

Предикторы суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью

БИСАЛИЕВ Р.В. к.м.н., докторант Национального научного центра наркологии Росздрава, Москва;
e-mail: rafaelbisaliev@gmail.com

Выявлены биологические, психологические и социальные предикторы суицидального поведения у 111 больных алкоголизмом. Предложен ряд мероприятий по ранней превенции их суицидального поведения. Ключевые слова: алкогольная зависимость, суицидальное поведение, профилактика

Введение

Проблема самоубийств в Российской Федерации приобретает с каждым годом все более глобальный характер. Распространенность суицидов в стране колеблется в пределах 32—36 случаев на 100 тыс. населения, в то же время средний показатель смертности по причине суицидов в мире составляет 14,5 на 100 тыс. населения [12]. В этом контексте особую значимость приобретают алкогольные проблемы. Доля официально зарегистрированных больных алкогольной зависимостью среди общей популяции суицидентов в России составляет 5,8—15% [20], хотя реально это доля может составлять от 30 до 60% [24]. К сожалению, до настоящего времени остается дискуссионным вопрос относительно предикторов суицидального поведения у таких больных.

Необходимость изучения предикторов и поиск путей устранения или ослабления степени их негативного влияния с целью профилактики различных проявлений суицидального поведения имеет первостепенное значение для современной психиатрии и наркологии.

Предиктор — это любая характеристика, неизбежно высоконаследуемая, по которой можно составить индивидуальный прогноз в отношении возникновения заболевания (в нашем случае — суицидального поведения) в будущем и может быть характеристикой как индивида, так и среды [21].

Целью настоящего исследования было определение предикторов суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью.

Пациенты и методы исследования

Обследовано 111 больных с диагнозом хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) — средняя стадия, фаза поддерживающего лечения. F10.2.2.2, среди которых было 76 мужчин (68,5%) и 35 женщин (31,5%). Возраст респондентов варьировал от 18 до 60 лет (средний возраст $37 \pm 0,8$ года). Все пациенты находились на стационарном и амбулаторном лечении в наркологическом центре при Астраханской госуда-

рственной медицинской академии. При обследовании соблюдался принцип добровольного согласия.

В соответствии с поставленной целью пациенты были разделены на две группы: первая (основная) группа — больные алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС); вторая группа (сравнения) — больные алкоголизмом без суицидального поведения (БА).

В первую группу (основная группа) вошли 40 чел. (36,0%), из них 18 мужчин (45,0%) и 22 женщины (55,0%). Вторую группу (группа сравнения) составил 71 чел. (63,9%), включая 60 мужчин (84,5%) и 11 женщин (15,5%). Длительность заболевания в обеих группах — в среднем 9,1 года.

Для определения предикторов была разработана карта обследования аддиктивных больных. Следует отметить, что при ее разработке за основу были взяты карты обследования аддиктивных больных других авторов [5, 13, 23].

Статистическая обработка материала проведена с помощью программного пакета Statistica 6.0. Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия χ^2 -Пирсона. Критерий χ^2 -Пирсона позволяет сравнивать группы вне зависимости от характера распределения в них частот признаков. Данный критерий применим для оценки достоверности различий между двумя независимыми выборками, измерения в которых могут быть проведены в любой шкале, так как многие другие критерии имеют ограничения на измерения, а именно либо только в порядковой шкале, либо в шкалах интервалов и отношений [22].

Среди биологических предикторов суицидального поведения изучались возрастные межгрупповые характеристики (табл. 1).

Результаты и их обсуждение

Несмотря на отсутствие достоверных различий между сравниваемыми группами больных по возрастному критерию, тем не менее, выявлены некоторые особенности. В отличие от пациентов группы сравнения, алкогольная зависимость в основной группе больных констатировалась не для всех возрастных подгрупп. В группе

БАС многочисленный контингент лиц был в возрасте 36—37 лет, тогда как в группе БА — в возрасте 34—35 лет. Можно предположить, что возрастной фактор в большей степени является предиктором алкогольной зависимости, так как в большинстве случаев развитие алкоголизма происходит к 30 годам [26]. Несомненно, возрастной аспект должен учитываться при проведении профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, так как среди всех суицидентов доля лиц трудоспособного возраста превышает 75%, а показатель частоты суицидов среди них на 26% выше, чем по стране в целом [24].

По половому признаку установлено преобладание женщин над мужчинами в группе БАС (табл. 2). В группе сравнения, наоборот, мужчин было значительно больше, чем женщин. Полученные результаты согласуются с исследованиями отечественных авторов, в которых также установлено, что больные алкогольной зависимостью женщины чаще, чем мужчины, совершают парасуициды [25]. Вместе с тем, некоторые авторы утверждают, что в настоящее время только мужской пол может быть высокозначимым и безусловным предиктором суицидальности [9, 27].

По анамнестическим данным, психопатологическая отягощенность шизофренией была достоверно выше у больных основной группы. Отягощенность шизофренией наблюдалась по линии отца (5,0% — I группа против 0,0% — II группа) (рис. 1).

Весьма высокие различия были получены по наследственной отягощенности аффективной патологией (маниакально-депрессивный психоз, циклотимии, депрессии). Она также чаще фиксировалась в группе больных с суицидальным поведением по линии отца (10,0% против 0,0%). У пациентов без суицидов, напротив, отягощенность аффективной патологией отмечена по линии матери (0,0% против 1,4%). В семьях с суицидальными попытками обнаружена значительная генетическая отягощенность униполярными, биполярными и другими расстройствами настроения [16].

Что касается наследственной отягощенности алкоголизмом, то ее различия не достигали степени статистической достоверности между обеими группами (50,0% против 46,5%), хотя у пациентов в первой группе она была несколько выше. А.В. Сахаров [24], анализируя данные по наследственной отягощенности

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст, лет	I группа (БАС), n=40		II группа (БА), n=71	
	Абс.	%	Абс.	%
18 — 19	0	0,0	4	5,6
20 — 21	0	0,0	2	2,8
22 — 23	1	2,5	1	1,4
24 — 25	5	12,5	4	5,6
26 — 27	1	2,5	6	8,5
28 — 29	4	10,0	1	1,4
30 — 31	3	7,5	3	4,2
32 — 33	2	5,0	4	5,6
34 — 35	4	10,0	12	16,9
36 — 37	6	15,0	4	5,6
38 — 39	2	5,0	4	5,6
40 — 41	0	0,0	3	4,2
42 — 43	0	0,0	2	2,8
44 — 45	2	5,0	3	4,2
46 — 47	2	5,0	4	5,6
48 — 49	0	0,0	4	5,6
50 — 51	4	10,0	2	2,8
52 — 53	0	0,0	5	7,0
54 — 55	2	5,0	0	0,0
56 — 57	0	0,0	1	1,4
58 — 59	0	0,0	2	2,8
60	2	5,0	0	0,0
Всего	40	100,0	71	100,0

алкоголизмом у алкогользависимых, совершивших и не совершавших суицидальные действия, получил следующие результаты: в группе больных с суицидами отягощенность алкогольной зависимостью составила 57,1%; в группе без суицидов — 37,5%. Имеются сведения о более высокой отягощенности алкоголизмом у суицидентов с алкогольной зависимостью (92,3%) [15] и у 38,8% в общей популяции суицидентов [19].

Ожидаемых различий по отягощенности наркоманиями в нашем исследовании также не было выявлено. Так, в основной группе она обнаружена у 10,0%, в группе сравнения — у 11,2%. Отягощенность наркоманиями в группе БАС наблюдалась по линиям отца и других родственников, в группе БА — по всем линиям родства: отца, матери, других родственников.

Анализировались факты наличия патологии беременности и родов у матерей больных алкогольной зависимостью. Частота показателя «токсикозы» первого триместра беременности у матерей больных первой группы значимо превышала таковую у матерей боль-

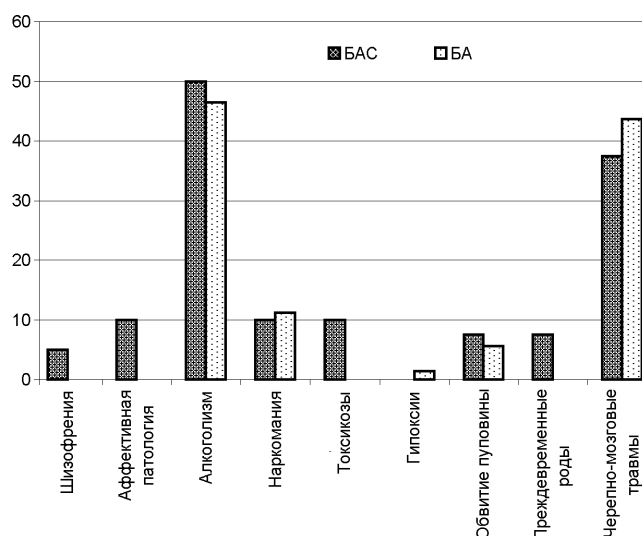


Рис. 1. Биологические предикторы суицидального поведения у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

Таблица 2

Распределение больных по полу

Возраст, лет	I группа (БНС), n=40				II группа (БН), n=71			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
18 — 19	0	0,0	0	0,0	4	5,6	0	0,0
20 — 21	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0
22 — 23	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	1,4
24 — 25	3	7,5	2	5,0	2	2,8	2	2,8
26 — 27	1	2,5	0	0,0	5	7,0	1	1,4
28 — 29	2	5,0	2	5,0	1	1,4	0	0,0
30 — 31	1	2,5	2	5,0	3	4,2	0	0,0
32 — 33	0	0,0	2	5,0	4	5,6	0	0,0
34 — 35	4	10,0	0	0,0	9	13,0	3	4,2
36 — 37	0	0,0	6	15,0	1	1,4	3	4,2
38 — 39	2	5,0	0	0,0	4	5,6	0	0,0
40 — 41	0	0,0	0	0,0	3	4,2	0	0,0
42 — 43	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0
44 — 45	0	0,0	2	5,0	3	4,2	0	0,0
46 — 47	0	0,0	2	5,0	4	5,6	0	0,0
48 — 49	0	0,0	0	0,0	4	5,6	0	0,0
50 — 51	2	5,0	2	5,0	2	2,8	0	0,0
52 — 53	0	0,0	0	0,0	5	7,0	0	0,0
54 — 55	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
56 — 57	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
58 — 59	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0
60	0	0,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0
Всего	18	45,0	22	55,0	60	84,5	11	15,5

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

ных второй группы (10,0% против 0,0%). По показателям «гипоксия плода» — 0,0% против 1,4% и «обвитие пуповины» — 7,5% против 5,6% различий в сравниваемых группах не обнаружено.

Достоверные различия обнаружены по показателю «преждевременные роды», который был выше у матерей пациентов основной группы (7,5% против 0,0%).

Разницы по черепно-мозговым травмам в преморбидном периоде между сравниваемыми группами больных выявлено не было (37,5% против 43,7%).

С определенной долей вероятности можно предположить, что множественные патологические факторы беременности и родов у матерей, а также черепно-мозговые травмы у алкогользависимых, накапливаясь, обуславливают развитие комплекса соматопсихической неполноценности, тем самым, являясь патопластической

«почвой» формирования психических и поведенческих расстройств, включая суицидальное поведение.

Результаты статистической обработки по биологическим предикторам суицидального поведения методом χ^2 -Пирсона отражены в табл. 3.

Для подтверждения гипотезы «наследования аутоагрессии» нами проведен опрос родителей и других родственников (тети, дяди, двоюродные братья, сестры) на предмет наличия у них в анамнезе суицидальных мыслей и попыток (табл. 4).

Следует отметить, что при сборе материала отцы пациентов значительно реже обращались за психологической и психотерапевтической помощью. Визиты к специалисту в большинстве случаев ограничивались выяснением соматического и психического состояния больных. Отцы не проявляли активности и инициа-

Таблица 3

Результаты статистических данных по биологическим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 -Пирсона	Уровень значимости
Наследственная отягощенность		
Возраст	49,72	0,08
Пол	23,47	0,001
Шизофрения (по линии отца)	9,294	0,02
Шизофрения (по линии матери)	2,568	0,45
Аффективная патология (по линии отца)	4,391	0,03
Аффективная патология (по линии матери)	0,01	0,92
Алкоголизм (по линии отца)	0,029	0,86
Алкоголизм (по линии матери)	0,568	0,45
Алкоголизм (другие родственники)	1,138	0,28
Токсикозы	7,365	0,007
Гипоксия плода	0,568	0,45
Преждевременные роды	5,473	0,02
Обвитие пуповины	0,151	0,69
Черепно-мозговые травмы	0,4	0,52
Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$		

Таблица 4

Суицидальное поведение у родственников больных алкоголизмом

Суицидальное поведение	I группа (БАС), n=40		II группа (БА), n=71	
	Абс.	%	Абс.	%
Матери (n=61)				
Суицидальные мысли	22	36,0	0	0,0
Суицидальные попытки	17	27,8	0	0,0
Отцы (n=37)				
Суицидальные мысли	6	16,2	0	0,0
Суицидальные попытки	2	5,4	0	0,0
Другие родственники (n=32)				
Суицидальные мысли	3	9,3	2	6,2
Суицидальные попытки	0	0,0	0	0,0

тивности в настоящем исследовании, так как опасались огласки. Большинство из них полагало, что участие в исследовании, с одной стороны, предполагает отнесение их к лицам с «ненормальной» психикой, с другой стороны, выглядит проявлением слабости. В связи с этим из 63 чел. только 37 ответили на вопросы, касающиеся суицидального поведения. Отметим, суицидальные тенденции по первой степени родства констатировались лишь в основной группе больных. Исследование молодых семей самоубийц показало, что среди родственников первой степени родства частота суицидов выше, чем у остальных [17].

Безусловно, наличие суицидальных тенденций у родственников больных алкогольной зависимостью является важным прогностическим признаком суицидальности у пациентов. В то же время нельзя не согласиться с мнением А.Г. Амбрумовой [2], которая считает, что истинной суицидальной наследственностью не существует, наследуется не склонность к суициду, а психическое заболевание или расстройство, обуславливающее в структуре своих психопатологических проявлений суицидальное поведение в определенных социально-психологических кондициях.

Клинические формы суицидальной активности до развития алкогольной зависимости наблюдались у 32,5% основной группы и у 5,6% группы сравнения ($p \leq 0,05$). Суицидальные мысли отмечались у 10,0% и 5,6% (женщины), соответственно; суицидальные попытки в виде самоотравления выявлены у 12,5%; самопорезы — у 10,0% (мужчины).

Распределение суицидальных форм поведения представлено на рис. 2.

Выявлено интересное распределение суицидальной активности. В преморбиде суицидальные тенденции чаще наблюдались у лиц мужского пола. В динамике алкогольной зависимости суицидальные формы аутоагрессии, как указывалось ранее, преобладали у женщин. Очевидно, суициды у мужчин в возрастной группе 15—19 лет численно преобладают над таковыми у представительниц женского пола приблизительно в 4 раза [17]. А влияние алкогольной интоксикации наиболее суицидогенно для женщин [3]. Кстати, наличие суицидальных попыток в анамнезе является предиктором повторного суицидального акта. Из тех, кто совершил суицидальные попытки, как правило, 20—60% повторяют их в течение первого года, причем 50% — весьма «успешно» [24].

Нельзя не сказать о психологических предикторах суицидального поведения. Весомую роль в генезе суицидального поведения играют акцентуации характера, психопатии, невротические расстройства, девиантное поведение, делинквентность (табл. 5). В наших исследованиях у больных обнаружены следующие акцентуации: гипертимная, циклоидная астено-невротическая,

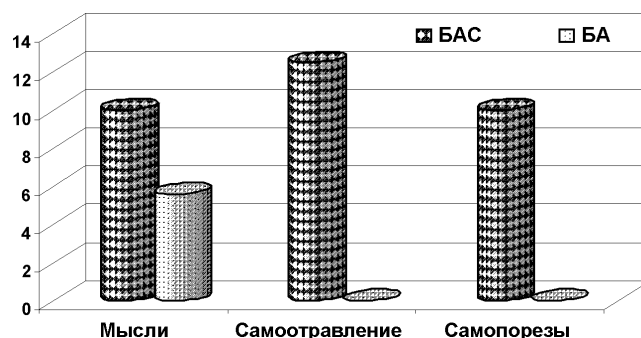


Рис. 2. Распределение суицидальных форм поведения у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и у больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

сенситивная, психастеническая, истероидная и неустойчивая. Однако статистических различий между обеими группами не обнаружено. Данное обстоятельство можно интерпретировать двояко. С одной стороны, это подтверждает распространенное в литературе мнение об отсутствии «алкогольной личности», равно как и «суицидальной». С другой стороны, достоверно меньшее количество акцентуаций в группе БАС свидетельствует о том, что акцентуации являются в большей степени предикторами алкоголизма.

Что касается психопатий, то среди всех нами установленных достоверные отличия были получены по психастеническому типу. Психастенический тип психопатии чаще встречался у больных алкоголизмом с суицидальным поведением (12,5% против 0,0%). Взгляды разных авторов на взаимосвязь психопатии и самоубийства крайне противоречивы. Одни исследователи полагают, что психопатии редко становятся причинами завершённых суицидов. Вместе с тем, у психопатов обнаружена повышенная склонность к парасуицидам — суицидальным угрозам, самоповреждениям [28]. Другие считают, что психопатии тесно связаны с самоубийством [9]. При этом наиболее часто суицидальному поведению подвержены лица с истерическим (39%) и возбудимым (30%) типами психопатий, несколько реже — с расстройствами астенического и аффективного круга (11%) [14]. По данным R. Battegay [1], у 68% больных хроническим алкоголизмом имеет место семейная отягощённость психопатиями, отмеченными склонностью к самоубийству. На наш взгляд, установленное статистическое превышение психопатий вообще и определенных ее типов в частности в группе больных алкогольной зависимостью с суицидами позволяет отнести психопатии к предикторам суицидального поведения у больных алкоголизмом.

Невротические расстройства в первой группе фиксировались в 25,0%, а во второй группе — в 0,0% случаев. То есть невротические расстройства в преморбиде являются высокопрогностическим признаком

Психологические предикторы суицидального поведения

	I группа (БАС), n=40		II группа (БА), n=71	
	Абс.	%	Абс.	%
Акцентуации				
Гипертимная	0	0,0	3	4,2
Циклоидная	0	0,0	2	2,8
Астено-невротическая	0	0,0	3	4,2
Сенситивная	0	0,0	1	1,4
Психастеническая	3	7,5	7	9,9
Истероидная	0	0,0	4	5,6
Неустойчивая	2	5,0	8	11,3
Всего	5	12,5	28	39,4
Психопатии				
Возбудимая	5	12,5	5	7,0
Астено-невротическая	0	0,0	3	4,2
Психастеническая	5	12,5	0	0,0
Смешанная	5	12,5	5	7,0
Всего	15	37,5	13	18,2
Невротические расстройства	10	25,0	0	0,0
Девиантное поведение	8	20,0	24	33,8
Делинквентность	2	5,0	6	8,5
Антисоциальное поведение	0	0,0	1	1,4

в отношении суицидов у больных алкоголизмом. По данным Т.Н. Козлова [17], наследственная отягощенность у суицидентов неврозами и реактивными психозами составила 1,25%.

Среди особенностей поведения, таких, как девиантность (20,0% против 33,8%), делинквентность (5,0% против 8,5%) и антисоциальное поведение (0,0% против 1,4%), различий не обнаружено между обеими группами больных. Вероятно, эти феномены являются предикторами как хронического алкоголизма, так и суицидального поведения. Кстати, такие явления, как самоубийство, алкоголизм, наркомания и преступность, объединяются на основе понятия *нарушение социальной адаптации*. В пользу правомерности совместного изучения этих девиантных форм поведения свидетельствуют как общие для нарушения процесса социализации личности, так и сходные результаты ущербной социализации: интегрированности, идентичности личности, ее способности успешно применять необходимый набор социальных ролей [11].

Результаты статистической обработки по психологическим предикторам суицидального поведения методом χ^2 -Пирсона отражены в табл. 6.

Немаловажным представляется анализ социальных предикторов. В частности, нами изучались следующие показатели: структура семьи, стили воспитания, мате-

риальное положение родительских семей, условия проживания, образовательный статус пациентов.

Подавляющее большинство обследованных сравниваемых групп воспитывались в полных семьях (50,0% против 69,0%). Получены результаты и по другим показателям состава семьи (табл. 7).

В неполной семье (матерью) воспитывались 40,0% больных основной группы. Значительно меньше в таких семьях воспитывались респонденты группы сравнения — 7,0%.

Воспитание в неполной семье (отцами) осуществлялось только в семьях больных без суицидальных тенденций (0,0% против 14,1%). Известно, что суициды выше у детей и подростков в неполных семьях, где в результате развода или разъезда ребенка воспитывает один родитель. Около 60% подростков, совершающих суицидальные попытки, живут с одним из родителей, и суицидальный риск выше, когда один или более из членов семьи хронически больны [16]. Дети из неполных семей, как правило, более ранимы и закомплексованы. В неполной семье мать зачастую невротизирована своим социальным положением разведенной женщины или матери-одиночки. Пытаясь выполнять «отцовские» функции, она взваливает все проблемы на свои плечи. В свою очередь, материнская нестабильность формиру-

ет у подростка ощущение неуверенности, нежелательности его появления на свет [6].

Что касается семей, где воспитанием больных занимались мачехи, то они чаще наблюдались в семьях второй группы пациентов (0,0% против 5,6%). Можно предположить, что мачехи, выполняя «материнские» функции в семье, в той или иной мере нормализуют внутрисемейные отношения и тем самым снижают суицидальную готовность у их приемных детей.

Воспитанием алкогользависимых из группы сравнения занимались, как правило, другие родственники (тети, бабушки). Однако воспитание в учреждениях ин-

тернатного типа отмечено в группе больных с суицидальным поведением (10,0% против 0,0%). Проживание в детских государственных учреждениях было сопряжено с психоэмоциональными нагрузками, со сложностями в адаптации к требованиям учреждения. У этих больных в детском возрасте обнаруживалась повышенная конфликтность с персоналом, со сверстниками. Они часто пропускали занятия, покидали самовольно интернат, занимались воровством. В процессе психотерапевтического консультирования пациенты вспоминали этот отрезок жизни как самый тяжелый, «неприятный». У них часто было понижено настроение, возникало

Таблица 6

Результаты статистических данных по психологическим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 -Пирсона	Уровень значимости
Акцентуации		
Гипертимная	1,737	0,18
Циклоидная	1,147	0,28
Астено-невротическая	1,737	0,18
Сенситивная	0,568	0,45
Психастеническая	0,761	0,68
Истероидная	2,33	0,12
Неустойчивая	1,226	0,26
Психопатии		
Возбудимая	0,93	0,33
Астено-невротическая	1,737	0,18
Психастеническая	9,294	0,002
Смешанная	0,93	0,33
Невротические расстройства	19,51	0,0001
Девиантное поведение	2,375	0,12
Делинквентность	0,455	0,49
Антисоциальное поведение	0,723	0,67
Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$		

Таблица 7

Характеристика семейной структуры

Структура семьи	I группа (БАС), n=40		II группа (БА), n=71	
	Абс.	%	Абс.	%
Полная семья	20	50,0	49	69,0
Неполная семья (матери)	16	40,0	5	7,0
Неполная семья (отцы)	0	0,0	10	14,1
Неполная семья (мачехи)	0	0,0	4	5,6
Неполная семья (отчимы)	0	0,0	0	0,0
Другие родственники	0	0,0	3	4,3
Воспитание в детском доме	4	10,0	0	0,0
Всего	40	100	71	100

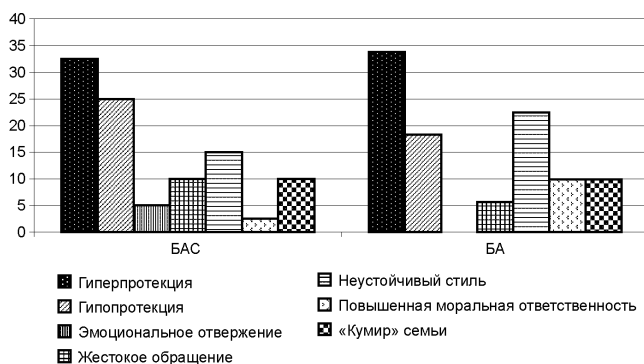


Рис. 3. Стили воспитания в семьях больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и в семьях больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

чувство ненужности, ущербности, неполноценности. Кроме того, пациенты испытывали недостаток внимания и заботы, зависть к сверстникам, у которых есть родители. Следует отметить, что данное психологическое состояние у этих больных имело пролонгированный характер, то есть на протяжении всего многолетнего периода обучения в школе-интернате.

В нормальных семьях все члены относятся к ребенку в соответствии со сложившимися семейными традициями. Поэтому на детей оказывает стиль семейного воспитания. Воспитание больных алкоголизмом в сравниваемых группах отличалось своей пестротой (рис. 3).

Следует отметить, что общим для обеих групп было применение в семьях патологических стилей воспитания. Воспитание по типу «гиперпротекция» осуществлялось в 32,5% случаев в основной группе и в 33,8% в группе сравнения; по типу «гипопротекция» — в 25,0 и 18,3% случаев; по типу «жестокое обращение» — 10,0% про-

тив 5,6%; неустойчивый стиль отмечался у 15,0 и 22,5%; воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности обнаружено в 2,5% группы БАС и в 9,9% группы БА, и, наконец, воспитание по типу «кумир семьи» — у 10,0 и 9,9% соответственно. Различия по указанным типам воспитания не достигали степени статистической достоверности.

Стиль воспитания «эмоциональное отвержение» достоверно чаще встречался у пациентов с суицидальным поведением (5,0% против 0,0%). Этот факт обуславливает внедрение методов семейной коррекции на ранних этапах развития ребенка. Так как отвержение имеет двойное последствие. Во-первых, искусственно тормозятся все сферы саморазвития; это вызывает зависть к тем, кто все берет от жизни. В дальнейшем зависть приводит к чувству вины. Во-вторых, у ребенка появляется чувство, что его не любят, это чувство развивает пониженную самооценку. При глубоком снижении самооценки у ребенка может возникнуть убежденность, что он не имеет права жить [6].

Заслуживают внимания вопросы взаимоотношений между родителями, так как именно от психологического климата в семье зависит психоэмоциональное состояние ребенка (табл. 8).

Отношения как нормальные расценили 60,0% — больные основной группы и 71,8% — пациенты группы сравнения; как умеренно конфликтные — 20,0 и 9,9% и соответственно как резко конфликтные — 20,0 и 18,3%. Обращает на себя внимание тот факт, что при конфликтах между родителями больные с суицидальным поведением наиболее остро реагировали на данные ситуации. У пациентов снижалось настроение, возникало состояние тревожности, напряженности, они испытывали страх за личную безопасность, в то время как больные группы

Таблица 8

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (БАС), n=40		II группа (БА), n=71	
	Абс.	%	Абс.	%
Отношения между родителями больных				
Нормальные	24	60,0	51	71,8
Умеренно конфликтные	8	20,0	7	9,9
Резко конфликтные	8	20,0	13	18,3
Отношения между больными и их родителями				
Нормальные	12	30,0	32	45,1
Умеренно конфликтные	17	42,5	30	42,3
Резко конфликтные	11	27,5	9	12,7
Отношения между супругами в семьях больных алкоголизмом				
Нормальные	4	10,0	17	23,9
Умеренно конфликтные	17	42,5	24	33,8
Резко конфликтные	6	15,0	11	15,5

сравнения при конфликтах между родителями чаще либо вмешивались либо проявляли негативное отношение: «Надоели со своими скандалами».

Градации межличностных отношений в диаде «ребенок — родитель» была представлена аналогичными параметрами: нормальные отношения, умеренно конфликтные, резко конфликтные. Нормальными считали свои отношения с родителями 30,0% из первой группы и 45,1% из второй группы; умеренно конфликтными — 42,5 и 42,3%; резко конфликтными — 27,5 и 12,7% соответственно. Другими словами, в основной группе респондентов преобладали умеренно конфликтные отношения, в группе сравнения — нормальные и умеренно конфликтные. Хотя результаты не достигали степени статистической достоверности, тем не менее, большинство суицидальных действий, как правило, совершается в условиях микросоциального конфликта [17].

Что касается взаимоотношений в собственных семьях больных алкогольной зависимостью, то нормальные отношения в группе больных с суицидальным поведением фиксировались достоверно реже, чем в группе больных алкоголизмом без суицидального поведения (10,0% против 23,9%). Следует отметить, что в общее количество собственных семей были включены пациенты, проживающие в гражданском браке (сожитительство).

Весьма высокие значения получены по показателю частоты умеренно конфликтных отношений в семьях обеих групп (42,5% против 33,8%). По резко конфликтным отношениям получены идентичные результаты (15,0% против 15,5%).

Таким образом, выявлена интересная закономерность по фактору умеренно конфликтных отношений как между родителями и больными группы БАС, так и между супругами в семьях больных алкоголизмом этой же группы, а именно их полная статистическая идентичность — по 42,5%. Известно, что у ребенка присутствует стремление подражать своим родителям, что в дальнейшем является основой для формирования норм поведения, определенных черт личности, жизненных ценностей. Согласно точке зрения Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой [18], патогенные типы поведения родителей создают психокультурную дефектность систем семейного воспитания и приводят к рассогласованию установок семьи и индивидуальных личностных установок подростка. Авторы подчеркивают, что большинство психологических и психиатрических проблем возникает как результат травматических межличностных отношений с самыми значимыми для человека людьми, с семьей. Изменения личностной структуры приводят к формированию виктимной, думается и к суицидальной личности.

На рис. 4 приведены результаты анализа семейного статуса обследуемых обеих групп. Так же как и в предыдущем случае, в категорию собственно семейных вошли больные, находящиеся в гражданском браке.

Количество холостых больных в обеих группах достоверно не различалось (10,0% против 12,7%).

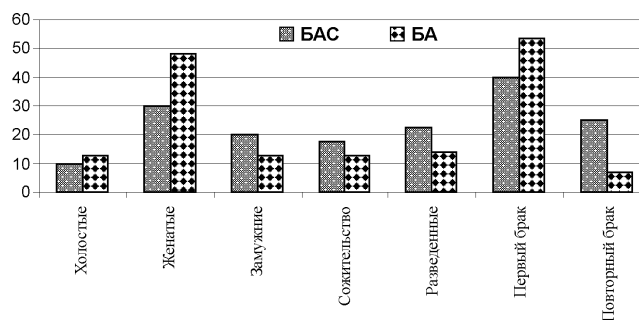


Рис. 4. Семейное положение больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

В исследованиях других авторов приводятся результаты, в которых больные алкоголизмом, совершившие суицидальные попытки, достоверно реже имели семью по сравнению с алкогользависимыми без суицидальности (39,3% против 18,3%) [24].

Женатых мужчин в группе БАС было меньше, чем мужчин в группе БА (30,0% против 47,9%). Несмотря на то, что различия были не достоверны, тем не менее, можно говорить об имеющейся статистической тенденции ($p \leq 0,06$). Другими словами, семьи, в которых имеется больной с суицидальными тенденциями, отличаются своей большей нестабильностью и дисфункциональностью.

Обращает на себя внимание тот факт, что общее количество женатых — 46 чел. (41,4%) было значительно больше, чем замужних — 17 чел. (15,3%). Замужних женщин в группе БАС было 20,0%, в группе БА — 12,7%. С определенной долей уверенности можно предположить, что в динамике алкогольной зависимости у женщин мотивация на создание собственной семьи формируется позже, чем у мужчин, что может обуславливать большую уязвимость женщин в отношении актуализации суицидальных действий. Ранее нами указывалось на преобладание среди суицидентов женщин над мужчинами.

Проживающих в гражданском браке в первой группе больных было больше по сравнению с больными второй группы (17,5% против 12,7%), что служит подтверждением тезиса об имеющейся большей дисфункциональности в семьях с суицидальным поведением.

Об этом же свидетельствуют данные о доле разведенных лиц в сравниваемых группах. В группе БАС их было 22,5%, тогда как в группе БА — 14,1%. Известно, что предразводная ситуация и развод относятся к общепризнанным причинам самоубийства [3], предикторами суицидальности [8]. От 40 до 57% людей, повторивших суицидальную попытку, были без постоянного партнера (одиноки или разведены) [10]. В то же время существуют работы, подчеркивающие положительную роль разводов (так как они позволяют предотвратить перманентный конфликт), отражающие «однобокость» подхода к распаду семьи, тенденцию видеть в нем лишь

отрицательные стороны, при ориентации на лиц, имеющих после этого психическую патологию и другие заболевания [4].

В первом браке состояли 40,0% больных группы БАС и 53,5% больных группы БА. Вместе с тем, количество больных, состоящих в повторном браке, было достоверно больше в группе БАС по сравнению с группой БА (25,0% против 7,0%).

Результаты исследования материального статуса как родительских семей, так и собственных семей больных алкогольной зависимостью представлены на рис. 5.

«Отличное» материальное положение в родительских семьях больных первой группы (РБАС) фиксировалось в 5,0% случаях, в родительских семьях больных второй группы (РБА) — в 7,0%. В родительских семьях обеих сравниваемых групп больных алкоголизмом установлено преобладание «хорошего» материального статуса (62,5% против 47,9%), что противоречит устоявшейся точке зрения о тесной взаимосвязи суицидального поведения с низким материальным уровнем семьи. Возможно, это объясняется тем, что стационарное и амбулаторное лечение в наркологическом центре проводится только на платной основе и на лечение поступали больные из обеспеченных семей.

Среди больных обеих групп доля родительских семей с удовлетворительным материальным положением также была высока (30,0% против 40,8%). Думается, что низкий материальный статус родительских семей больных алкогольной зависимостью, равно как и высокий материальный статус, оказывает существенное влияние на формирование аддиктивного и суицидального поведения у последующих поколений.

Наименьшее количество родительских семей больных алкоголизмом было с «неудовлетворительным» материальным положением (2,5% против 4,2%). Этот показатель, как и все предыдущие, достоверно не различался в обеих сравниваемых группах больных.

«Отличное» материальное положение в собственных семьях больных группы БАС, встречалось не-

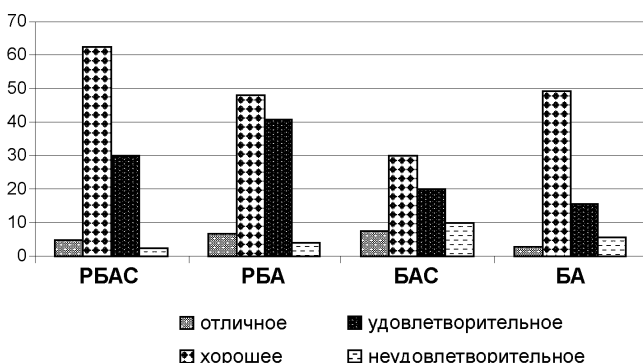


Рис. 5. Материальное положение в родительских семьях больных алкоголизмом с суицидальным поведением (РБАС), в родительских семьях больных алкоголизмом без суицидального поведения (РБА), в семьях больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС), в семьях больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА)

сколько чаще, чем в семьях больных группы БА, тем не менее, данные различия не достигали степени статистической достоверности (7,5% против 2,8%).

«Хороший» материальный статус достоверно реже встречался в семьях группы больных с суицидальным поведением (30,0% против 49,3%). Можно предположить, что тяжелое материальное положение в семье способствует актуализации суицидальных тенденций у больных алкогольной зависимостью.

Об этом же свидетельствуют данные по удовлетворительному (20,0% против 15,5%) и неудовлетворительному (10,0% против 5,6%) уровням материального положения, которые, как видно, чаще встречались в семьях больных первой группы. На первое место среди социальных факторов, влияющих на интенсивность суицидального поведения, отечественные авторы ставят плохое материальное положение, жилищно-бытовую неустроенность, что способствует росту числа демонстративно-шантажных попыток, связанных с банкротством [7].

Весьма иллюстративны показатели, отражающие условия территориального проживания обследуемого контингента лиц (рис. 6).

Как видно из рис. 6, проживающих в городе больных основной группы было достоверно меньше, чем больных из группы сравнения (70,0% против 94,4%). В то же время проживающих в сельской местности больных группы БАС было достоверно больше, чем представителей группы БА (30,0% против 5,6%). Думается, что повышение суицидальной активности в сельской местности обусловлено большей распространенностью алкоголизации среди сельского населения. С другой стороны, опыт мировой суицидологии свидетельствует о тесной взаимосвязи между частотой самоубийств и такими переменными, как степень индустриализации, урбанизации, экономической нестабильности и интенсивности миграционных процессов [2]. Поэтому проживание в сельской местности можно отнести к социальным предикторам суицидального поведения.

По данным М. Голуб [11], образовательный ценз больных алкоголизмом с суицидальным поведением весьма низок. Так, например, лица с неполным сред-

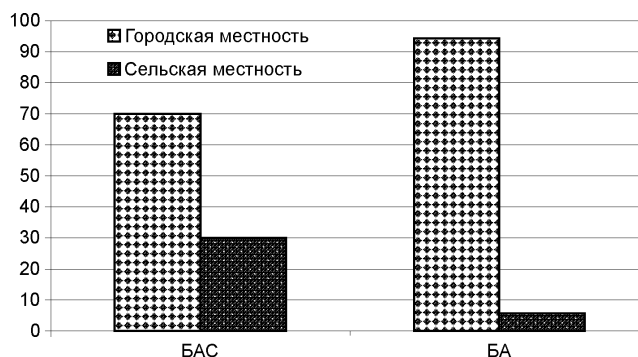


Рис. 6. Распределение больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и больных алкоголизмом без суицидального поведения (БА) в зависимости от территории проживания

Результаты статистических данных по социальным предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 -Пирсона	Уровень значимости
1	2	3
Структура семьи		
Полная семья	1,67	0,20
Неполная семья (матери)	5,79	0,01
Неполная семья (отцы)	19,51	0,0001
Неполная семья (мачехи)	7,365	0,006
Неполная семья (отчимы)	1,791	0,18
Другие родственники	5,473	0,02
Воспитание в детском доме	7,365	0,05
Стили воспитания		
Гиперпротекция	0,003	0,95
Гипопротекция	0,579	0,44
Эмоциональное отвержение	3,615	0,05
Жестокое обращение	0,729	0,39
Неустойчивый стиль	0,914	0,33
Возложение повышенной моральной ответственности	2,071	0,15
"Кумир" семьи	0,005	0,98
Взаимоотношения между родителями		
Ровные	1,634	0,20
Периодически конфликтные	2,251	0,13
Постоянно конфликтные	7,519	0,068
Взаимоотношения больных с родителями		
Нормальные	2,428	0,11
Умеренно конфликтные	0,006	0,981
Резко конфликтные	0,075	0,84
Взаимоотношения в собственных семьях больных		
Нормальные	3,243	0,07
Умеренно конфликтные	0,831	0,36
Резко конфликтные	0,005	0,98
Семейное положение		
Холостые	0,177	0,67
Женатые	3,373	0,06
Замужние	1,058	0,30
Сожительство	0,483	0,48
Разведенные	7,059	0,007
Первый брак	1,872	0,17
Повторный брак	7,059	0,007
Материальное положение родительских семей		
Отличное	1,255	0,26
Хорошее	2,194	0,13
Удовлетворительное	1,291	0,25
Неудовлетворительное	0,219	0,63

Таблица 9 (окончание)

1	2	3
Материальное положение собственных семей больных		
Отличное	1,304	0,253
Хорошее	3,902	0,04
Удовлетворительное	0,165	0,68
Неудовлетворительное	0,729	0,39
Условия проживания		
Город	12,31	0,0005
Сельская местность	10,34	0,001
Образование больных		
Неполное среднее	1,533	0,21
Среднее	0,469	0,49
Среднее специальное	0,371	0,54
Незаконченное высшее	1,689	0,19
Высшее	4,366	0,03
Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$		

ним образованием составили 75%, со средним образованием — 18% и с высшим образованием — 7%. В нашем исследовании получены совершенно противоположные результаты (рис. 7).

Лиц с высшим образованием в группе БАС было достоверно больше по сравнению с группой БА (32,5% против 15,5%). Второе место заняли респонденты со средним специальным образованием (47,5% против 53,5%); далее следовали лица со средним образованием (12,5% против 9,9%); с незаконченным высшим образованием (5,0% против 12,7%) и с неполным средним образованием (2,5% против 8,5%). Иными словами, подавляющее большинство больных алкогольной зависимостью было с высоким уровнем образования. Так, доля пациентов обеих групп с высшим, незаконченным вы-

сшим и со средним специальным образованием составила 85,0% и 81,5% соответственно. Вероятно, это объясняется общим ростом социально-экономического благополучия населения и семей больных алкоголизмом, в частности. В более ранних исследованиях доказана взаимосвязь суицидов с высоким образовательным уровнем. Группу суицидального риска представляют врачи, музыканты, юристы, офицеры и страховые агенты [16].

Результаты статистической обработки по социальным предикторам суицидального поведения методом χ^2 -Пирсона отражены в табл. 9.

Заключение

Таким образом, у больных алкогольной зависимостью определены биологические, психологические и социальные предикторы суицидального поведения.

Биологическими предикторами являются: женский пол, психопатологическая отягощенность по линии отца шизофренией и аффективной патологией, токсикозы и преждевременные роды у матерей пациентов.

Прогностическим признаком суицидальности является наличие суицидальных тенденций у больных алкоголизмом до формирования алкогольной зависимости и у их родственников по первой степени родства.

Среди психологических предикторов выявлено преобладание невротических расстройств и психопатии, преимущественно — психастенический тип.

Определены социальные предикторы, а именно: воспитание в неполной семье (матерью) и воспитание в учреждениях интернатного типа. По стилям воспитания суицидогенным потенциалом обладает тип воспитания «эмоциональное отвержение».

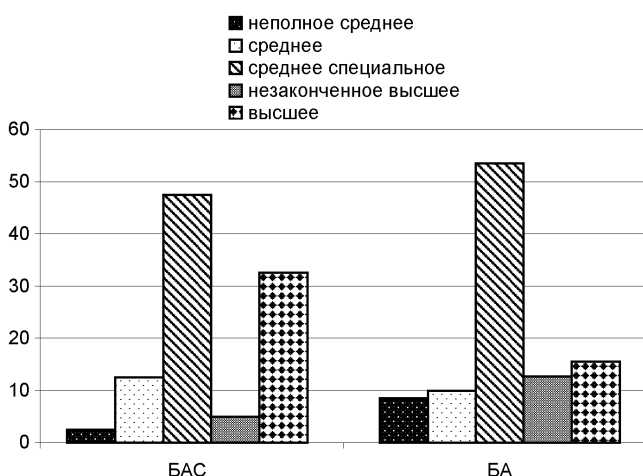


Рис. 7. Образовательный уровень больных алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и без суицидального поведения (БА)

Имеется связь между конфликтными отношениями родителей пациентов и возникновением суицидальных тенденций у больных алкогольной зависимостью.

Установлено преобладание конфликтных отношений в собственных семьях больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями.

Суицидальная активность выше в родительских и собственных семьях больных алкоголизмом, проживающих в сельской местности, а также в собственных семьях больных алкоголизмом с низким материальным положением.

Суицидальное поведение достоверно чаще фиксируется у больных алкоголизмом с высоким образовательным цензом.

Исходя из полученных результатов, профилактические программы с группой суицидального риска должны включать в себя следующие компоненты:

- обязательная постановка лиц из группы риска на так называемый профилактический учет у психиатра или психиатра-нарколога;
- психокоррекция семейных отношений;
- психокоррекция расстройств поведения детей, воспитывающихся в интернатах;
- проведение бесед, лекций по превенции суицидального поведения.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — Т. 6, №4. — С. 14—19.
3. Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. Клиника аутоагрессивного поведения при алкоголизме: Методические рекомендации. — М., 1980. — 16 с.
4. Аронс К. Развод: крах или новая жизнь? / Пер. с англ. — М.: Мирт, 1995. — 448 с.
5. Битенский В.С. и др. Наркомании у подростков. — К.: Здоровья, 1989. — 216 с.
6. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Новосибирск, 2003.
7. Войцех В.Ф., Балашова М.Г. Особенности суицидального поведения, по данным НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. — 1999. — С. 313.
8. Войцехович Б.А., Редько А.И. Социально-гигиенический «портрет» самоубийцы // Здоровоохранение Российской Федерации. — 1994. — №1. — С. 23—25.
9. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в

России (1990 — 2003 гг.): Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2006 — 172 с.

10. Голод С.И. Стабильность семьи: социологический и демографический аспекты. — Л., 1984. — 136 с.

11. Голуб М. Взаимовлияние патологического влечения к алкоголю и суицидального поведения: Дисс. на соискание ученой степени к.псих.н. — СПб., 1993.

12. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения // Вестник Российской АМН. — 2006. — №8. — С. 18—22.

13. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2003. — 250 с.

14. Дурнов А.Н. Суицидальное поведение психопатических личностей // Актуальные проблемы суицидологии. — М., 1978. — С. 239.

15. Жабо Е.А. Духовные аспекты суицидальных тенденций у больных алкоголизмом, перенесших черепно-мозговую травму // Вопросы наркологии. — 2004. — №2. — С. 40—48.

16. Каплан Г.И., Седок Б.Дж. Клиническая психиатрия в 2 т. Т. 2 / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — 528 с.

17. Козлов Т.Н. Психопатологические и личностные механизмы суицидального поведения у военнослужащих срочной службы: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Чита, 2004. — 163 с.

18. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М., 2000.

19. Лапин И.А. Факторы повторного суицидального поведения женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 28 с.

20. Молин Ю.А. Судебно-медицинская экспертиза самоповешения. — СПб.: НПО «Мир и семья», 1996.

21. Москаленко В.Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска): Руководство по наркологии в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 2. — С. 182—189.

22. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. — СПб.: Питер, 2005. — 416 с.

23. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарис, 2001. — 208 с.

24. Сахаров А.В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Чита, 2007 — 140 с.

25. Трайнина Е.Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями: Методические рекомендации. — М., 1987. — 22 с.

26. Уманский М.С. Суицидальное поведение и характеристика больных алкоголизмом позднего возраста: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 2007.

27. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.

28. Bleuer E. Руководство по психиатрии. — М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993.

PREDICTORS OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS

BISALIEV R.V. cand.med.sci., National Scientific Center for Research on Addictions of Russian Ministry of Health and social care, Moscow

For the purpose of definition predictors of suicide behaviour it is surveyed 111 pain the by alcoholic dependence. Are revealed biological, psychological and social predictors suicide behaviour at sick of an alcoholism. A number of actions on early prophylactic suicide behaviour at a pain the is offered by an alcoholism.

Key words: suicidal behaviour, predictors, profilaxy, alcohol dependence