

УДК 616.89–008.441.44–05

## ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ КРИЗИСНОГО СТАЦИОНАРА, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

А. М. Каргин, А. Б. Холмогорова, В. Ф. Войцех

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

Проблема суицида включает в себя много аспектов: философский, морально-нравственный, социальный, психологический, медицинский. Поэтому представители самых разных областей знаний ставили перед собой задачу понять и объяснить причины и механизмы суицида.

Большинство работ, особенно до начала XX века, велись в виде философского и культурно-исторического осмысления феномена самоубийства. В рамках такого подхода авторы выделяют религиозные, философские, этнографические и культурные факторы суицидального поведения. А.Н.Моховиков в предисловии к историко-философскому разделу хрестоматии по суицидологии [12] и Г.Чхартишвили в работе «Писатель и самоубийство» [16] проводят историко-философский анализ феномена самоубийства. Данные, приведенные в этих работах, убедительно демонстрируют роль культурных факторов (например, отношение к суициду в рамках религии, заложенные в культуре установки по отношению к эмоциям и т.д.), которые могут как понижать, так и повышать суицидальный риск.

Первой и наиболее успешной попыткой анализа социально-психологических факторов самоубийства стало фундаментальное исследование французского социолога Э.Дюркгейма «Самоубийство» [12]. Он полагал, что аутоагрессивное поведение следует объяснять, учитывая внешние обстоятельства, прежде всего особенности общества. Э.Дюркгейм разработал первую классификацию суицидов (эгоистические, анемические, альтруистические), в основу которой была положена социальная направленность личности. Эта классификация не потеряла актуальности при изучении суицидального поведения и в наши дни.

В XX веке все большее внимание при изучении самоубийств стало уделяться личностным особенностям человека и их роли в суицидальном поведении. Основной и на сегодняшний день наиболее разработанной современной концепцией суицидального поведения является концепция американского

суицидолога Э.Шнейдмана [17]. Изучая проблему самоубийства, Э.Шнейдман выделил типологию индивидов, для которых характерно аутодеструктивное поведение. Он описал и выделил общие черты, характерные для всех суицидов, ввел в практику метод психологической аутопсии. На основе этого метода Э.Шнейдманом были выделены три типа суицидов: эготические, диадические, агенеративные. С точки зрения Э.Шнейдмана основной механизм суицидального поведения – это психологическая боль, возникающая в результате фрустрации ведущих потребностей. Невозможность пережить эту фрустрацию, переработать этот травматический опыт приводит к самоубийству [17].

В России долгое время проблема суицида была предметом философского и культурологического исследования. Что касается отечественной психиатрии и психологии, то разработка концепции суицидального поведения в рамках психологической парадигмы связана с именем А.Г.Амбрумовой. Именно А.Г.Амбрумова стала инициатором создания в нашей стране первой комплексной превентивной суицидологической службы в начале 1980-х годов. В рамках подхода А.Г.Амбрумовой суицид рассматривался как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых микросоциальных конфликтов [1]. Социально-психологическая дезадаптация понимается, исходя из общего определения адаптации как соответствия между живой системой (в случае дезадаптации это может быть не сформировавшаяся адаптационная система подростка или ограниченная адаптационная система у лиц пожилого возраста) и внешними условиями (дезадаптирующим влиянием психотравмирующих средовых воздействий) [2–4].

В качестве детерминирующих суицид факторов выделяются личностные, средовые и патологические факторы, при этом подчеркивается возможность их объединения в единую иерархическую систему. Конфликт и дезадаптация могут иметь как патологическую, так и непатологическую природу;

решение о суициде (даже психически больного человека) предполагает личностную переработку конфликта, с учетом особенностей личностного взаимодействия с социумом. Совокупность личностных свойств, определяющих дезадаптацию и суицид, авторы назвали суицидальными комплексами. Средовые воздействия, преломляющиеся через личностные (и, в случае заболеваний, патологические) особенности, были определены как социальная позиция личности, выражающая систему отношений человека к ситуации, к мнению других людей и к самому себе [1, 5, 6].

Современные исследования фокусируются на различных факторах суицидального поведения: культурных, макросоциальных, микросоциальных, личностных, биологических и т.д. Однако суицидальное поведение – это комплексный феномен, для понимания которого требуется системный подход, объединяющий все группы факторов суицидального поведения. Современные системные биопсихосоциальные модели позволяют проанализировать не только факторы, предрасполагающие к суицидальному поведению, но и выявить наиболее актуальные стрессоры и защитные факторы [14, 15]. Примером такого подхода применительно к суицидальному поведению является модель, предложенная Д.Вассерман [11]. Согласно данной модели существует предрасположенность, склонность к суицидальному поведению, а также обстоятельства, уменьшающие уязвимость (защитные факторы) и способствующие самоубийству или суицидальной попытке (факторы риска). В модели учитываются следующие факторы:

- особенности личности и когнитивного стиля;
- особенности окружающей среды, в том числе уровень социальной поддержки;
- накопление стрессов и стрессовые провокации.

Цель работы – изучение личностных факторов, а именно, особенностей личностных убеждений у людей с суицидальным поведением.

### Материалы и методы

Пилотное исследование проводилось в кризисном отделении ГКБ №20 с февраля 2003 по май 2004 года включительно. Было обследовано 3 группы испытуемых – одна экспериментальная и две контрольных. Экспериментальная группа составила 32 человека. В нее вошли пациенты, находящиеся на стационарном лечении в кризисном отделении ГКБ №20, в анамнезе которых были суицидальные попытки. У подавляющего большинства пациентов (87%) был диагноз личностного расстройства. I контрольная группа включала 15 человек, также находящихся в стационаре с диагнозом депрессивного расстройства, но без суицидальных попыток в анамнезе. Обследование контрольной группы пациентов с депрессивными расстройствами было обусловлено задачей выделить специфические особенности личностных убеждений суицидальных пациентов. II контрольная груп-

па состояла из 25 человек здоровых испытуемых, никогда не обращавшихся к психиатру. Показатели по шкалам тревоги Бека, депрессии Бека и опроснику выраженности психопатологической симптоматики SCL-90R [13] у данных испытуемых не превышали норму. По демографическим показателям группы не имели статистических различий. Средний возраст испытуемых во всех трех группах составил 23 года. Большинство испытуемых (88,8%) были женщины и лишь 11,2% мужчины. Как было сказано выше, существуют различия в факторах риска суицидального поведения у мужчин и женщин. Мужчины более уязвимы к суицидальному поведению. Данная выборка подтверждает общую эпидемиологическую обстановку – мужчины реже обращаются за помощью и чаще совершают законченный суицид, суицидальное поведение женщин реже приводит к смерти, и они чаще обращаются за помощью. При анализе полученных данных необходимо учитывать гендерную специфику данной выборки. По уровню образования испытуемые распределились следующим образом: среднее специальное – 49%, неоконченное высшее – 23,2% и высшее – 27,8%. Семейное положение: 12,5% испытуемых не состояли в браке, остальные 87,5% – замужем или женаты. Всего было обследовано 72 человека.

В исследовании использовались следующие методики.

Для оценки психопатологической симптоматики:
 

- опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (разработан L.R.Derogatis, адаптирован Н.В.Тарабриной, 2001) [13], состоит из 90 высказываний, определяет актуальный симптоматический статус.

Для изучения личностных факторов:

- Шкала оптимизма/пессимизма А.Бека; содержит десять утверждений, которые отражают пессимистические или оптимистические убеждения относительно будущего. Испытуемому предлагается согласиться или не согласиться с утверждением [20].

- Шкала жизненных убеждений SOC А.Антоновского; разработана на базе ряда клинических исследований и наблюдений при работе с пациентами, пережившими тяжелые стрессовые события. А.Антоновским был разработан концепт «чувство когерентности» («sense of coherence») – личностная особенность, влияющая на способность человека эффективно справляться со стрессом [19, 26]. Опросник состоит из 13 утверждений и включает 3 шкалы: 1) шкала управляемости (manageability) – отражает восприятие себя как обладающего или не обладающего ресурсами, позволяющими справиться с требованиями среды; 2) шкала осмысленности (meaningfulness) – отражает представление об отношении к требованиям жизни как вызовам, с которыми имеет смысл справляться; 3) шкала предсказуемости (comprehensibility) – отражает представление об окружении и его требованиях как предсказуемых и проясняемых.

Целый ряд западных исследований свидетельствуют о том, что люди с высокими показателями SOC менее подвержены различного рода психическим и психосоматическим расстройствам и имеют лучший прогноз при различных формах соматической патологии. Также исследования, проведенные западными исследователями, подтвердили высокую валидность и надежность данного инструмента [23, 25, 26].

- Опросник SCID-II; является частью стандартного диагностического интервью, входящего в стандартный диагностический пакет DSM-IV [23, 24, 26]. В основу опросника положена американская классификация личностных расстройств. Пункты опросника точно соответствуют диагностическим критериям каждого расстройства. Например, для диагностики зависимого личностного расстройства задается такой вопрос: «Вам трудно выразить несогласие людям, даже если Вы считаете, что они не правы?». Вопрос точно соответствует такому критерию зависимого личностного расстройства как уступчивость, трудность открытого выражения согласия. Опросник содержит 119 вопросов. Подсчитывается количество положительных ответов по каждому кластеру вопросов, тестирующих различные типы личностных расстройств. Наряду с этим, подсчитывается итоговый показатель – «общий индекс личностного неблагополучия». Общий индекс отражает общее количество положительных ответов на пункты опросника. Следует отметить, что данный опросник лишь предвзвешивает основную часть процедуры по выявлению личностного расстройства. Он не может служить надежным средством для постановки диагноза личностного расстройства.

- Опросник личностных убеждений (PBQ А.Бэка) (PBQ; Beck & Beck, 1991) был разработан для клинической оценки степени выраженности убеждений, характерных для различных личностных типов. Опросник включает по 14 убеждений для каждого из 9 личностных расстройств: параноидное, нарциссическое, зависимое, шизоидное, обсессивно-компульсивное, пассивно-агрессивное, гистрионное, антисоциальное, избегающее. Испытуемым предлагалось ответить в какой степени они убеждены в том или ином утверждении: от 0 – «совсем не верю в это» до 4 – «полностью». Надежность методики определялась по показателям альфа-Кронбаха, которые в целом были достаточно высокими [9, 18].

### Результаты исследования

По данным различных шкал и опросников группу суицидальных пациентов отличают от депрессивных лишь отдельные показатели. Поэтому, в первую очередь, остановимся на результатах сравнения группы суицидальных пациентов со здоровыми испытуемыми, а затем проанализируем различия между суицидальными и депрессивными пациентами.

Результаты исследования подтверждают уже известный из литературы факт, что у людей с суицидальным поведением в большей степени выражена личностная патология. Подтверждается выдвинутая гипотеза о том, что у них имеют место дисфункциональные убеждения, повышающие уровень повседневного стресса и снижающие уровень социальной поддержки (табл. 1). Общий средний балл по результатам опросников PBQ и SCID-II у суицидентов статистически значимо выше, чем у здоровых испытуемых ( $p < 0,01$ ).

Как видно из табл. 2 степень выраженности депрессии, тревоги и общий индекс психопатологической симптоматики по шкале SCL-90-R у испытуемых с суицидальным поведением значительно выше, чем у здоровых испытуемых ( $p < 0,01$ ).

В табл. 3 приведены значения только тех шкал, по которым были выявлены статистически значимые различия между результатами обследования группы пациентов с суицидальным поведением и контрольной группы. У пациентов с суицидальным поведением отмечается преимущественная выраженность некоторых типов личностных расстройств. Статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ) при сравнении с нормой были выявлены для зависимого, обсессивно-компульсивного, параноидного, избегающего и пограничного личностных расстройств. Причем эти данные опросника PBQ практически совпадают с данными опросника SCID II. Можно предположить, что базовые убеждения, характерные для этих типов расстройств, являются факторами суицидального риска. Это, прежде всего, убеждения типа: «Я должен полностью контролировать эмоции», «Важно любую работу выполнять идеально» (обсессивно-компуль-

Таблица 1

#### Выраженность убеждений, характерных для различных личностных расстройств

Группы	Шкалы			
	SCID		PBQ	
	M	SD	M	SD
Суициденты	46,89**	4,75	223,55**	65,66
Здоровые	29,22	11,60	176,62	49,61

Примечания: M (mean) – среднее значение в баллах опросника; SD – стандартное отклонение; \*\* –  $p < 0,01$  (критерий Манна-Уитни).

Таблица 2

#### Выраженность симптомов депрессии, тревоги и общий индекс выраженности психопатологической симптоматики (GSI) по данным опросника SCL-90-R

Группы	Шкалы					
	DEP		ANX		GSI	
	M	SD	M	SD	M	SD
Суициденты	24,15**	10,8	20,51**	13,3	1,33**	0,6
Здоровые	6,3	5,4	5,2	6,9	0,32	0,3

Примечания: M (mean) – среднее значение в баллах опросника; SD – стандартное отклонение; \*\* –  $p < 0,01$  (критерий Манна-Уитни).

Таблица 3

## Выраженность проявлений различных вариантов личностных расстройств по данным опросника PBQ А. Бека

Группы	Шкалы									
	Обсессивно-компульсивное		Зависимое		Параноидное		Избегающее		Пограничное	
	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD
Суициденты	29,35**	6,7	31,54**	11,7	27,46**	11,3	23,8**	7,4	8,5**	3,5
Здоровые	21,62	8,9	18,42	6,6	15,0	7,5	14,8	6,6	4,3	2,4

Примечания: М (mean) – среднее значение в баллах опросника; SD – стандартное отклонение; \*\* –  $p < 0,01$  (критерий Манна-Уитни).

сивный тип личностного расстройства), «Я слабый и нуждающийся», «Я беспомощен, когда действую самостоятельно» (зависимый тип личностного расстройства), «Я не могу доверять людям», «Я должен всегда быть на чеку» (параноидный тип личностного расстройства), «Я не могу выносить неприятные чувства», «Если я буду игнорировать проблему, она исчезнет» (избегающий тип личностного расстройства), «Мир опасен и враждебен», «Я бессилен и уязвим», «По своей сути я неприемлем» (пограничный тип личностного расстройства). Такие убеждения обычно ригидны и распространяются на все сферы жизни. В результате люди с суицидальным поведением постоянно сталкиваются с травмирующими ситуациями, так как нельзя полностью контролировать эмоции, нельзя все делать идеально, невозможно всегда быть начеку и т.д. Эти убеждения повышают уровень стресса, и не позволяют им адекватно перерабатывать его.

Как видно из табл. 4, по шкале пессимизма имеют место статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ) между группами суицидальных пациентов и здоровых испытуемых. У пациентов с суицидальным

поведением преобладают пессимистические убеждения относительно будущего. В основном они убеждены в том, что в будущем их ждут только неприятности, что они не смогут получить никакого удовольствия от жизни, что их желания никогда не будут реализованы. Такие убеждения запускают поток негативных автоматических мыслей, которые могут стать стимулом для суицидального поведения.

Были выявлены статистически значимые различия в группах суицидентов и здоровых испытуемых ( $p < 0,05$ ) по общим показателям шкалы SOC [18] (табл. 5). Однако статистически значимые различия по субшкалам были выявлены не везде. Значимые различия ( $p < 0,01$ ) выявлены по шкале предсказуемости. Такие данные могут свидетельствовать о том, что пациенты с суицидальным поведением воспринимают окружающие стимулы и будущие события как непредсказуемые. Отсутствие различий по некоторым шкалам может быть связано с небольшим числом испытуемых, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения и эмпирической проверки. Таким образом, подтверждается наша гипотеза о том, что чувство когерентности у суицидентов выражено меньше, нежели у здоровых испытуемых. Эти данные свидетельствуют о том, что пациенты с суицидальным поведением воспринимают события окружающего мира как непредсказуемые. Жизнь в непредсказуемых условиях приводит к постоянному переживанию стресса и микротравматизации, которые требуют совладания и переработки.

Данные в табл. 6 свидетельствуют о том, что по сравнению с группой пациентов с депрессивными расстройствами без суицидальных попыток, в группе с суицидальным поведением значимо ( $p < 0,01$ ) чаще встречаются дисфункциональные убеждения.

Таблица 4

## Выраженность уровня оптимизма и пессимизма по данным опросника оптимизма-пессимизма А. Бека

Группы	Шкалы			
	Пессимизм		Оптимизм	
	М	SD	М	SD
Суициденты	1,6**	1,7	3,2**	1,5
Здоровые	0,3	0,6	4,4	0,7

Примечания: М (mean) – среднее значение в баллах опросника; SD – стандартное отклонение; \*\* –  $p < 0,01$  (критерий Манна-Уитни).

## Выраженность уровня чувства когерентности по данным шкалы жизненных убеждений SOC [18]

Таблица 5

Группы	Шкалы							
	SOC		Предсказуемость		Управляемость		Осмысленность	
	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD
Суициденты	53,53*	7,0	19,37**	5,6	16,64	2,42	17,5	3,09
Здоровые	57,41*	5,2	22,83**	3,9	17,62	3,52	17	1,8

Примечания: М (mean) – среднее значение в баллах опросника; SD – стандартное отклонение; \*\* –  $p < 0,01$  (критерий Манна-Уитни); \* –  $p < 0,05$  (критерий Манна-Уитни).

Таблица 6

## Выраженность личностной патологии у суицидальных и депрессивных пациентов (по данным опросника PBQ А.Бека)

Группы	Шкалы					
	Обсессивно-компульсивное		Пассивно-агрессивное		Пограничное	
	М	SD	М	SD	М	SD
Суициденты	3,6**	1,3	3,5**	1,4	8,5**	3,4
Депрессивные	2,5	1,4	2,3	1,6	4,2	2,3

Примечания: М (mean) – среднее значение в баллах опросника; SD – стандартное отклонение; \*\* –  $p < 0,01$  (критерий Манна-Уитни).

Например, такие как: «Я должен полностью контролировать эмоции», «Важно любую работу выполнять идеально» (обсессивно-компульсивный тип личностного расстройства), «Я должен все делать по-своему», «Лучше не выражать свой гнев прямо, но показывать неудовольствие путем неподчинения» (пассивно-агрессивный тип личностного расстройства), «Мир опасен и враждебен», «Я бессилен и уязвим», «По своей сути я неприемлем» (пограничный тип личностного расстройства).

Перфекционистские убеждения, свойственные обсессивно-компульсивному типу личностного расстройства ведут к повышению уровня стресса. Пассивно-агрессивные черты мешают кооперации с другими людьми и снижают уровень социальной поддержки. При этом экстремальные реакции, характерные для пограничного расстройства, нередко проявляются в аутоагрессивных действиях.

На основании проведенного исследования можно сделать ряд выводов относительно личностных факторов суицидального поведения пациентов, находящихся на лечении в кризисном стационаре, а также мишеней психотерапевтической помощи этому контингенту.

У пациентов с суицидальным поведением, находящихся на лечении в кризисном стационаре, по сравнению со здоровыми испытуемыми, в большей степени выражены черты личностной патологии, значимо выше уровень депрессии, тревоги и общей психопатологической симптоматики, а также уровень пессимизма.

Чувство когерентности у суицидальных пациентов выражено меньше, нежели у здоровых испытуемых. Причем, пациенты с суицидальным поведением воспринимают внешние события как непредсказуемые, а себя, как неспособного, не обладающего ресурсами с ними справиться.

При сравнении показателей по шкалам SOC [18], депрессии и тревоги SCL-90-R в группах депрес-

сивных пациентов без суицидальных попыток и пациентов с суицидальным поведением статистически значимых различий не выявлено. Также не выявлено различий при сравнении суммарных показателей по всем шкалам SCID-II и PBQ в группах депрессивных пациентов и пациентов с суицидальным поведением. Однако у пациентов с суицидальным поведением в большей степени выражены убеждения характерные для обсессивно-компульсивного, пассивно-агрессивного и пограничного типов личностных расстройств, которые повышают общий уровень стресса и обуславливают низкий уровень социальной поддержки.

Работа с дисфункциональными убеждениями является одной из важнейших мишеней психотерапии пациентов с суицидальным поведением. Для решения этой задачи могут служить специальные техники когнитивной психотерапии [9, 10].

Таким образом, результаты данной работы позволяют утверждать, что в обследованной выборке (состоящей из пациентов, обратившихся за помощью в кризисный стационар, с характерной гендерной спецификой, то есть преимущественно женского пола) преобладают черты личностной патологии, связанные, прежде всего, с обсессивно-компульсивным, пассивно-агрессивным и пограничным расстройствами. Поскольку для определения личностной патологии в исследовании использовались западные опросники, то особо следует подчеркнуть важность пассивно-агрессивных черт для этой выборки, так как данная категория личностных расстройств отсутствует в принятой у нас в стране классификации МКБ-10, но представлена в американской классификации DSM-IV. Между тем, знание специфики этой формы личностной патологии представляется весьма важным для выделения адекватных мишеней помощи контингенту кризисного стационара в свете полученных данных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 4. С. 53–56.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. 1981. № 4. С. 91–102.
3. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. 1985. Т. 6, № 6. С. 107–115.
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Актуальные проблемы суицидологии. М., 1979.
5. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С. 40–51.
6. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 1. С. 26–38.
7. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 22–28.
8. ВОЗ: Доклад о состоянии здравоохранения в мире. «Психиче-

ское здоровье: новое понимание, новая надежда». 2001.

9. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб.: Питер, 2002. 544 с.

10. Лайнен М.М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. М.: Вильямс, 2007. 592 с.

11. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. М.: Смысл, 2005. 310 с.

12. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: Когито-Центр, 2001. 569 с.

13. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.

14. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г. Многофакторная модель тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 18, № 4. С. 94–102.

15. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2006.

16. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. Изд. 3-е. М.: Новое литературное обозрение, 2003. 576 с.

17. Шнейдман Эдвин С., Душа самоубийцы / Пер. с англ. М.: Смысл, 2001. С. 315.

18. Antonovsky A., Sagy S. The development of sense of coherence and its impact in stress situations // J. Soc. Psychol. 1986. P. 213–225.

19. Beck A.T., Weishaar M.E. Clinical and cognitive predictors of sui-

cide: Assessment and prediction of suicide. 1992.

20. Butler A.C., Beck A.T., Cohen L.H. The Personality Belief Questionnaire – Short Form: Development and preliminary findings // Cognitive Therapy and Research. 2007. Vol. 31, N 3. P. 357–370.

21. Emilie E., Agardh R.N., Ahlbom A. et al. Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women // Am. Diabetes Assoc. 2003. P. 716–721.

22. Eriksson M., Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review // J. Epidemiol. Comm. Health. 2005. Vol. 59. P. 460–466.

23. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M. et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-site Test-retest Reliability Study // J. Person. Dis. 1995. Vol. 9, N 2. P. 92–104.

24. Fogelson D.L., Neuchterlein K.H., Asarnow R.F. et al. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II: Schizophrenia Spectrum and Affective Spectrum Disorders // Psychiatry Res. 1991. P. 55–63.

25. Lundberg O., Nystrom M. Peck Sense of coherence, social structure and health: Evidence from a population survey in Sweden // Eur. J. Pub. Health. 1994. Vol. 4, N 4. P. 252–257.

26. Maffei C., Fossati A., Agostoni I. et al. Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0 // J. Person. Dis. 1997. Vol. 11, N 3. P. 279–284.

## ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ КРИЗИСНОГО СТАЦИОНАРА, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

А. М. Каргин, А. Б. Холмогорова, В. Ф. Войцех

Анализируются подходы к проблеме суицидального поведения, акцентирующие различные факторы. Описан комплекс методик для исследования личностных факторов суицидального поведения. Приводятся результаты исследования трех групп испытуемых, уравненных по социо-демографическим показателям: пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки (32 чел.), пациентов с депрессивными расстройствами без суицидальных попыток в анамнезе (15 чел.), контрольной группы здоровых испытуемых (25

чел.). На основании сравнительного анализа результатов делается вывод о наибольшей выраженности личностной патологии у пациентов, совершивших суицидальные попытки, в первую очередь черт, присущих обсессивно-компульсивному и пограничному личностному расстройству.

**Ключевые слова:** личностные факторы, суицидальное поведение, личностные расстройства, личностные убеждения, стресс, совладание со стрессом.

## PERSONALITY FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN THE CRISIS WARD PATIENTS WHO COMMITTED SUICIDE ATTEMPTS

A. M. Kargin, A. B. Kholmogorova, V. F. Voitsekh

The authors analyze various approaches towards suicidal behaviors and accentuate different factors. They describe a set of instruments for investigation of personality factors that play a role in suicidal behavior. They present the results of investigation of three groups of persons, matched on socio-demographic characteristics, specifically, patients in the Crisis Ward that have committed suicide attempts (32 persons), persons with depressive disorders without suicide attempts in their history

(15 persons) and healthy controls (25 persons). On the basis of comparative analysis of results, the authors come to a conclusion about most prominent personality pathology in patients that have committed suicide attempts, first of all, the features of obsessive-compulsive and borderline personality disorders.

**Key words:** personality factors, suicidal behavior, personality disorders, personal convictions, coping with stress.

**Каргин Антон Михайлович** – аспирант кафедры клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ; e-mail: anton.kargin@gmail.com

**Холмогорова Алла Борисовна** – доктор психологических наук, профессор, руководитель лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГУ «Московского НИИ психиатрии Росздрава» и зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ; тел.: (495) 963-7682

**Войцех Владимир Федорович** – доктор психологических наук, профессор, заведующий отделом суицидологии ФГУ «Московского НИИ психиатрии Росздрава»; тел.: (495) 963-7572