.ru/2013/04/2/zakryitaya-informatsiya/ (дата обращения: 26.01.14).
29. Сазонова А. Суицид в молодежной среде как феномен субкультуры, или темная мода // Нева. – 2006. – № 1. – С. 135-146.
30. Самые популярные поисковые системы в России URL: http://topmira.com/internet/item/1-samye-populjarnye-poiskoviki-runeta (дата обращения: 20.06.13).

31. Сенека Л.А. Нравственные письма к Луцилию. – М.: Политиздат, 1977. – 528 с.
32. Сикорский И.А. Эпидемические вольные смерти и смертоубийства в Терновских хуторах (близ Тирасполя) // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах URL: http://cl.rushkolnik.ru/docs/7840/index-48098.html?page=9#427823 (дата обращения: 21.01.14).
33. Силаева В.Л. Подмена реальности как социокультурный механизм виртуализации общества: Дисс. … канд. филос. н. – 120 с.
34. Сорокин П.А. Самоубийство как общественное явление. URL: http://demoscope.ru/weekly/knigi/stati/stati03.html (дата обращения: 03.02.14).
35. Федеральный закон от 28.07.2012 N 139-ФЗ "О внесении изменений в ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию" и отдельные законодательные акты РФ» // Российская газета. – 2013. – 30 июля. – С. 9.
36. Федеральный закон от 28.07.2012 N 139-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию" и отдельные законодательные акты РФ» URL: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=133282 (дата обращения: 15.02.14).
37. Хиллман Дж. Самоубийство и душа. – М.: «Когито-Центр», 2004. – 272 с.
38. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 26–36.
39. Шелехов И.Л, Каштанова Т.В., Корнетов А.Н., Толстолес Е.С. Суицидология: учебное пособие – Томск: Сибирский ГМУ, 2011. – 203 с.
40. Шопенгауэр А. Новые паралипомены: отдельные, но систематически изложенные мысли о разного рода предметах (1810-1860) URL: http://www.gumfak.ru/filos_html/shopen2/shop12.shtml (дата последнего обращения: 03.02.14).
41. Эверелл Р.Д., Бостик К.Э., Паулсон Б.Л. Я устал быть собой: развитие темы юношеского суицида // Психология обучения. – 2006. – № 3. – С. 73-76.
42. Юм Д. О самоубийстве // Собрание сочинений. – Том 2. – М.: Akademia, 1965. – С. 806-817.
43. Юрьева Л.Н., Юрьев А.Е. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 70-76.
44. Twitter заблокировал твит, в котором Роспотребнадзор обнаружил пропаганду суицида URL: http://jourdom.ru/news/30043 (дата обращения: 23.01.14).
45. Brauser D. Insufficient evidence to support universal suicide screening // Medscape medical news 24.04.2013 URL: http://www.medscape.com/ viewarticle/803068 (дата обращения: 25.05.13)
46. Canavan N. Almost 20% of suicidal teens live in home with a gun // Medscape medical news 08.05.2013 URL: http://www.medscape.com/ viewarticle/803856 (дата обращения: 27.12.13)
47. Cassels C. Job stress a major factor in high rates of physician suicide // Medscape medical news 13.11.2012 URL: http://www.medscape.com/viewarticle/774410 (дата обращения: 27.12.13)
48. Cassels C. Suicidal behavior in US teens common // Medscape medical news 10.01.2013 URL: http://www.medscape.com/viewarticle/777433 (дата последнего обращения: 26.01.14).
49. Daine K., Hawton K., Singaravelu V., Stewart A., Simkin S., Montgomery P. The power of the Web: a systematic review of studies of the influence of the Internet on self-harm and suicide in young people URL: http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0077555;jsessionid=B7CA6E0D7766BDDF8DC72FFF9FD78E0D (дата обращения: 26.01.14).
50. Harrison P. Suicidal thoughts common among victimized youth // Medscape medical news 23.10.2013 URL: http://www.medscape.com/viewarticle/773120 (дата последнего обращения: 27.12.13).
51. Hayes R.L., Sloat R.S. Gifted students at risk for suicide // Roeper review. – 1989. – Vol. 12. – P. 102-107.
52. Helwick C. Is Suicide risk overestimated in children? // Medscape medical news 07.11.2012 URL: http://www.medscape.com/viewarticle/774071 (дата последнего обращения: 26.01.13).

DISTRIBUTION OF "THE SUICIDE CONTENT" IN THE CYBERSPACE OF THE RUSSIAN-SPEAKING INTERNET AS THE PROBLEM OF MULTIDISCIPLINARY RESEARCHES

N.Yu. Demdoumi, Yu.P. Denisov

Omsk SMA, Russia

In article the distribution analysis in a Russian-speaking segment of the Internet of the materials containing information on a suicide as a multidisciplinary problem is carried out. Authors of article analyze a various circle of the special literature devoted to a phenomenon of suicide. Also results of the research of communicative space of Russian-speaking social networks conducted by authors are given in article and search networks. The designated problem is considered in different foreshortenings and in different contexts: in a context of a problem of cybersocialization of the personality in the conditions of "infomoderniti" as spaces of social interaction; in a context of a problem of development on the Internet of deviant subcultures and their negative influence on assimilation by youth of norms, values and examples of behavior; in a context of a problem of polydeterminancy of health of the person in the modern world.

Keywords: multidisciplinary researches, suicide, virtuality, Internet communication, cybersocialization.

УДК: 616.895–008.441.44:159.9

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ДВОЙНЫМ ДИАГНОЗОМ В КОНТЕКСТЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н.А. Бохан, И.Я. Стоянова, Е.Д. Счастный, А.А. Королев

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, г. Томск, Россия
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Контактная информация:
Бохан Николай Александрович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, Заслуженный деятель науки РФ. Место работы и должность: директор ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 44-47-80, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Стоянова Ирина Яковлевна – доктор психологических наук. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 72-19-79, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Счастный Евгений Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. 634014, г. Томск, ул.Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Королёв Андрей Александрович – медицинский психолог. Место работы и должность: медицинский психолог КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана». Адрес: 656022, г.Барнаул, ул. Суворова, д. 13. Телефон: (913) 365-43-77, e-mail: korollev-psy@mail.ru

С помощью стандартизованного интервью, патопсихологических проб и опросников выявления психической ригидности и параметров личностного потенциала обследовано 175 пациентов с экзогенно-органическими заболеваниями, невротической депрессией и сочетанием этих расстройств. Приведены результаты исследования патопсихологических проявлений у пациентов с двойным диагнозом в сравнении с пациентами одной нозологической принадлежности. Рассмотрены особенности параметров личностного потенциала и суицидального поведения.

Ключевые слова: коморбидность психических заболеваний, патопсихологические симптомы, личностный потенциал, невротическая депрессия, экзогенно-органические заболевания головного мозга, психическая ригидность, качество жизни, суицидальное поведение.

В настоящее время интерес исследователей направлен на коморбидные формы психических заболеваний, которые именуются как «смешанные», «ассоциированные», «сочетанные» «заболевания с двойным диагнозом», «сопутствующие», «микст-патология» [3, 18]. Важность исследования данного вида нарушений здоровья определяется большим удельным весом сочетанных психических заболеваний в общей структуре психической патологии, полиморфизмом клинической картины, высокой вероятностью негативных последствий для жизнедеятельности пациента из-за их взаимовлияния [7, 16, 20, 23]. При этом среди многочисленных возможных микстов по своей социальной и медицинской значимости наиболее актуальными представляются сочетания пограничных психических расстройств, в частности, неврозов и экзогенно-органических заболеваний головного мозга [13, 17, 19]. И, если в научной периодике рассмотрены особенности личности и познавательных проявлений у пациентов при депрессивных расстройствах, органических нарушениях, то специфика личностного функционирования при их сочетании остается не исследованной [1, 4, 8, 11, 12, 14, 22, 25-27].

Учитывая, что процесс верификации диагноза является одним из важнейших этапов лечебной работы в целом, а пациент с двойным диагнозом представляет в диагностическом отношении большую сложность, использование дополнительных параклинических методов исследования в таких случаях становится необходимым [21].

Цель исследования: выявление патопсихологических особенностей пациентов при сочетании психогенной депрессии и экзогенно-органических заболеваний головного мозга.

Материал и методы.

Методологической основой исследования явились концепции коморбидных форм психических заболеваний [3], психической ригидности [5] и личностного потенциала [9].

Исследование проводилось на базе Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю.К. Эрдмана в отделении пограничных психических состояний. Выборку

исследования составили пациенты 18-45 лет (средний возраст 32,2±2,4 года). Квалификация выявляемых расстройств проводилась в рамках действующей МКБ-10. Критерием включения в исследование являлись диагностические рубрики: «Кратковременная депрессивная реакция» (F43.20), «Пролонгированная депрессивная реакция» (F43.21), «Смешанная тревожная и депрессивная реакция» (F43.22) и «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F06.6, F07.0).

В ходе работы все испытуемые были разделены на три группы. В первую вошли пациенты, страдающие только экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга – n=37 (17 женщин и 20 мужчин). Вторую группу составили больные с депрессивными невротическими расстройствами – n=68 (18 мужчин и 40 женщин). Пациенты с сочетанной патологией экзогенно-органических расстройств и депрессии, возникшей вследствие клинически установленного психогенного воздействия, составили третью группу – n=38 (16 мужчин и 22 женщины). Помимо этого для направленного исследования личностного потенциала дополнительно было обследовано 32 пациента с сочетанной патологией (11 мужчин и 21 женщина).

Исследование проводилось до начала медикаментозной терапии и включало несколько этапов:

1. Верификация клинического диагноза осуществлялась врачом-психиатром. Изменение диагноза в процессе терапии являлось критерием исключения из исследования.

2. Пациенты, участвующие в исследовании, проходили процедуру комплексной психологической диагностики. Диагностическое обследование включало стандартизованное интервью, патопсихологические пробы (таблицы Шульте, счет по Крепелину, запоминание 10 слов, пиктограмма, исключение предметов, ассоциативная проба «60 слов») [15]. Для получения наиболее информативных данных о специфике личностной сферы и оценке личностного потенциала пациентов с сочетанной патологией были выбраны следующие психометрические методики. Томский опросник ригидности (ТОРЗ) применялся в качестве инструмента, нацеленного на комплексную диагностику психической ригидности как свойства личности, оказывающего значительное влияние на успешность социальной адаптации [5]. Также использовались опросник «Самоорганизации деятельности», направленный на диагностику сформированности навыков тактического планирования и стратегического целеполагания и шкала «Удовлетворенность жизнью» Э. Динера [6, 10].

Статистическая обработка полученного материала производилась с помощью программ Statistica 10.0 и MS Excel 7.0. Применялся непараметрический критерий U Вилкоксона (Манна-Уитни), ранговый коэффициент корреляции Спирмена, множественный регрессионный анализ (учитывались связи, достоверные для $p<0,05$).

Анализ межгрупповых клинико - психологических различий показал, что в группе больных с сочетанной патологией отмечались более выраженные нарушения когнитивных процессов по сравнению с пациентами с монодиагнозом. Между этими группами установлены статистически значимые различия как по количественным, так и по качественным показателям.

Для пациентов третьей группы было свойственно более существенное снижение объема слухоречевой памяти, по сравнению с пациентами I и II групп. Так, в пробе на запоминание 10 слов больные с двойным диагнозом, по сравнению с пациентами других групп, воспроизводили достоверно меньшее количество слов в каждом предъявлении. Кроме того, у них чаще отмечалось нарушение динамики запоминания, феномены конфабуляции и персеверации ($p\leq0,05$).

Значительными оказались и различия показателей произвольного внимания между больными разных групп. Пациенты одной нозологической принадлежности реже допускали пропуск и потерю цифры при выполнении таблиц Шульте, допускали меньше ошибок в счете по Крепелину, их внимание отличалось достаточной устойчивостью, меньшей истощаемостью. У больных с коморбидной патологией отмечалось достоверно более выраженное сужение объема и снижение концентрации активного внимания.

Больные с сочетанной патологией характеризовались и определенной спецификой нарушений мышления. Достоверными оказались отличия при анализе операциональной и динамической стороны мышления между III и I, а также III и II группами. В рисунках «Пиктограммы» у больных с сочетанной патологией преобладали конкретные, стереотипные, фотографические образы. При исключении лишнего они чаще, чем пациенты других групп, использовали конкретные связи.

Проба на воспроизведение 60 слов показала выраженную замедленность протекания ассоциативных процессов у пациентов с сочетанной патологией. В группе пациентов с невротиче-

ской депрессией данная особенность имела не столь выраженный характер, а среди пациентов с экзогенно-органическими расстройствами этот вид нарушений практически не отмечался.

В процессе выполнения стандартизованного интервью пациенты с двойным диагнозом суицидальные намерения высказывали в 47,4% случаев, при депрессивных расстройствах – в 29,4%, а при органических заболеваниях данные проявления отмечались в 18,9% случаев (рис. 1).

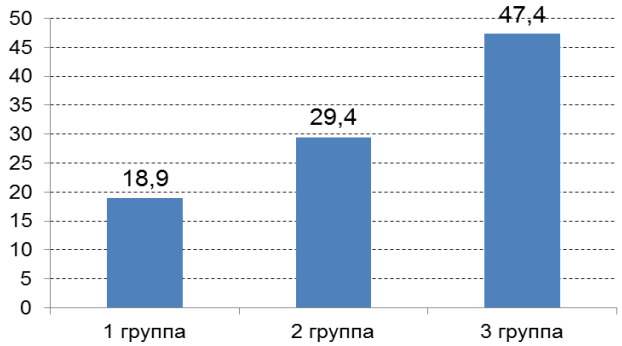


Рис. 1. Частота суицидальных намерений среди больных исследуемых групп, в %.

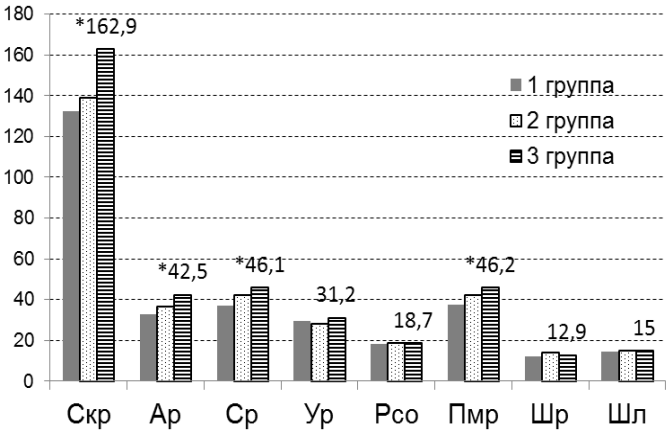
Полученные результаты, указывающие на более выраженные нарушения психических процессов в структуре патопсихологических симптомокомплексов, по нашему представлению, могут быть объяснены утяжелением клиники заболевания за счет взаимовлияния двух сопутствующих форм психической патологии, так как многие из выявленных нарушений характерны и для отдельно взятых нозологий, но в этих случаях проявляются в меньшей степени.

Учитывая, что выявленные нарушения характерны для всех трёх рассматриваемых групп, полученные данные были подвергнуты регрессионному анализу, который позволил установить характерный ряд патопсихологических нарушений для группы с сочетанной патологией, совокупность которых в процессе дифференциальной диагностики может носить прогностический характер. Так, уравнение множественной регрессии с целью прогноза сочетанных нарушений включает следующие показатели: количество слов, воспроизводимое после пятого предъявления, время поиска чисел по последней таблице Шульте, замедленность темпа мыслительной деятельности при выполнении ассоциативного эксперимента и актуализация конкретных признаков при исключении понятий, не соответствующих родовому признаку (r^2=81%).

Таким образом, использование комплекса патопсихологических проб способствовало выделению специфичных дифференциально - диагностических маркеров, отличающих нарушения у пациентов при сочетанной патологии от таковых у пациентов с монодиагнозом.

Высокий уровень психической ригидности свидетельствует о наличии склонности к персеверациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму. Это неспособность при объективной необходимости изменить отношение, установку, мотивы, модус переживания. При оценке показателей опросника ТОРЗ были установлены значительные проявления психической ригидности в группах как с одним диагнозом, так и с коморбидной патологией. Однако согласно квартильной норме, степень проявлений психической ригидности в группах была различной. Так, пациенты 1 группы имели высокую степень выраженности психической ригидности по шкалам симптомокомплекса ригидности (СКР) и ригидности как состояния (РСО). Во второй группе отмечались высокие показатели по шкалам СКР, сензитивной ригидности (СР), РСО и преморбидной ригидности (ПМР). В группе больных с сочетанной патологией высокая степень проявления психической ригидности была зафиксирована по всем основным шкалам, то есть характеризовалась тотальными проявлениями.

Межгрупповой анализ психической ригидности у больных с разными формами психической патологии показал, что пациенты, страдающие экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с психогенной депрессией, отличались достоверно большей выраженностью проявлений СКР, актуальной ригидности (АР), СР, ПМР (рис. 2).



Примечание: * – $p \leq 0,05$

Рис. 2. Межгрупповые различия показателей психической ригидности у больных разных групп.

Преобладание у больных с коморбидной патологией симптомокомплекса ригидности

указывает на выраженную склонность к проявлению широкого спектра фиксированных форм поведения, низкую флексибильность, недостаточную способность к интериоризации опыта и приобретению новых, более эффективных моделей поведения. Эти характеристики подтверждаются также более высокими показателями по шкале актуальной ригидности по сравнению с пациентами первой и второй групп. Кроме того, у пациентов с двойным диагнозом имеет место более выраженная степень установочной ригидности (УР), что заметно осложняет процесс принятия ими решений, затрудняет способность объективно оценивать свое поведение и изменять его в соответствии с меняющимися условиями среды. Описанные особенности способствуют проявлению неэффективных паттернов поведения, а также резистентности к психотерапевтическому воздействию.

Для получения данных о специфике личностного потенциала у пациентов с сочетанием невротической депрессией и ЭОЗГМ использован опросник самоорганизации деятельности (рис. 3).

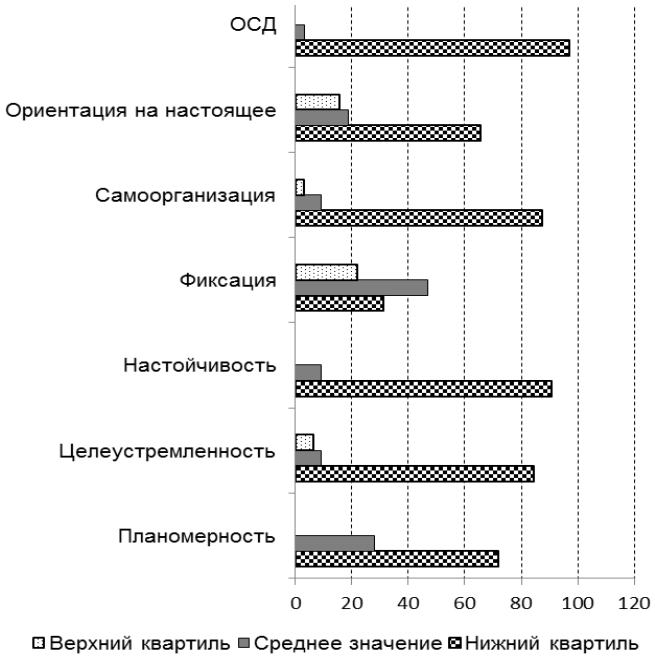


Рис. 3. Процентное соотношение показателей методики «Опросник самоорганизации деятельности» у пациентов с коморбидной патологией.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у подавляющего числа пациентов показатели большинства шкал, включая общий суммарный показатель, соответствуют нижнему квартилю. Это отражает недостаточную развитость навыков планирования, подверженность планов частой смене, снижение волевых усилий. Для пациентов характерна общая неорганизованность деятельности, что является значимым препятствием для достижения поставленных целей и развития собственного потенциала. Однако все описанные характеристики могут быть компенсированы за счет достаточно выраженной тенденции к фиксации. Так, полученные по этому показателю данные хоть и указывают на трудности в выборе альтернатив при принятии решений, однако могут усилить социальное функционирование пациентов за счет определенной настойчивости. Важным фактором в этом аспекте может стать окружение пациента, помогая ему в реализации планов.

Показатели по методике «Удовлетворенность качеством жизни» у пациентов с сочетанием невротической депрессии и ЭОЗГМ в большинстве случаев (81,3%) соответствовали нижнему квартилю, среднее значение было характерно лишь для 18,7% испытуемых, высокие показатели диагностированы не были.

Полученные результаты указывают на низкую степень удовлетворенности жизнью пациентов с сочетанной патологией, что ведет к редукции жизненных установок, трудностям в формировании целей и снижению профессиональной перспективы.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о наличии выраженной патопсихологической симптоматики, усилению суицидального поведения и дефиците личностного потенциала у пациентов с сочетанной патологией экзогенно-органических расстройств и невротической депрессии. Психокоррекционная работа с больными, страдающими сочетанными психическими расстройствами, требует разработки специальных реабилитационных программ [2].

Литература:

1. Бобров А.С., Магонова Е.Г. Связанная со стрессом депрессия в амбулаторной психиатрической практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Том 110, № 7. – С. 9-15.
2. Бохан Н.А., Четвериков Д.В. Логистические основы организации специализированной помощи при коморбидных психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 107-110.
3. Бохан Н.А., Семке В.Я., Четвериков Д.В. Двойной диагноз в психиатрии и наркологии: оценка и лечение. – Томск, 2009.– 236 с.
4. Вертоградова О.П., Петухов В.В. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 18-22.

5. Залевский Г.В. Томский опросник ригидности (ТОРЗ) // Сибирский психологический журнал. – 2000. – № 12. – С. 129-137.
6. Измерение параметров личностного потенциала человека: опросниковые методы / Методическое руководство под ред. С.А. Богомаза. – Томск, 2012. – 36 с.
7. Королев А.А., Стоянова И.Я. Личностный потенциал в аспекте самоорганизации и качества жизни у пациентов с сочетанными психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6. – С. 59-63.
8. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. – М.: Практическая медицина, 2010. – 432 с.
9. Леонтьев Д.А., Мандрикова Е.Ю., Осин Е.Н. и соавт. Опыт структурной диагностики личностного потенциала // Психологическая диагностика. – 2007. – № 1. – С. 8-31.
10. Мандрикова Е.Ю. Разработка опросника самоорганизации деятельности (ОСД) // Психологическая диагностика. – 2010. – № 2. – С. 87-111.
11. Петрова М.М., Штарик С.Ю., Гарганеева Н.П. Эпидемиология тревожно-депрессивных расстройств среди взрослого населения крупного индустриального города Восточной Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2009. – № 6. – С. 18–22.
12. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга. – Барнаул: Изд-во АГМУ, 2013. – 236 с.
13. Платонов Д.Г. Аффективная патология при невротических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 14-16.
14. Платонов Д.Г. Особенности депрессивных проявлений аффективной патологии при невротических состояниях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1 (76). – С. 90-92.
15. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихолоии и опыт применения их в клинике (Практическое руководство). – М.: Апрель-Пресс, 2004. – 224 с.
16. Рудницкий В.А. Клинические варианты непсихотических психических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 69-71.
17. Строганов А.Е., Стреминский С.Ю. Вопросы коморбидности у комбатантов, страдающих экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 4. – С. 62-65.
18. Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Невидимова Т.И., Лебедева Е.В., Попова Н.М., Шахурова Н.И., Розин А.И. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 23-33.
19. Счастный Е.Д., Семке А.В., Размазова Л.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Невидимова Т.И., Розин А.И., Чернышева К.Г., Шепенев А.М., Шахурова Н.И. Биологические и клинико-социальные механизмы развития аффективных расстройств (Итоги комплексной темы НИРФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 18-27.
20. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2009 г. // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 4. – С. 35-40.
21. Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Добровольская Ю.В., Ханнанова А.Н. Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы) // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – Том 109, № 6.– С. 91–94.
22. Шереметьева, И.И. Экзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний (клинико-статистическое исследование): автореф. дис. … докт. мед. наук. – М., 2008. – 43 с.
23. Diener E., Emmons R., Larsen R., Griffin S. The Satisfaction with life Scale // Journal of Personality Assessment. – 1985. – Vol. 49. – P. 71-75.
24. Gilbert P. Depression. The evolution of powerlessness. Hove: Lawrence Erlbaum, 1992.
25. Grieger T.A., Fullerton C.S., Ursano R.J. Posttraumatic stress disorder, alcohol use and perceived safety after the terrorist attack on the Pentagon // Psychiatric Service. – 2003. – Vol. 54, № 10. – P. 1380-1382.
26. Ruff C., Keyes C. The structure of psychological well-being revisited // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – № 69. – P. 719-746.
27. Sartorius N. Депрессия: всемирные аспекты проблемы // WPA Bulletin on depression. – 2003. – Vol. 6, № 25. – P. 3-4.

PATHOPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DUAL DIAGNOSIS IN THE CONTEXT OF SUICIDAL BEHAVIOR

N.A. Bokhan, I.Ya. Stoyanova, E.D. Schastnyy, A.A. Korolev

Mental Health Research Institute SB RAMSci, Tomsk, Russia

With use of standardized interview, pathopsychological tests and questionnaires of detection of mental rigidity and personality potential parameters, 175 patients with exogenous-organic diseases, neurotic depression and combination of these disorders have been examined. Results of investigation of pathopsychological manifestations in patients with dual diagnosis as compared with patients of one nosological belonging have been presented. Peculiarities of personality potential parameters and suicidal behavior have been considered.

Keywords: comorbidity of mental diseases, pathopsychological symptoms, personality potential, neurotic depression, exogenous-organic brain diseases, mental rigidity, quality of life, suicidal behavior.

УДК: 616.89-008.441.42

АДАПТАЦИЯ ОПРОСНИКОВ «ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ» И «СТРАХ ЛИЧНОЙ СМЕРТИ» НА РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЫБОРКЕ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев, Г.И. Семикин, В.В. Храмелашвили, В.Н. Казанцева, Т.В. Журавлева

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России, г. Москва
ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, г. Москва, Россия
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
ФГБОУ ВПО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана», г. Москва
Одеській дошкільний навчальний заклад «Ясла-Садок» № 306, г. Одесса, Украина
ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия

Контактная информация:
Чистопольская Ксения Анатольевна – младший научный сотрудник отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: ktchist@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН. Адрес: 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. E-mail: enikolopov@mail.ru

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». Адрес: 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, д. 15. E-mail: pzdorovie@bk.ru

Семикин Геннадий Иванович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой «Валеология» ФГБОУ ВПО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана». Адрес: 105005, г. Москва, ул. 2-я Бауманская, д. 5, стр. 1. E-mail: semikin@bmstu.ru

Храмелашвили Виктор Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент. Место работы и должность: старший научный сотрудник, заведующий лабораторией психофизиологических исследований и профессиональной ориентации Учебно-методического центра «Здоровьесберегающие технологии и профилактика наркомании в молодёжной среде» ФГБОУ ВПО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана», Адрес: 105005, г. Москва, ул. 2-я Бауманская, д. 5, стр. 1. E-mail: vikh@mail.ru

Казанцева Валентина Николаевна – психолог. Место работы и должность: Одеській дошкільний навчальний заклад «Ясла-Садок» № 306 Одеської міської ради Одеської області. Адрес: 65113, Украина, г. Одесса, ул. Ак. Глушко, д. 1/5. E-mail: Cherry-blossom88@yandex.ru

Журавлева Татьяна Владимировна – студентка 4-ого курса факультета юридической психологии ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет». Адрес: 127051, г. Москва, ул. Сретенка, д.39. E-mail: tita1993@mail.ru

В статье представлены результаты адаптации методик «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной (российской и украинской) студенческой выборке (n=1074, возраст 18-25 лет). Методики проявили себя как надежные и валидные инструменты. Были выявлены различия в отношении к смерти в разных группах (наиболее благополучная – МГТУ им. Н.Э. Баумана, наименее благополучная – ЧГУ им. И.Н. Ульянова и Чебоксарский филиал РГСУ). Получены нормативные данные в студенческой среде. Выделены направления будущей работы.

Ключевые слова: отношение к смерти, страх личной смерти, суицидальное поведение, группы риска.

В 1969 году Г. Фейфель писал: «Наш всеобщий социально-репрессивный взгляд на смерть способствует развитию невротической обеспокоенности. Более тесное знакомство со смертью необходимо в нашем воспитании и культуре… События Второй мировой войны… и давление острых социальных проблем вынуждает психологию преодолеть ее традиционный позитивизм и выйти на уровень нравственных проблем и жизненных выборов» [10]. В 1973 году Г. Фейфель пришел к заключению, что в целом люди принимают неизбежность смерти на сознательном уровне и отвергают ее на полуосознаваемом уровне ассоциаций [11]. Он назвал этот феномен «принятием-избеганием смерти». В это же время были опубликованы самые важные книги Э. Беккера, «Отрицание смерти» [7] и «Бегство от зла» [8].

В 1986 году откликом на работы данных авторов стала теория управления страхом смерти [14], главный постулат которой заключается в том, что культура защищает нас от очевидности смерти и позволяет действовать в относительном душевном равновесии. С момента возникновения теории ее авторы продвигали именно изучение моральных и жиз-

ненных выборов. В 2011 г. возникла теория разрушения буфера тревоги [19], связанная с тем, что люди, пережившие травматическое событие (землетрясение, гражданскую войну, домашнее насилие, смерть родителей), у которых позже развились симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – диссоциации, нарушение копинг-стратегий, навязчивые воспоминания и др., не проявляли классических защитных механизмов в виде отстаивания культурной картины мира и подавления мыслей о смерти, в отличие от пострадавших, у которых не наблюдалось ПТСР.

Чуть раньше это было замечено автором межличностной теории суицида Т. Джойнером относительно суицидальных пациентов [17]: «Есть те, кто развивает в себе способность к серьезному суицидальному поведению, становится более бесстрашным (когда страх действительно снижается), а есть те, кто становится храбрее (когда страх остается, но человек научается терпеть его), есть и те, кто сочетает в себе оба качества». Надо заметить, что бесстрашие в данном случае не способствует психологическому благополучию.

Таким образом, изучение страхов смерти является актуальным как для распознавания психологического неблагополучия в общей популяции, так и в клинической выборке. Для этих целей мы выбрали два опросника. Один – «Отношение к смерти» [22], – от авторов теории управления смыслом, суть которой заключалась в том, что при низкой осмысленности жизни человек начинает инвестировать смыслы в смерть, и второй – «Страх личной смерти» [12], задуманный авторами как многомерная методика исследования страхов смерти на внутриличностном, межличностном и надличностном уровнях, которые предварительно уже были адаптированы нами [4]. Мы провели факторный анализ обоих опросников на различных выборках, чтобы проверить основные посылки данных теорий.

Методика.

Выборка: в исследовании на российской выборке приняли участие студенты 18-25 лет. 156 человек являлись студентами факультетов психологии, социологии и менеджмента Государственного университета управления 2–3 курсов (40 юношей и 116 девушек), на которых проводилась адаптация [4].

Группа сравнения 1: 283 студентов Московского государственного технического университета им. Н.Э. Баумана (280 юношей, 3 девушки), проходящие профессиональный отбор на военный факультет.

Группа сравнения 2: 323 студентов из г.Чебоксары как региона высокого суицидального риска – из Чувашского государственного университета, факультетов лечебного дела, педиатрии, стоматологии, психологии, юриспруденции и Чебоксарского филиала Российского государственного социального университета, факультетов экономики, менеджмента, инноваций (89 юношей, 234 девушки).

Группа ретеста: 52 человека (16 юношей, 36 девушек) заполнили адаптируемые опросники дважды с промежутком в 2-3 месяца. Группа состояла из учеников старших классов, студентов и аспирантов разных московских вузов (от 17 до 26 лет).

Мы также провели адаптацию методик на русскоязычной украинской выборке (г. Одесса). 151 человек являлись студентами Одесского национального экономического университета (29 юношей, 122 девушки), 109 – широкой возрастной группы от 15 до 60 лет (40 мужчин, 69 женщин, средний возраст – 24 года). Итого – 260 человек.

Инструменты.

Опросник «Отношение к смерти» (Death Attitude Profile-Revised) [22, 23] состоит из 32 пунктов, в котором по 7-балльной шкале Лайкерта оцениваются утверждения, касающиеся разных вариантов отношения к смерти. Опросник исследует то, какое значение человек приписывает смерти, его взгляды на это явление: принимает он ее, избегает или боится. Наиболее адаптивным считается нейтральное принятие, взгляд на смерть как на естественное, неизбежное, ни плохое, ни хорошее явление.

Опросник «Страх личной смерти» (Fear of Personal Death Scale) [12, 18]) содержащий 31 утверждение, предлагает обследуемому продолжить фразы вроде «Смерть пугает меня, потому что…», пункты оценивают по 7-балльной шкале Лайкерта. Методика исследует страхи последствий смерти, что именно вызывает у человека наибольшее отторжение. Предполагает три измерения: внутриличностное, межличностное, надличностное, которые, в свою очередь, делятся на шкалы. Кроме этого, в исследовании использовались опросники временной перспективы личности [3, 24] и жизнестойкости [1].

Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS 17.0 с применением факторного анализа (метод главных компонент, вращение варимакс), коэффициента Кронбаха, корреляционного анализа Пирсона, непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение.

1. Факторная структура опросников.

Опросник «Отношение к смерти». Факторная структура опросника на русскоязычной одесской выборке оказалась полностью идентичной исходному варианту. На выборке МГТУ им. Н.Э. Баумана 2 пункта, изначально относящиеся к шкале «Страх смерти» («Вопрос жизни после смерти очень меня беспокоит» и «Смерть, вне сомнения, мрачный опыт»), дали большую нагрузку на шкалы «Принятие-приближение» и «Избегание темы смерти». Мы получили изначальные шкалы:

«Принятие-приближение смерти» (10 пунктов, α=0,87 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,86 – Одесса) – смерть рассматривается человеком позитивно, даже приветствуется, он верит в жизнь после смерти, полагает, что загробная жизнь лучше земной. Пример утверждения: «Я предвкушаю жизнь после смерти».

«Избегание темы смерти» (5 пунктов, α=0,89 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,91 – Одесса) – позиция, при которой человек предпочитает не думать о смерти и избегает любых напоминаний о ней в своей повседневной жизни («Когда бы мысль о смерти ни приходила мне в голову, я стараюсь отвлечься от неё»).

«Страх смерти» (7 пунктов, α=0,71 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,81 – Одесса) – отношение к смерти характеризуется преимущественно страхом и беспокойством («Смерть, вне сомнения, мрачный опыт»).

«Принятие смерти как бегства» (5 пунктов, α=0,76 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,81 – Одесса) – смерть воспринимается, скорее, позитивно, как освобождение от затруднений, возможный выход из неприятных ситуаций («Смерть покончит со всеми моими злоключениями»).

«Нейтральное принятие» (5 пунктов, α=0,64 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,67 – Одесса) – человек воспринимает смерть не как негативное явление, а просто как неизбежность («Смерть – естественная часть жизни»).

Что касается чебоксарской выборки, в ней сохранилась лишь шкала «Нейтральное принятие смерти» (5 пунктов). Всего выделилось 7 шкал, 2 из которых являлись отдельными пунктами «Нейтрального принятия» и также давали нагрузку на эту шкалу. Слились в одну шкалы «Принятие смерти как бегства» и «Принятие приближение смерти», мы назвали её «Религиозное приближение-бегство» (12 пунктов). Шкала «Избегание темы смерти» была дополнена пунктом из «Принятия - приближения» «Я верю, что после смерти попаду в рай». Мы назвали шкалу «Избегание-вытеснение» (6 пунктов). Шкала «Страх смерти» разделилась на две, собственно «Боязнь смерти» («Перспектива собственной смерти вызывает у меня беспокойство», 4 пункта) и «Религиозный страх» (5 пунктов), в которой объединились 3 пункта, выражающие страх неопределенности («Неопределенность того, что произойдет после смерти, беспокоит меня») и 2 пункта религиозного принятия («Единственное, что успокаивает меня при столкновении со смертью, – моя вера в жизнь после смерти»). Таким образом, религиозностью – и принятием-приближением смерти – были пронизаны 3 шкалы из 5-ти.

Опросник «Страх личной смерти». На выборке МГТУ им. Н.Э. Баумана подтвердилась ранее выявленная структура. Мы получили 3 шкалы во внутриличностном измерении, 2 – в межличностном и 1 – в надличностном. Пункт «…боюсь наказания, которое ждет после смерти» давал равную нагрузку на факторы «Трансцендентные последствия» и «Страх забвения» и был исключен из анализа. Пункт «…это состояние вечного сна» дал нагрузку на шкалу «Трансцендентные последствия» и «Последствия для тела». Из шкалы «Последствия для личности» были исключены 4 пункта, которые полностью перешли в шкалу «Последствия для личных стремлений», что мы рассматриваем как улучшение конструкта по сравнению с первичными данными [4].

В одесской выборке структура также подтвердилась, с двумя особенностями: 2 пункта, описывающие разрушение личности, дали сильную нагрузку на шкалу «Последствия для тела», а пункт «…я не смогу обеспечивать семью» – равную нагрузку на «Трансцендентные последствия» и «Последствия для близких». Мы отнеслись к первому искажению как к семантическому артефакту, а второе списали на молодость выборки.

В чебоксарской выборке наблюдались незначительные колебания трёх пунктов во внутриличностном измерении. В целом, структура опросника также была подтверждена.

Внутриличностное измерение. «Последствия для личности» (7 пунктов, α=0,79 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,84 – Одесса, α=0,89 – Чебоксары) – страх того, что смерть уничтожит личность человека, его отдельные способности и его целостность («…это положит конец способности мыслить», «…моё «я» разрушится, исчезнет»). «Последствия для тела» (5 пунктов, α=0,81 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,84 – Одесса,

α=0,85 – Чебоксары) – страх физических последствий смерти («…я потеряю человеческий облик»). «Последствия для личных стремлений» (7 пунктов, α=0,81 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,88 – Одесса, α=0,88 – Чебоксары) – страх исключения из процесса жизни, разрушения планов и замыслов («…это оторвёт меня от самой жизни»).

Межличностное измерение. «Последствия для семьи и друзей» (4 пункта, α=0,78 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,81 – Одесса, α=0,85 – Чебоксары) – страх того, что личная смерть будет болезненно воспринята близкими людьми, а семья всё ещё будет нуждаться в человеке («…родственники не оправятся от горя»). «Страх потери социальной идентичности (забвение)» (3 пункта, α=0,74 – Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,73 – Одесса, α=0,74 – Чебоксары) – страх, что уход человека будет воспринят безразлично, этого никто не заметит («…мой уход не ранит близких»).

Надличностное измерение. «Трансцендентные последствия» (4 пункта, α=0,89- Москва, МГТУ им. Н.Э. Баумана, α=0,90 – Одесса, α=0,89 – Чебоксары) – страх неизвестности, которая ждет после смерти («…она непостижима»).

2. Ретест. Мы провели повторное тестирование на группе из 52 человек, чтобы проверить ретестовую надежность опросников с помощью корреляции Пирсона.

Таблица 1

Корреляции шкал опросника «Отношение к смерти» в группе ретеста

Категория	R
Принятие-приближение	0,99*
Избегание	0,98*
Страх	0,99*
Бегство	0,99*
Нейтральное принятие	0,94*

Достоверность корреляции: * – p<0,001

Таблица 2

Корреляции шкал опросника «Страх личной смерти» в группе ретеста

Категория	R
Личность	0,99*
Тело	0,97*
Стремления	0,99*
Трансцендентное	0,96*
Близкие	0,98*
Забвение	0,97*

Достоверность корреляций: * – p<0,001

3. Конструктная (конвергентная и дискриминантная) валидность.

Поскольку методики в Москве и Одессе работали одинаково, для проверки конструктной валидности мы объединили эти выборки (ГУУ, МГТУ им. Н.Э. Баумана и Одесса (ОНЭУ), n=590).

Как мы видим в табл. 3, принятие - приближение смерти значимо отрицательно связано с избеганием смерти и особенно сильно – с принятием ее как бегства. Это соответствует данным авторов методики, которые обнаруживали высокие показатели этой шкалы у смертельно больных людей [23]. Нейтральное принятие действительно показывает себя как наиболее здоровый взгляд на смерть, отрицательно коррелируя со страхом и избеганием, невысоко положительно – с принятием ее как бегства. Избегание и страх связаны между собой.

Особенно сильные корреляции обнаружились между шкалами внутриличностного и надличностного измерения (страхом неопределенности), (табл. 4). Страх забвения не коррелировал со страхом за близких, так как это противоположные конструкты (если у человека есть важные позитивные связи с другими, он не боится, что его забудут).

Все страхи смерти значимо коррелируют со шкалами страха смерти и избегания смерти (табл. 5).

Таблица 3

Внутренняя корреляция шкал опросника «Отношение к смерти» (n=590)

Категория	Принятие-приближение	Избегание	Страх	Бегство	Нейтральное принятие
Принятие-приближение	1	–0,14*		0,46**	
Избегание		1	0,42*	–0,23**	–0,18**
Страх			1		–0,33**
Бегство				1	0,2**
Нейтральное принятие					1

Достоверность корреляций: * – p<0,01; ** – p<0,001

Таблица 4

Внутренняя корреляция шкал опросника «Страх личной смерти» (n=590)

Категория	Личность	Тело	Стремления	Трансцен-дентное	Близкие	Забвение
Личность	1	0,44*	0,65*	0,46*	0,35*	0,18*
Тело		1	0,44*	0,59*	0,19*	0,37*
Стремления			1	0,5*	0,46*	0,19*
Трансцендентное				1	0,2*	0,21*
Близкие					1	
Забвение						1

Достоверность корреляций: * – p<0,001

Таблица 5

Корреляции между опросниками «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» (n=590)

Категория	Принятие – приближение	Избегание	Страх	Бегство	Нейтральное принятие
Личность	–0,11**	0,25***	0,5***		–0,14**
Тело		0,15***	0,41***	0,08*	–0,28**
Стремления	–0,14**	0,28***	0,44***		–0,14**
Трансцендентное	0,16***	0,15***	0,5***	0,09*	–0,18***
Близкие		0,22***	0,2***		
Забвение	0,11*		0,15***	0,21***	

Достоверность корреляций: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001

Некоторая положительная связь обнаружена между принятием смерти как бегства, страхом телесных последствий, трансцендентных и забвения, что соответствует «неблагополучности» этой шкалы, ее выраженности у суицидентов [5]. Принятие-приближение отрицательно связано с внутриличностным измерением, положительно – с надличностным и страхом забвения, что тоже соответствует чрезмерной близости к смерти. Нейтральное принятие отрицательно связано внутриличностным и надличностным измерением, связи с межличностным отсутствуют.

Таблица 6

Корреляции шкал опросника «Отношение к смерти» с методиками исследования временной перспективы личности и жизнестойкости (n=590)

Категория	Принятие – приближение	Избегание	Страх	Бегство	Нейтральное принятие
Негативное прошлое	0,18***		0,17***	0,27***	
Гедонистическое настоящее	0,2***	–0,13**			
Будущее	–0,09*	0,16***		–0,13**	0,09*
Позитивное прошлое		0,19***	0,18***	–0,19***	
Фаталистическое настоящее	0,24***		0,14**	0,24***	–0,12**
Вовлеченность	–0,12**	0,18***	–0,16***	–0,29***	0,1*
Контроль	–0,12**	0,12**	–0,19***	–0,26***	0,1*
Риск	–0,24***	0,09*	–0,2***	–0,29***	0,1*
Жизнестойкость	–0,18***	0,14**	–0,21***	–0,31***	0,11*

Достоверность корреляций: * – p<0,05; ** – p<0,01, *** – p<0,001.

Таблица 7

Корреляции шкал опросника «Страх личной смерти» с методиками исследования временной перспективы личности и жизнестойкости (n=590)

Категория	Личность	Тело	Стремления	Трансценд.	Близкие	Забвение
Негативное прошлое		0,22***		0,17***		0,32***
Гедонистическое настоящее		0,2***		0,14**		0,12**
Будущее	0,15***	–0,18***			0,19***	–0,18***
Позитивное прошлое	0,11**		0,12**		0,15***	–0,12**
Фаталистическое настоящее		0,28***		0,17***	–0,09*	0,33***
Вовлеченность		–0,24***		–0,15***	0,09*	–0,37***
Контроль		–0,21***		–0,18***		–0,28***
Риск		–0,29***		–0,23***		–0,33***
Жизнестойкость		–0,28***		–0,21***		–0,37***

Достоверность корреляций: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001

С жизнестойкостью отрицательно оказались связаны наиболее проблемные отношения к смерти: принятие-приближение, страх и бегство, значимая связь обнаружилась с избеганием и нейтральным принятием. Временная перспектива обнаружила ту же закономерность: негативная ВП (негативное прошлое и фаталистическое настоящее) положительно коррелировала с принятием-приближением, страхом и бегством, отдельно фаталистическое настоящее – отрицательно с нейтральным принятием (табл. 6). Позитивное прошлое и будущее выполняли роль защит по теории управления страхом смерти (ностальгия и самооценка) [20, 21] и положительно коррелировали с избеганием и страхом смерти, отрицательно – с принятием бегства. Гедонистическое настоящее характеризовалось отсутствием этих защит и было положительно связано с принятием - приближением смерти («На бога надейся…»), отрицательно – с избеганием.

Мы наблюдали «расщепление» внутриличностного измерения: в соответствии с теорией управления страхом смерти [13], страх телесных последствий, так же как и надличностное измерение (страх неопределенности), и страх забвения оказались «проблемными» и были отрицательно связаны с жизнестойкостью, негативной временной перспективой и гедонизмом (табл. 7). Будущее и позитивное прошлое, напротив, коррелировали с «позитивными» защитами – страхом за личность, стремления и за близких. Надо заметить, что значимые от низких до средних корреляций ожидались нами, так как в обыденной жизни смерть должна быть вынесена за скобки: чтобы человек мог эффективно действовать, напоминание о смерти должно быть минимальным [9].

4. Нормативные данные.

Таблица 8

Средние и стандартные отклонения*

Категория	M±SD (n=590)	M±SD (n=100)
Принятие-приближение	3,38±1,2	4,84±1,7
Избегание	4,48±1,5	2,84±1,2
Страх	3,8±1,2	3,25±1,3
Бегство	3,01±1,2	4,06±1,7
Нейтральное принятие	5,58±1	5,31±0,9
Личность	3,76±1,4	
Тело	2,66±1,5	
Стремления	4,61±1,5	
Трансцендентное	3,92±1,8	
Близкие	5,00±1,4	
Забвение	2,16±1,3	

Примечание: * – для методик «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на сводной выборке студентов Москвы и Одессы 18-25 лет (n=590), а также данные по методике «Отношение к смерти» из американского исследования П. Вонга, Г. Рекера и Дж. Гессер на выборке 18 – 29 лет (n=100).

Что касается опросника «Отношение к смерти», по сравнению с американской выборкой [22] русскоязычная отличалась повышенным избеганием смерти, пониженным принятием-приближением и принятием бегства, нейтральное принятие было чуть повышено (табл. 8). По опроснику «Страх личной смерти» у нас данных для сравнения нет.

5. Внешняя валидность. Мы применили полученные шкалы на чебоксарской выборке, чтобы проверить возможные отклонения (n=323). При том, что принятие-приближение, страх и принятие бегства сохраняли свою отрицательную коннотацию (судя по связям с

жизнестойкостью), обнаружились изменения во временной перспективе: избегание было дополнительно отрицательно связано с негативным прошлым, а принятие-приближение – и с позитивным прошлым (табл. 9, 10). Гедонизм был значимо связан с принятием смерти как бегства.

На выборке из Чебоксар подтвердилась общая структура связей: отрицательные корреляции шкал последствий за тело, страха неопределенности и забвения с жизнестойкостью. Основная защитная нагрузка легла на шкалу будущего.

6. Межгрупповые различия. Сравнительный анализ выборок обнаружил следующие различия (по критерию Манна-Уитни): чебоксарская выборка (n=323) значимо отличалась от одесской (n=151) повышенным страхом последствий для тела и страхом забвения (p=0,013 для обеих шкал) и пониженным нейтральным принятием смерти (p<0,001). От выборки ГУУ (n=156) чебоксарская также выделилась повышенными страхами за тело и забвения (p<0,001 для обеих шкал), более высоким избеганием темы смерти в повседневности (p<0,001), бо́льшим принятием смерти как бегства (p=0,047), меньшим нейтральным принятием (p<0,001) и страхом за личность (p=0,047).

Таблица 9

Корреляции шкал опросника «Отношение к смерти» с методиками исследования временной перспективы личности и жизнестойкости (n=323)

Категория	Принятие-приближение	Избегание	Страх	Бегство	Нейтральное принятие
Негативное прошлое	0,14**	–0,11*	0,18**	0,16**	
Гедонистическое настоящее	0,15**			0,19**	
Будущее		0,21**			
Позитивное прошлое	0,16**	0,19***			0,12*
Фаталистическое настоящее	0,23***		0,16**	0,19**	
Вовлеченность		0,2***	–0,2**	–0,19**	
Контроль	–0,14*		–0,25***	–0,18**	
Риск	–0,18**		–0,23***	0,16**	
Жизнестойкость	–0,16**		–0,25***	–0,2**	0,13*

Достоверность корреляций: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001

Таблица 10

Корреляции шкал опросника «Страх личной смерти» с методиками исследования временной перспективы личности и жизнестойкости (n=323)

Категория	Личность	Тело	Стремления	Трансценд.	Близкие	Забвение
Негативное прошлое		0,19**		0,14*		0,21***
Гедонистическое настоящее						
Будущее	0,19**	0,12*	0,12*	0,15*	0,21***	
Позитивное прошлое					0,12*	
Фаталистическое настоящее		0,14*				0,16**
Вовлеченность		–0,13*			0,18**	–0,17**
Контроль		–0,18**	–0,11*	–0,13*		–0,21***
Риск	–0,12*	–0,28***		–0,22***		–0,2**
Жизнестойкость		–0,22***		–0,15*		–0,22***

Достоверность корреляций: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001

Надо заметить, что при этом чебоксарская выборка отличалась и от одесской (ОНЭУ) (p=0,001 для обеих шкал), и от московской (ГУУ) (p=0,0044 p<0,001) повышенными показателями будущего и позитивного прошлого, с одновременно высокой негативной временной перспективой (p=0,046 – негативное прошлое выше по сравнению с Одессой, p=0,001 и p=0,044 – негативное прошлое и фаталистическое настоящее выше по сравнению с Москвой). От ГУУ чебоксарские студенты отличались и сниженной жизнестойкостью (p=0,041 – вовлеченность; p<0,001 – принятие риска; p=0,003 – жизнестойкость). При общем неблагополучии повышенная позитивная временная перспектива может считаться некоторой альтернативной защитой.

От студентов МГТУ им. Н.Э. Баумана (n=283) чебоксарцы отличались более высоким принятием приближением смерти, страхом и принятием смерти как бегства, страхом за тело, неопределенности и забвения (все шкалы – p<0,001), студенты МГТУ им. Н.Э. Баумана больше боялись за близких (p<0,001) и воспринимали смерть нейтрально (p<0,001). Жизнестойкость и временная перспектива будущего была выше у МГТУ им. Н.Э. Баумана (p<0,001), негативная временная перспектива и гедонизм – у чебоксар (p<0,001).

Вообще студенты МГТУ им. Н.Э. Баумана оказались наиболее благополучной группой. Одесская выборка отличалась от них более высокими страхами за тело (p<0,001), трансцендентности (p=0,006) и забвения (p=0,009), принятием приближение и принятием смерти как бегства (p<0,001). Бауманцы принимали смерть нейтрально (p<0,001) и избегали ее (p=0,034), боялись за близких (p=0,001) и за свою личность (p=0,016). Тот же паттерн наблюдался и с выборкой ГУУ: более высокие по сравнению с МГТУ им. Н.Э. Баумана страхи за тело (p<0,001), трансцендентных последствий (p=0,002) и забвения (p=0,051), принятие-приближение и принятие смерти как бегства (p<0,001), более низкие избегание (p<0,001) и нейтральное принятие смерти (p=0,048).

Студенты Одесского ВУЗа отличались от Московского ГУУ лишь более высоким избеганием смерти (p=0,006) и более низким страхом за личность (p=0,007).

Обсуждение результатов.

Опросник «Отношение к смерти» на русскоязычной выборке в Москве и Одессе повторил изначальную структуру, «Страх личной смерти» был улучшен нами на основании текущих данных.

Были обнаружены культурные различия на чувашской выборке: отношение к смерти молодых людей в Чебоксарах было пронизано религиозностью. Они оказались наименее благополучной группой как в отношении к смерти, так и по показателям психологического благополучия, тем самым подтвердив региональный риск [2].

Наиболее благополучной группой оказались студенты МГТУ им. Н.Э. Баумана. Надо заметить, что они были мотивированы показать себя с лучшей стороны. Мы также предполагаем, что их показатели связаны с функционированием на более высоком уровне обобщения, который играет роль культурной защиты от страха смерти.

Что касается нормативных данных, наши студенты оказались с более «эмоционально заряженной» системой отношения к смерти: они больше, чем американские студенты, избегали ее в повседневной жизни и отличались меньшим принятием (возможно, вследствие меньшей религиозности). Однако нам трудно судить об этом из-за временного лага: американские данные – 20-летней давности, сейчас показатели могут быть иными.

Были подтверждены предположения авторов методик о благополучии и неблагополучии шкал: в норме принятие-приближение, страх смерти и принятие ее как бегства были связаны со снижением психологического благополучия, а избегание и нейтральное принятие – с высокими показателями. Неблагоприятными оказались страхи последствий для тела, трансценденции и забвения. Первое соответствует идеям Э. Беккера [7, 8] и теории управления страхом смерти об окультуривании тела [13]. Последнее свидетельствует о нарушении защит самооценки и ностальгии [20, 21]. Что касается трансценденции – это страх неопределенности, он часто оказывается связан со страхом смерти, хотя в чистом виде и отрицается теорией управления страхом [6]. Благоприятную роль играет страх последствий за близких – это подтверждается теорией Ф. Зимбардо о временной перспективе: самые тесные связи с близкими (с друзьями и семьей) наблюдались у людей с высоким позитивным прошлым; а также теорией управления страхом смерти о защитах ностальгии и привязанности [15, 16, 21, 24]. Это реалистичный страх того, что уход человека может подкосить любимых, и поэтому смерти надо избегать. Он в наибольшей степени проявился на выборке студентов МГТУ им. Н.Э. Баумана.

Выводы и перспективы:

1. Можно говорить об успешной адаптации опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке: это валидные и надежные диагностические средства, которые подойдут как для скрининга, так и для индивидуальных клинических обследований [5].

2. Самая высокая и наиболее зрелая защита от страхов смерти проявилась на выборке студентов МГТУ им. Н.Баумана, что соответствует высокому уровню обобщений в этой среде.

3. Культурные отличия выборки из Чебоксар соответствуют ее отнесению в группу риска [2].

4. Результаты подтверждают теоретические постулаты в данной области исследований.

Исследование отношений к смерти является перспективной, хоть и мало пока изученной темой, особенно в отечественной литературе. Так, необходимы исследования разных возрастных групп. Важно выделять позитивные и негативные защиты от страхов смерти, чтобы при необходимости обучать людей сознательно обращаться к тем конструктам, которые дают более эффективную и зрелую защиту.

Литература:

1. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
2. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского». 2010. – 232 с.
3. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 41–54.
4. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Бадалян А.В., Саркисов С.А. Адаптация методик исследования отношений к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 2. – С. 35–42.
5. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 12.05.2014).
6. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Теория управления страхом смерти: основы, критика и развитие // Вопросы психологии. – 2014. – № 2. – С. 125–142.
7. Becker E. The denial of death. – New York: The Free Press, 1973.
8. Becker E. Escape from evil. – New York: The Free Press, 1975.
9. Burris C., Rempel J. "It's the end of the world as we know it": Threat and the special-symbolic self // Journal of personality and social psychology. – 2004. – Vol. 86. – P. 19–42.
10. Feifel H. Attitudes toward death: A psychological perspective // Journal of consulting and clinical psychology. – 1969. – Vol. 33, № 3. – P. 292–295.
11. Feifel H. Branscomb A. Who's afraid of death? // Journal of abnormal psychology. – 1973. – Vol. 81, № 3. – P. 282-288.
12. Florian V., Kravetz S. Fear of Personal Death: Attribution, Structure, and Relation to Religious Belief // Journal of personality and social psychology. – 1983. – Vol. 44. – P. 600–607.
13. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg, J., Solomon, S. Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality // Personality and social psychology review. – 2000. – Vol. 4, № 3. – P. 200–218.
14. Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory // Public self and private self / Ed. by Baumeister R.F. – New York: Springer-Verlag, 1986. – P. 189–212.
15. Hart J., Shaver P., Goldenberg J. Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system // Journal of personality and social psychology. – 2005. – Vol. 88. – P. 999–1013.
16. Holman E., Zimbardo P. The social language of time: The time perspective – social network connection // Basic and applied social psychology. – 2009. – Vol. 31. – P. 136–147.
17. Joiner T. Why people die by suicide. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.
18. Mikulincer M., Florian V. The complex and multifaceted nature of the fear of personal death: The multidimentional model of Victor Florian // Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason, P.T. Wong, eds. N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. – P. 39–63.
19. Pyszczynski T., Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder // Anxiety, Stress and Coping: An International journal. – 2011. – Vol. 24, №1. – P. 3–26.
20. Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon S., Arndt J., Schimel J. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review // Psychological bulletin. – 2004. – Vol. 130, № 3. – P. 435–468.
21. Sedikides C., Wildschut T., Routledge C., Arndt J. Nostalgia as enabler of self-continuity / Self-continuity: Individual and collective perspectives // Ed. by Fabio Sani – New York: Psychology Press, 2008. – P. 227–239.
22. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimentional Measure of Attitudes Toward Death // Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application / Ed. R. Neimeyer. N.Y.: Taylor and Francis, 1994. – P. 148.
23. Wong P.T. Meaning management theory and death acceptance // Existential and spiritual issues in death attitudes / A. Tomer, G.T. Eliason eds. – N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. – P. 65–87.
24. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric // Journal of personality and social psychology. – 1999. – Vol. 77, № 6. – P. 1271-1288.

ADAPTATION OF DEATH ATTITUDE PROFILE-REVISED AND FEAR OF PERSONAL DEATH SCALE IN RUSSIAN-SPEAKING SAMPLE

K.A. Chistopolskaya, S.N. Enikolopov, E.L. Nikolaev, G.I. Semikin, V.V. Khramelashvili, V.N. Kazantseva, T.V. Zhuravleva

The article presents the results of adaptation of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale in Russian-speaking (Russian and Ukrainian) student sample (n=1074, 18-25 years of age). The instruments proved to be reliable and valid. The differences were found in various comparison groups (most benign – Bauman Moscow State Technical University, least benign – Ulianov Chuvash State University and Cheboksary branch of Russian State Social University). Normative data are acquired for student age group. Perspectives for the future work are underlined.

Keywords: death attitudes, fear of personal death, suicidal behavior, risk groups.

УДК: 575.174.015.3 : 616.894.4

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Е.В. Лебедева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастный, А.Н. Репин, Т.Н. Сергиенко

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН, г. Томск, Россия
ФГБУ «Научно-исследовательский институт кардиологии» СО РАМН, г. Томск, Россия

Контактная информация:
Лебедева Елена Владимировна – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г.Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: lebedevaev@sibmail.com

Симуткин Герман Геннадьевич – доктор медицинских наук. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г.Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: Simutkin@pochta.ru

Счастный Евгений Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г.Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Репин Алексей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделением реабилитации больных ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН. Адрес: 634041, г. Томск, ул. Киевская, д. 111А. Телефон: (382-2) 56-58-31, e-mail: ran@cardio-tomsk.ru

Сергиенко Татьяна Николаевна – научный сотрудник отделения реабилитации больных ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН. Адрес: 634041, г. Томск, ул. Киевская, д. 111А. Телефон: (382-2) 56-58-32, e-mail: orb3@cardio.tsu.ru

В кардиологическом стационаре 288 пациентов старше 65 лет с хронической ИБС подверглись скринингу шкалами самооценки депрессии, тревоги и социальной адаптации. При положительном скрининге и информированном согласии пациента диагноз верифицирован психиатром. У 50,7% больных выявлены тревожно-депрессивные расстройства, у 62% из них обнаружены аффективные расстройства, повышенный уровень тревоги и депрессии по шкалам самооценки. Каждый десятый пациент имел суицидальные мысли: о планировании одномоментного отказа от антиангинальных средств при усилении нагрузок или согласие на операцию. Авторами делается вывод о необходимости внедрения практику скрининг шкал самооценки для выявления тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения, а так же включения психиатров в междисциплинарную команду для разработки комплексных программ реабилитации престарелых пациентов с коморбидными расстройствами.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, ИБС, междисциплинарная команда, комплексная реабилитация, суицидальное поведение, суицид, престарелый возраст.

Вопросы диагностики тревожно - депрессивных расстройств (ТДР) у пожилых пациентов на протяжении истории всегда были предметом споров психиатров. В 1904 г. E. Kraepelin отметил, что отличительной особенностью инволюционной меланхолии является наличие тревоги. Он выделял ее характеристики: позднее начало, особенности клинической картины (интенсивная тревога, часто гетерогенные для классической депрессии бредовые идеи преследования, отношения и т.п., галлюцинации) и более неблагоприятное течение,

плохой прогноз. Однако после того как в 1907 г. G. Dreyfus повторно обследовал 85 больных, отнесенных E. Kraepelin к инволюционной меланхолии, было выяснено, что более чем у половины из них в прошлом отмечались депрессивные эпизоды, а у 2/3 депрессия сменилась полноценным светлым промежутком. Эти данные заставили E. Kraepelin в последующем издании руководства по психиатрии объединить инволюционную меланхолию с маниакально-депрессивным психозом [9].

Депрессия у лиц пожилого и старческого возраста часто сопровождается другими серьезными заболеваниями (сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, сахарный диабет, онкологические заболевания, болезнь Паркинсона и др.) [7, 13-15]. Врачи и сами пациенты часто считают, что депрессия является естественным следствием этих проблем со здоровьем или социальных ограничений, накладываемых хроническим заболеванием. Кроме того, у людей преклонного возраста некоторые депрессивные симптомы являются общими с симптомами соматических заболеваний (анорексия, уменьшение массы тела, запоры, бессонница, снижение энергии, астения, нехватка воздуха, кардиалгии) [16]. Эти факторы могут приводить к ошибкам в диагностике и лечении депрессивных расстройств и увеличивать риск суицидального поведения [5, 6, 10]. По современным данным около 15% пациентов, страдающих депрессией, совершают законченные суициды [1, 3, 28]. Почти 90% завершенных суицидов связаны с наличием психиатрического диагноза у соответствующего человека, а частота аффективных нарушений составляет 40-70% [17, 18, 26].

Эпидемиологические исследования, проведенные в США, показывают, что 18% людей, которые покончили с собой, были старше 65 лет. Самый высокий уровень самоубийств (учитывались пол и расовая принадлежность) обнаружен среди белых мужчин в возрасте 85 лет и старше: в 2000 году было зарегистрировано 59 смертей на каждые 100000 человек – более, чем в 5 раз выше общенационального уровня США – 10,6 на 100000 человек [26].

Пожилые и престарелые составляют особую группу риска в отношении суицидального поведения, что связано с рядом причин [4, 12]. По данным различных исследований именно депрессия – расстройство, чаще всего ассоциируемое с самоубийством людей преклонного возраста [2, 18]. При этом проявления депрессии у пожилых пациентов, и соответственно суицидальный риск, не всегда хорошо диагностируются в общеврачебной практике. Так, отдельные исследования показали, что многие люди преклонного возраста, умершие в результате самоубийства (до 75%), были на приеме у лечащего врача в течение месяца, предшествовавшего самоубийству [21]. Для снижения суицидального риска среди престарелых лиц необходимо повысить качество выявления и лечения депрессии [12, 27].

Представляется важным иметь в распоряжении критерии, которые бы позволили оценить риск суицида у конкретного пациента, что позволяет принять решение о необходимости, например, специализированного лечения в психиатрической клинике. Отдельные авторы выделяют следующие группы критериев, на которые следует обращать внимание.

1. Указания на суицидальность: попытки суицида в течение жизни, суициды в семье или окружении (суггестивное и разрешающее действие), прямые или непрямые угрозы суицида, выражение конкретных замыслов через подготовку или осуществление суицида, «необъяснимое беспокойство» после обсуждения суицидальности и угроз суицида, уничижающие психотравмы, катастрофические травмы и крушение надежд.

2. Усиливающие факторы: ажитированное поведение, чувство вины, «застойный» аффект и агрессия, мучительная бессонница, хроническая боль.

3. Критические ситуации: начало и затухание депрессивной фазы, греховный или ипохондрический бред, биологические кризисные периоды (пубертат, беременность, роды, климактерий), алкоголизм, неизлечимые болезни.

4. Средовые соотношения: семейная дисгармония в детстве, профессиональные и финансовые трудности, отсутствие цели в жизни, потеря межличностных контактов, разочарования в любви, развод, одиночество, отсутствие поддерживающих религиозных связей [24].

Рутинный скрининг наряду с выявлением возможных тревожных и депрессивных расстройств помогает оценить и суицидальный риск. Для скрининга депрессивных расстройств у пожилых людей наибольшее распространение получила шкала депрессии пожилого и старческого возраста [20, 23, 29].

Наиболее оптимальным инструментом для повседневной клинической практики является GDS-4. Она состоит всего из четырех вопросов, которые позволяют легко оценить вероятность депрессии у пожилого человека, а, значит, и оценить вероятность суицида у соответствующего пациента. При этом данная шкала практически также чувствительна, как и более

длинные версии этого опросника. Количество баллов 2 и более указывают на вероятный "случай" депрессивного расстройства у соответствующего пожилого человека. Для более точной оценки риска суицида рекомендуется использовать дополнительные психометрические инструменты. В клинической практике легок и удобен в использовании опросник депрессии Бека, который содержит вопрос (пункт «Ж»), касающийся суицидальных мыслей.

Таким образом, при обследовании и терапии пациентов пожилого и престарелого возраста с хроническими соматическими заболеваниями важным аспектом является выявление тревожно-депрессивных расстройств и оценка суицидального риска.

Цель исследования: изучение клинических особенностей тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы.

За период с 2009 по 2012 гг. прошли скрининг самоопросниками 288 пациентов старше 65 лет (65-82 лет), госпитализированных в отделение реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН. Все пациенты страдали хронической ИБС в виде стабильной стенокардии, перенесёнными в прошлом инфарктами миокарда. Госпитализация обычно была связана с коррекцией терапии ИБС.

Для скрининга использовались следующие шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale), шкала депрессии Бека (BDI – Beck Depression Inventory), шкала тревоги Шихана (ShARS – Sheehan Anxiety Rating Scale), шкала самооценки социальной адаптации (SAS-SR – Social Adjustment Scale – Self Report).

При наличии тревожно-депрессивной симптоматики (по данным опросников) и в случае получения информированного согласия пациенты были осмотрены психиатром. Состояние оценивалось клинически в соответствии с критериями МКБ-10.

Депрессивные расстройства, выявляемые у пожилых людей, в соответствии с критериями МКБ-10 [8] могут кодироваться в следующих диагностических рубриках: органическое аффективное и/или тревожное расстройство (F06.3, F06.4), аффективное расстройство настроения (F3), невротические и связанные со стрессом расстройства (F4), а также к рубрике F2 (шизоаффективное расстройство с преобладанием депрессивных симптомов). Под расстройством понимается клинически определенная группа симптомов, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию.

В органическое аффективное и/или тревожное расстройство (F06.3, F06.4) включались различные состояния, гипотетически связанные с органическими заболеваниями, однако не отвечающие критериям деменции или делирия, а также не сочетающиеся случайно с органическим заболеванием, и не являющиеся психологической реакцией на эти симптомы. Тревожное или депрессивное расстройство возникало через несколько недель / месяцев после появления болезни, повреждения или дисфункции головного мозга, а после устранения или излечения от этого повреждения должно наблюдаться выздоровление от психического расстройства, при отсутствии предположительных данных об иной причине психического синдрома (семейная отягощенность, провоцирующий стресс).

К рубрике невротических и связанных со стрессом расстройств (F4) подпадали депрессивные и тревожные состояния, связанные с психологическими причинами (с отражением в клинической картине психотравмирующих событий и наличием временной связи между возникновением событий и симптоматики).

Далее больные были разделены на группы в зависимости от диагностированной рубрики расстройства. Лица без ТДР (по результатам оценки самоопросников) вошли в 1 группу. Вторая группа представлена пациентами с невротическими и связанными со стрессом расстройствами, F4. В третью группу включены больные с аффективными расстройствами, F3. Четвёртая объединила пациентов с органическими аффективными и тревожными расстройствами, F06.3–06.4 (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика выборки пациентов

Группы	n м/ж	Процент от общей группы больных	Процент от осмотренных психиатром
1 группа (без ТДР)	142 108/34	49,3	0
2 группа (F4)	34 20/14	11,8	23,1
3 группа (F3)	91 45/46	31,6	61,9
4 группа (F06.3-F06.4)	21 15/6	7,3	14,3

Наряду с диагностикой психического состояния оценивался суицидальный риск для последующей разработки комплексных программ реабилитации пациентов пожилого и преклонного возраста с хронической ИБС и тревожно-депрессивными расстройствами силами междисциплинарной команды.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ Statistica-8.0. Для оценки параметрических данных использовался Т-критерий для независимых групп; альтернативно Т-критерию, при отсутствии нормального распределения признаков, использовался критерий Манна-Уитни и критерий Вилкоксона (данные представлялись в виде «среднее±отклонение среднего», статистически значимым считался уровень $p<0,05$), χ^2 – для оценки частот диагностических рубрик.

Результаты и обсуждение.

Средний возраст обследованных составил 76,0±5,6 лет. Группы достоверно не различались по возрасту ($p>0,05$). Первая группа оказалась самой многочисленной – 49,3% пациентов (n=142), с преобладанием мужчин (108 мужчин и 34 женщины). Они не выявляли ТДР по данным опросников самооценки депрессии и тревоги. В этой группе отсутствовали пациенты с суицидальным поведением (по данным пункта «Ж» опросника депрессии Бека). Вторая группа – 23,1% от осмотренных психиатром и 11,8% от общей группы больных (n=34), из них мужчин – 20, женщин – 14. Третья группа составила 61,9% от осмотренных психиатром и 31,6% от общей группы, включенных в исследование (n=91, мужчин – 45, женщин – 46).

В четвертую группу включены 14,3% (n=21) от осмотренных психиатром больных, что составляет 7,3% от общей группы пациентов, из них мужчин – 15, женщин – 6. Эти данные соответствуют результатам, полученным другими исследователями при оценке частоты депрессии у больных с ИБС, получающих лечение в стационарных условиях [11].

Следует отметить особенности симптоматики депрессии у пожилых больных с хронической ИБС: выраженное беспокойство о здоровье, трудно корригируемая бессонница, боли в сердце (как стенокардитические, так и кардиалгические). На первый план выходят именно соматические жалобы (в том числе нарушение аппетита и вкуса, запоры, хроническая политопная боль). Имеют место жалобы на плохую память или симптоматика псевдодеменции, анергия («нет сил»), апатия и низкий уровень мотивации («ничего не хочу», «зачем»). Жалобы на плохое настроение редки. Более выражена тревога за здоровье и страх смерти, каким-то образом сочетающиеся с желанием умереть. Тревожная симптоматика преобладает над депрессивной. Клинически часто бывает трудно определиться, является ли расстройство тревожной депрессией или тревогой с депрессивными симптомами.

При опросе пациенты среди стрессовых факторов указывали на переживания в связи со старением и немощью, хронической политопной болью («все болит»), увеличение проблем со здоровьем и количества выставляемых диагнозов («ИБС, стенокардия, аритмия, атеросклероз»), обострение других сопутствующих заболеваний, тяжелая болезнь близкого человека, усталость от госпитализаций, тяжелые жизненные события (утрата: смерть, разлука; переезд для совместного проживания с детьми или из других «республик СССР»), потеря работы, доходов, а также друзей, знакомых, соседей («наше поколение ушло, я одна/один»); утрата независимости («ничего сам не могу», «о любой мелочи нужно кого-то просить»); памятные даты и связанные с ними воспоминания, обесценивание идеалов, присущих советскому периоду истории России, одиночество (особенно у мужчин) и социальная изоляция.

У пожилых и престарелых мужчин с хронической ИБС чаще депрессивный синдром носил оттенок раздражительности, угрюмости, у женщин – тревоги, конверсионных проявлений. Тем не менее, мы встречали больных в возрасте старше 65 лет, у которых депрессия протекала с типичным меланхолическим синдромом.

Таблица 2

Клинические особенности ТДР по данным самоопросников

Группы	HADSa	HADSd	BDI	ShARS	SAS-SR
1 группа (без ТДР)	4,9±3,2	5,5±3,0	16±3,4	22,4±19,0	39,6±8,3
2 группа (F4)	8,4±4,0	7,3±2,0	20,1±3,3	39,3±17,8	37,5±6,4
3 группа (F3)	9,8±4,4	9,2±3,3	22,2±4,0	37,9±17,9	33,4±6,7
4 группа (F06.3-F06.4)	11,8±3,0	10±3,4	23±5,0	44±7,6	32,8±6,8

Наряду с клинической оценкой были проанализированы данные выраженности тревожно-депрессивной симптоматики по результатам заполненных шкал самооценки (табл. 2).

Пациенты с аффективными расстройствами и органическими депрессивными / тревожными расстройствами имели более высокие баллы по шкалам самооценки и нарушение социальной адаптации по одноименной шкале. Достоверные различия ($p<0,05$) получены при сравнении всех показателей у лиц с аффективными расстройствами (3 группа) и без расстройств (1 группа). Отсутствие различий с другими группами возможно связано с их малочисленностью.

При анализе пункта «Ж» (в опроснике депрессии Бека) выявлены только внутренние формы суицидального поведения. У одного пациента была в анамнезе прерванная суицидальная попытка (ножевое ранение). Частота активных суицидальных мыслей (замыслов и намерений) среди стационарных пациентов ИБС с ТДР составила 2,1% (n=3), 1,0% среди всей группы исследования.

В беседе удалось выяснить о следующих, особых для больных хронической ИБС, суицидальных планах и намерениях: уйти из дома без антиангинальных средств и увеличить физическую нагрузку («оставлю дома нитроглицерин и буду долго идти/бежать, пока не умру от инфаркта», «буду настаивать на операции, хоть умру без боли»), наряду с планом принять большие дозы назначенных лекарств, совершить падение под движущийся транспорт или падение с высоты. Последний способ совершения суицида соматических пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделениях многоэтажных медицинских учреждений, периодически освещается в средствах массовой информации. Эти поступки пугают других больных стационара, деморализуют врачей, и могут быть использованы для поиска виноватых (часто медицинских работников). Хотя в основе лежит недиагностированное психическое, чаще депрессивное расстройство.

Антивитальные переживания и пассивные суицидальные мысли обнаружены у 16,2% больных с ТДР (n=23) – это 8,0% от общей группы пациентов. В беседе пациенты отмечали бессмысленность жизни и нежелание отягощать своим присутствием жизнь близких, нежелание жить далее без конкретных планов (с обращением к Богу «о даровании смерти»).

Оценка риска суицида в пожилом возрасте должна проводиться с учетом определенных факторов [19], наличие которых увеличивает вероятность суицидального поведения у соответствующего пациента (табл. 3).

Ряд авторов [19, 22, 25] указывают на тот факт, что именно совокупность различных биопсихосоциальных факторов обусловливает повышение риска возникновения депрессии и суицидального поведения у пожилых людей. В большинстве стран наибольшая частота суицидов отмечается именно в этой возрастной группе, частично потому, что вред, причиненный самому себе, чаще является смертельным в этой возрастной группе [27]. Высокая частота суицидального поведения обычно объясняется тем, что пожилые люди принимают яд в больших количествах или используют более смертоносные способы и имеют большее желание умереть в связи с хроническим заболеванием и социальной изоляцией [21].

В связи с вышеизложенным, врач, наблюдающий конкретного пациента по поводу сомато-неврологического заболевания (в том числе с хронической ИБС), должен быть внимателен по отношению к нюансам изменения поведения, внешнего вида, изменений в личной жизни у пациента, которые могут «сигнализировать» о повышенном риске суицида.

Это могут быть необычные высказывания:
– размышления о малой ценности жизни;
– фантазии о собственной смерти;
– суицидальные мысли;

Таблица 3

Факторы риска суицидального поведения у пожилых пациентов

Общие факторы	Психиатрические факторы
1. Мужской пол. 2. Проживание в одиночестве. 3. Неадекватная общественная поддержка. 4. Значимая потеря (например, тяжелая утрата – особенно опасен первый год после потери). 5. Наличие хронического соматического заболевания (особенно сопровождающегося болью). 6. Злоупотребление алкоголем. 7. Культуральная допустимость (в некоторых обществах суицид более приемлем, чем в других).	1. Суицидальная попытка в прошлом. 2. Ажитация. 3. Инсомния. 4. Чувство вины. 5. Безнадежность. 6. Сниженная самооценка. 7. Ипохондрическая озабоченность.

– высказывания, фиксированные на кризисной ситуации, состоянии здоровья, неблагоприятном исходе болезни, предстоящей операции, послеоперационного периода;

– отрицание объективно существующей актуальной проблемы;

– наличие просьб о прощении к окружающим;

– высказывание мыслей, содержание которых прямо или косвенно свидетельствует о «прощании».

Необходимо воспринимать серьезно даже, так называемые, угрозы суицида шантажирующего характера.

У пациента может появиться необычное поведение:

– «уход» в себя, замкнутость, склонность к уединению;

– неадекватная стрессовой ситуации гиперактивность;

– отказ от помощи; наличие суицидальных угроз;

– признаки прощания (раздача долгов, личных вещей, подарков, оформление завещания);

– подготовка или наличие плана суицида;

– подготовка или наличие средств суицида (накопление или закупка лекарственных средств, сильнодействующих, ядовитых и химических веществ, огнестрельного или холодного оружия, колющих, режущих предметов, шнура, поиск открываемых окон, отдаленных помещений, выходов на крыши зданий, лестничные проемы высоких этажей).

О наличии психических расстройств могут свидетельствовать:

– депрессивная симптоматика (сниженное настроение; чувство вины;

– нарушение сна (особенно ранние пробуждения) и аппетита;

– скорбное выражение лица; малоподвижность;

– взгляд в одну точку, избегание контакта глазами и другие симптомы;

– психотические проявления (бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, преследования, воздействия, слуховые галлюцинации императивного характера («приказывающие голоса»);

– нарушения поведения в виде возбуждения, агрессии, страха, тревоги, ажитации, импульсивности.

Выводы:

1. Более половины пациентов старше 65 лет, госпитализированных в кардиологический стационар для лечения хронической ИБС, обнаруживают тревожно-депрессивные расстройства. Наиболее часто среди ТДР (до 62%) представлены аффективные расстройства. Лица с аффективными расстройствами и органическими аффективными / тревожными расстройствами имеют более высокие баллы по шкалам самооценки депрессии и тревоги, и более низкий уровень социальной адаптации, по сравнению с лицами без ТДР. Однако пациенты с невротическими и связанными со стрессом расстройствами также нуждаются в пристальном внимании, поскольку реактивные состояния так же могут быть связаны с суицидальным поведением.

2. Каждый десятый пациент, госпитализированный в кардиологический стационар с хронической ИБС, может иметь антивитальные переживания и пассивные или активные суицидальные мысли. В качестве особых способов суицида они могут выбирать одномоментное прекращение приема антиангинальных средств при выраженных физических нагрузках или оперативное лечение ИБС. В связи с последним у больных с ТДР и хронической ИБС необходимы выявление и терапия психических расстройств амбулаторно, до направления больного в стационар. Только экстренные вмешательства возможны у пациентов с аффективными расстройствами до назначения антидепрессивной терапии.

3. Среди клинических особенностей ТДР в этой группе больных следует отметить следующее: неспецифические соматические симптомы депрессии выдвигаются пожилыми пациентами как главные жалобы (анергия, астения, нарушение сна, аппетита, стула), хроническая боль. Эти жалобы могут трактоваться врачами как ипохондрические и/или присущие сопутствующим соматическим заболеваниям, в том числе ишемической болезни сердца.

4. Тревога часто сопровождает депрессию позднего возраста. Симптомы депрессии и тревоги могут сосуществовать. Иногда тревога доминирует и, лежащая в основе клинической картины депрессия, не выявляется. Субъективная жалоба на снижение памяти может быть ведущим симптомом депрессии в этом возрасте. Также могут обнаруживаться обсессивно-компульсивные или истерические симптомы.

5. Для врача-специалиста, работающего с депрессивным пациентом, представляется весьма важным иметь в распоряжении критерии, которые бы позволили оценить риск суицида у конкретного пациента, что, в свою очередь, позволяет принять решение о необходимости, например, специализированного стационарного лечения в психиатрической клинике.

В связи с этим необходимо внедрять в клиническую практику шкалы для выявления ТДР и суицидального поведения. При обнаружении пациентов с возможными ТДР и/или суицидальным поведением привлекать специалистов службы психического здоровья для разработки комплексных программ реабилитации лиц с коморбидными расстройствами в пожилом и старческом возрасте.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 48 с.
2. Васильев В.В., Ковалёв Ю.В., Имашева Э.Р. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 30-35.
3. Гелъдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: в 2-х т. – Киев, 2000.
4. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 58-63.
5. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 5-6.
6. Кошелева Г.Г., Ширяев О.Ю., Неретина А.Ф. Анализ соматической патологии у суицидентов // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 39-41.
7. Лебедева Е.В., Гуткевич Е.В., Иванова С.А. и соавт. Феномен коморбидности депрессии и коронарной болезни в свете современных достижений генетики (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 41-47.
8. Международная классификация болезней (10-пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб: Адис, 1994.
9. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 329 с.
10. Решетова Т.В. О суицидальном поведении больных соматической клиники // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 37-39.
11. Розин А.И., Счастный Е.Д., Гарганеева Н.П. Механизмы взаимосвязи депрессии и ишемической болезни сердца (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 117-120.
12. Соколов Д.А., Дементьева И.А., Гусакова З.С. Методические подходы к предупреждению гетероагрессивного поведения среди пациентов геронтопсихиатрического центра // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 36-37.
13. Счастный Е.Д., Семке А.В., Размазова Л.Д. и соавт. Биологические и клинико-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5. – С. 18-27.
14. Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Невидимова Т.И. и соавт. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 23-33.
15. Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Горшкова Л.В. и соавт. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6. – С. 9-13.
16. Шахурова Н.И., Гарганеева Н.П., Счастный Е.Д. Специфика хосписа как места оказания паллиативной помощи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № Приложение. – С. 311-313.
17. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
18. Hawton E.K., Van Heeringen K. The international handbook of suicide and attempted Suicide. – Chichester: John Wiley&Sons, 2001. – 755 p.
19. Baldwin R., Wild R. Management of depression in later life // Advances in Psychiatric Treatment. – 2004. – 10. – P. 131-139.
20. Brink T.L., Yesavage J.A., Lum O. et al. Screening tests for geriatric depression // Clinical Gerontologist. – 1982. – № 1. – P. 37-44.
21. Conwell Y., Duberstain P.R., Caine E.D. Risk factors for suicide in later life // Biological Psychiatry. – 2002. – Vol. 52. – P. 193-204.
22. Katona C. Managing depression in older people // Advances in Psychiatric Treatment. – 1996. – № 2. – С. 178-185.
23. Katona C.L.E., Katona P.M. Geriatric depression scale can be used in older-people in primary-care // BMJ. – 1997. – Vol. 315, № 7117. – P. 1236-1236.
24. Kielholz P., Poldinger W., Adams C. Masked Depression. Basel: Deutsche Artzte-Verlag. – 1982. – 106 p.
25. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A. et al. Self-directed violence // In World Report on Violence and Health. – Geneva: World Health Organization. – 2002. – P. 185-212.
26. NCIPC (National Center for Injury Prevention and Control). – 2000 // http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/
27. Spicer R.S., Miller T.R. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method // American Journal of Pablic Health. – 2000. – Vol. 90. – P. 1885-1891.
28. World Health Organization (2001). World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding. New Hope. Geneva: WHO.
29. Yesavage J.A. Geriatric Depression Scale // Psychopharmacol. Bull. – 1988. – Vol. 24, №4. – P.709-711.

PARTICULARLY DISTURBING, DEPRESSIVE DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE WITH CHRONIC CAD

E.V. Lebedeva, G.G. Simutkin, E.D. Schastnyy, A.N. Repin, T.N. Sergienko

In cardiology hospital 288 patients older than 65 years with chronic coronary artery disease underwent screening self-assessment scales for depression, anxiety and social adaptation. With a positive screening and informed consent of the patient the diagnosis was verified by a psychiatrist. 50,7% of the patients had anxiety-depressive disorder, 62% of them were found affective disorders, elevated levels of anxiety and depression on the scale of self-esteem. 10 Each patient had suicidal thoughts: the scheduling of simultaneous failure of antianginal drugs in the amplification loads or consent for surgery. In practice should implement self-screening scales to detect anxiety

and depressive disorders and suicidal behavior include psychiatrists in an interdisciplinary team to develop comprehensive rehabilitation programs in geriatric patients with comorbid disorders.

Keywords: anxiety and depressive disorders, ischemic heart disease, an interdisciplinary team, comprehensive rehabilitation, suicidal behavior, old age.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция печатного периодического научно-практического журнала «*Суицидология*» принимает к публикации материалы, по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.
2. Агрессия (ауто-; гетероагрессия и др.).
3. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведении и агрессии.
4. Методы превенции и коррекции.
5. Социальные, социологические, правовые аспекты суицидального поведения.
6. Педагогика и агрессивное поведение, суицид.
7. Историческая суицидология.
8. Другие близкие темы.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте elibrary.ru

В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале, *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном сайте.

3. На титульной странице статьи указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Tymes New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы.

Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается резюме объемом до 120 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Он должен содержать *только существенные факты работы,* в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.

Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

10. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи.

В списке перечисляются в *алфавитном порядке* сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц;

б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»;

в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

12. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

13. *Статьи*, поступившие в редакцию, *подлежат рецензированию*. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала.

14. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

16. Плата за публикацию не взимается.

Статьи в редакцию направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология» или по e-mail: sibir@sibtel.ru