

УДК 616.89–008.441.44

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ДИСГАРМОНИЧНЫХ ПАРНЫХ ОТНОШЕНИЯХ

Н. Д. Кибрик, Е. А. Лужников, А. В. Бадалян, С. А. Саркисов, Т. В. Буткова

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России,
Московский городской НИИ Скорой помощи им. Н.В.Склифосовского*

Демографическая ситуация в Российской Федерации остается сложной, что обуславливается не только низкой рождаемостью, которая напрямую зависит от сексуального и репродуктивного здоровья населения. Крайне острой проблемой является высокая смертность, в том числе от внешних причин. Эксперты ВОЗ считают, что уровень зарегистрированных самоубийств остается заниженным приблизительно на 20%, а в некоторых регионах – на все 100% – в результате преобладающих социальных или религиозных взглядов на самоубийство [5].

Дисгармоничные парные отношения, приводящие к нарушениям сексуальных отношений, занимают главенствующее место в причинах возникновения суицидального поведения (мысли, замыслы, намерения, попытки) [2]. Значимая роль при суицидальном поведении отводится семейным дисгармониям [6]. Исследования ряда авторов [1, 11] показали, что около 2/3 всех обследованных случаев самоубийств (62,9% завершённых и столько же покушений) были совершены под влиянием семейно-личностных конфликтов, которые включали в себя: измену партнера, несправедливое отношение со стороны близкого человека, недостаток внимания, неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других, развод, болезнь или смерть значимого другого, чувство одиночества.

Интимность сексуальных отношений, нежелание в силу стеснительности вскрыть истинную причину возникших конфликтов, приведших к возникновению суицидоопасных состояний, затрудняет не только изучение данной проблемы, но и оказание своевременной и квалифицированной помощи [7].

Е.А.Grollman [16] указывает на важность гармоничных семейных отношений у суицидентов: «По многим обстоятельствам развод и семейные конфликты могут восприниматься как события более тяжелые, чем смерть».

I.W.Borowsky [14] свидетельствует, что формирование эмоционального благополучия в результа-

те укрепления семейных взаимоотношений и связей с друзьями, так же эффективно (или даже более эффективно) с точки зрения предупреждения самоубийств, как и снижение факторов риска.

Ретроспективное исследование, проведенное D.G.Owens установило, что выраженные межличностные конфликты приводят к самоубийству независимо от ряда факторов (пол, возраст, наличие психических расстройств) [21].

Ряд российских и зарубежных исследований были посвящены изучению влияния социальной и семейной адаптации на снижение аутоагрессивного поведения [1, 2, 5, 15, 17–20, 22, 23]. Были проведены исследования в рамках изучения антисуицидальных факторов, таких как этнокультуральные, религиозные, социально-психологические и личностные [4, 8, 9, 12, 13, 23].

Однако недостаточно исследований посвящено оценке состояния сексуальной функции у лиц с суицидальным поведением. Не анализировался характер дисгармоничных парных отношений, влияющих на качество жизни.

Цель исследования: разработка и повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, обеспечивающих семейную адаптацию, на основе анализа суицидального поведения при дисгармоничных парных отношениях.

Материалы и методы

Согласно поставленным целям проводилось обследование пациентов, поступивших в Московский Городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского (центр острых отравлений), кризисное отделение ГКБ №20 и продолживших лечение в отделении сексопатологии Московского НИИ психиатрии в связи с суицидальным поведением на фоне семейно-сексуальных дисгармоний. В исследование также входили пациенты, обратившиеся в отделение сексопатологии, с жалобами на сексуальные расстройства, семейные конфликты, у которых были диагностированы суицидальные мысли, а их

психическое состояние позволяло проводить наблюдение и лечение амбулаторно. Набор пациентов производился в период с апреля 2008 года по апрель 2010 года.

Было обследовано две группы пациентов. I группа включала в себя 62 пациента (25 муж. и 37 жен.) в возрасте от 18 лет, совершивших суицидальные попытки, в основе которых лежали сексуальные нарушения и дисгармоничные парные отношения. II группа – 44 пациента (16 муж. и 28 жен.) старше 18 лет с суицидальными мыслями и замыслами на фоне семейно-сексуальных дисгармоний. Из исследования исключались пациенты, наблюдающиеся в психоневрологическом и наркологическом диспансерах. Диагностическая оценка психического состояния и сексуальных расстройств производилась соответственно МКБ-10 и включала в себя разделы F32 – «депрессивный эпизод», F43 – «реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», F52 – «сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями», F60 – «специфическое расстройство личности», Z63 – «проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства», Z70 – «консультации, касающиеся сексуальных отношений, поведения и ориентации».

При исследовании анамнестических данных и психопатологического обследования была использована суицидологическая карта, разработанная А.Г.Амбрумовой и соавт.[1]. Это дало возможность выявить ряд сведений, позволяющих представить демографическую характеристику суицидента, состояние здоровья, условия жизни, социальную адаптацию суицидента, мотивы и причины суицидального поведения.

Клинико-психопатологический метод предполагал постоянное непосредственное наблюдение за суицидентами, анализ симптомов и синдромов, а также факторов, способствующих формированию антивитаальных переживаний. Для оценки уровня и степени выраженности психических нарушений, их динамики в результате проводимой психофар-

макотерапии, проводились исследования на основе применения экспериментально-психологических методик.

Были использованы: шкала ситуативной (реактивной) и личностной тревожности (Ч.Д.Спилберга–Ю.Л.Ханина), шкала депрессии Бека, опросник удовлетворенности партнерскими взаимоотношениями (В.В.Столин, Т.Л.Романова, Г.П.Бутенко) [10], тест для самооценки – Мюнхенский личностный опросник, опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL–90–R).

Клинико-сексологические методики включали в себя применение карт сексологического обследования пациентов, «Сексуальная формула мужская» (СФМ) и «Сексуальная формула женская» (СФЖ), разработанные и применяемые в отделе сексопатологии [3]. Общесоматическое обследование включало в себя урологическое, гинекологическое, эндокринологическое, а также проводилось неврологическое обследование пациентов.

Статистическая обработка и анализ полученных данных осуществлялся на персональном компьютере в программе Statistica 9.0. Оценка результатов проводилась с использованием стандартных статистических методов сравнительной оценки качественных и количественных признаков.

Результаты

Средний возраст суицидентов составил $31 \pm 8,84$ года. У мужчин этот показатель составил $31 \pm 8,53$ года, у женщин – $31 \pm 9,17$ лет. Средний возраст пациентов с антивитаальными переживаниями составил $25 \pm 4,13$ лет. Для мужчин – $29 \pm 5,3$ года, для женщин – $24 \pm 3,78$ года.

Информация о распределении пациентов соответственно возрасту и полу представлена в табл. 1.

Преобладающий возрастной диапазон пациентов, совершивших суицидальные попытки, варьировал от 20 до 40 лет. Значимое количество пациентов с суицидальными мыслями находилось в группе от 20 до 30 лет. Это указывает на максимальный суицидальный риск в данных возрастных группах.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

		Возраст в годах				
		18–19	20–29	30–39	40–49	50–59
Суицидальные попытки	мужчины (n=25)	1	12	9	2	1
	% распределение частот	4,0	48,0	36,0	8,0	4,0
	женщины (n=37)	2	15	14	5	1
	% распределение частот	5,41	40,54	37,84	13,51	2,7
Суицидальные мысли	мужчины (n=16)	-	9	6	1	-
	% распределение частот	-	56,25	37,5	6,25	-
	женщины (n=28)	2	23	3	-	-
	% распределение частот	7,14	82,14	10,72	-	-

Допустимо предположить, что в этот период, когда происходит становление личности в социальной и семейной сферах, невозможность реализации собственных представлений в этих сферах, а также несоответствие сложившихся жизненных стереотипов с действительностью, становится провоцирующим фактором формирования деструктивного поведения.

Средний балл у пациентов с суицидальными попытками и суицидальными мыслями, замыслами по шкале ситуативной (реактивной) тревожности Спилберга составил $40 \pm 5,47$ балла и $44 \pm 5,08$ балла, личностной тревожности – $42 \pm 6,22$ балла и $43 \pm 6,64$ балла соответственно. Данные показатели характеризовали верхнюю границу группы пациентов со средним уровнем тревожности (где 31–45 баллов – средняя тревожность). Сбор данных производился в первые часы и дни поступления или обращения пациентов. Снижение показателей личностной тревожности у пациентов I группы (с суицидальными попытками) по сравнению с показателями реактивной тревожности возможно объяснить состоянием пациентов после оказания неотложной помощи в стационаре, использованием более широкого спектра фармакотерапии.

Изучение расстройств аффективного спектра при помощи шкалы депрессии Бека выявило следующие различия. Средний балл пациентов I группы равнялся $13 \pm 5,15$ балла. У мужчин показатель составил $15 \pm 5,03$ балла, у женщин – $12 \pm 5,08$ балла. У пациентов II группы средний балл составил $16 \pm 3,98$ балла. У мужчин – $17 \pm 5,25$ баллов, у женщин – $14 \pm 2,86$ баллов. Таким образом, у мужчин чаще диагностировалась «умеренная депрессия» (16–19 баллов), тогда как у женщин – «субдепрессия» (10–15 баллов). Отмечалась положительная корреляция между диагностированием суицидальных замыслов у мужчин II группы и выраженностью депрессивного симптомокомплекса ($r = -0,64$ при $p = 0,01$).

Из 62 пациентов I группы 9 (14,5%) уже имели ранее в анамнезе суицидальную попытку. Анализ психического статуса этих пациентов показал: средний балл по шкале ситуативной (реактивной) тревожности Спилберга составил $43 \pm 5,47$ балла, личностной тревожности – $46 \pm 6,15$ балла, средний балл по шкале депрессии Бека – $21 \pm 4,97$ балла. Это соответствовало преимущественно высокому уров-

ню тревожности и выраженной депрессии (средней тяжести), независимо от способа, выбранного для суицидальной попытки.

Проводился анализ мотивов суицидального поведения (рис. 1).

Среди ряда причин, выражавших содержание конфликта, 33,96% (36 пациентов) составляли семейные конфликты, измена партнера. Вторая по частоте встречаемости причина, способствовавшая формированию суицидального поведения – несправедливое отношение со стороны близкого человека, недостаток внимания – 29,25% (31 чел.). Неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других – 11,32% (12 чел.); развод, болезнь или потеря значимого другого, чувство одиночества – 13,21% (14 чел.). У остальных 13 пациентов истинные причины суицидального поведения опосредованно оказывали влияние на дисгармоничные партнерские отношения, среди которых: несостоятельность в какой-либо сфере – 7,55% (8 чел.); материальное неблагополучие – 4,71% (5 чел.).

Важность гармоничных парных отношений у лиц с суицидальным поведением подчеркивает анализ семейного положения. Более 66% всех обследуемых (106 чел.) имели семью и проживали в официальном или гражданском браке – 38,68% (41 чел.) и 27,36% (29 чел.) соответственно. Холостые, одинокие – 24,53% (26 чел.), разведенные – 8,49% (9 чел.), вдовцы – 0,94% (1 чел.). Данные по группам представлены в табл. 2.

Анализ взаимоотношений с партнером в группе пациентов, совершивших суицидальную попытку, показал положительную корреляцию между удо-

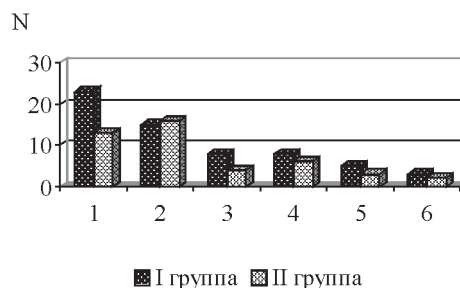


Рис. 1. Анализ мотивов суицидального поведения

Примечания: 1 – семейные конфликты, измена партнера; 2 – недостаток внимания; 3 – неудовлетворенность поведением партнера; 4 – развод, одиночество; 5 – несостоятельность в какой-либо сфере; 6 – материальное неблагополучие.

Таблица 2

Семейное положение

Семейное положение суицидентов	Суицидальные попытки		Суицидальные мысли, замыслы	
	Мужчины n=25	Женщины n=37	Мужчины n=16	Женщины n=28
Холостые, одинокие	4 (16%)	6 (16,22%)	9 (56,25%)	7 (25%)
Женатые, замужние (в том числе гражданский брак)	15 (60%)	29(78,38%)	7 (43,75%)	19(67,86%)
Вдовцы, вдовы	1 (4%)	0	-	-
Разведенные	5 (20%)	2 (5,4%)	-	2 (7,14%)

Наличие детей в семье

Наличие детей в семье суицидента (I группа)	Все пациенты n=62	Мужчины n=25	Женщины n=37
Не имели детей	25 (40,32%)	10 (40%)	15 (40,54%)
1 ребенок	20 (32,26%)	10 (40%)	10 (27,03%)
2 ребенка	13 (20,97%)	3 (12%)	10 (27,03%)
3 и более детей	4 (6,45%)	2 (8%)	2 (5,4%)

влетворенностью брачными отношениями и наличием детей в семье. Наличие одного и более детей в семье не препятствовало совершению суицидальной попытки для 37 пациентов (59,68%), у 25 обследуемых (40,32%) не было детей. Таким образом, наличие детей в семье не служило выраженным антисуицидальным барьером. Однако количество детей пропорционально уменьшало риск совершения суицида. Полученные результаты отражены в табл. 3.

По данным ряда авторов [1, 7, 11] преобладающими мотивами самоубийств являются семейно-личностные конфликты, которые непосредственно или опосредовано оказывают влияние на сексуальную активность одного или обоих партнеров. Так и наоборот, половая несостоятельность приводит к дисгармонизации парных отношений. Сексологическое обследование выявило, что средний балл по шкале «Сексуальная формула мужская» (СФМ) составил $17 \pm 6,05$ в I группе и $21 \pm 5,06$ баллов во II группе, по шкале «Сексуальная формула женская» (СФЖ) – $18 \pm 5,63$ и $22 \pm 5,42$ балла соответственно из максимально возможных 40 баллов (учитывая, что 30 баллов соответствует средней статистической норме). Отмечалось снижение баллов по всем показателям. У мужчин жалобы по поводу сексуальной несостоятельности заключались преимущественно в снижении либидо и нарушении эрекции, тогда как у женщин преобладали жалобы на снижение полового влечения, аноргазмию и гениталгии. Примечателен ответ пациенток из I группы по одному из пунктов СФЖ на вопрос о настроении после полового сношения – «чувство избавления от досадной обязанности» – 75,68% (28 пациенток).

Все обследуемые на момент обследования имели постоянного полового партнера. Анализ взаимоотношений с партнером у пациентов, совершивших суицидальную попытку, показал (опросник Столина): 40% мужчин (10 чел.) и 27,03% женщин (10 чел.) рассматривали свои отношения как «неблагоприятный союз»; 20% мужчин (5 чел.) и 24,32% женщин (9 чел.) – как «скорее неблагоприятный». 24% мужчин (6 чел.) и 16,22% женщин (6 чел.) расценили партнерские отношения как «переходные». Союз рассматривали как «скорее благоприятный» – 4% мужчин (1 чел.) и 18,92% женщин (7 чел.). Остальные 12% мужчин (3 чел.) и 13,51% женщин (5 чел.) оценивали партнерские

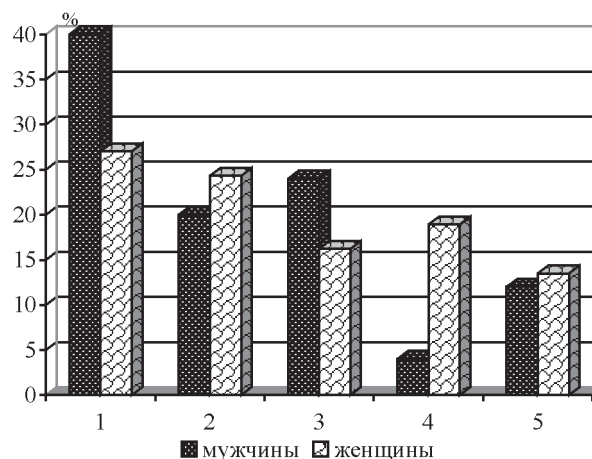


Рис. 2. Анализ взаимоотношений между партнерами (I группа)
Примечания: 1 – неблагоприятный союз; 2 – скорее неблагоприятный союз; 3 – переходный; 4 – скорее благоприятный союз; 5 – благоприятный союз.

отношения как «благоприятный союз». Данные представлены на рис. 2.

Данные, отражающие зависимость мужчин, совершивших суицидальную попытку, от гармоничных взаимоотношений с партнером: 60% признали свои отношения неблагоприятными и лишь 16% – благоприятными; у женщин 51,35% считали свои взаимоотношения с партнерами неблагоприятными, а 32,43% – благополучными. Можно предположить, что для мужчин гармоничные, надежные отношения с партнером служили выраженным антисуицидальным фактором. Это предположение доказывалось отрицательной корреляцией ($r = -0,55$ при $p = 0,01$) между гармоничными отношениями и номером суицидальной попытки. Таким образом, чем более выраженными были дисгармоничные отношения (дисгамии) между партнерами, тем чаще мужчины совершали повторные суицидальные попытки. Статистически значимой связи между показателями удовлетворенностью партнерскими отношениями и номером суицидальной попытки у женщин не наблюдалось.

Для пациентов II группы: 62,5% мужчин (10 чел.) и 32,14% женщин (9 чел.) рассматривали свои отношения как «неблагоприятный союз»; 12,5% мужчин (2 чел.) и 21,43% женщин (6 чел.) – как «скорее неблагоприятный». 18,75% мужчин (3 чел.) и 25% женщин (7 чел.) расценили партнерские отношения как «переходные». Союз рассматривали как «скорее

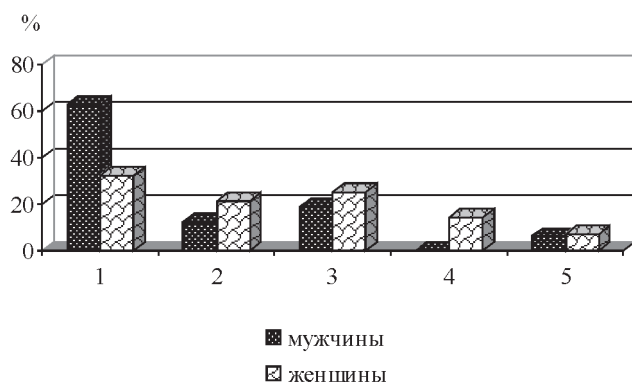


Рис. 3. Анализ взаимоотношений между партнерами (II группа)
Примечания: 1 – неблагоприятный союз; 2 – скорее неблагоприятный союз; 3 – переходный; 4 – скорее благоприятный союз; 5 – благоприятный союз.

Таблица 4

Корреляция между показателями удовлетворенности партнерскими отношениями и психопатологической симптоматикой SCL-90-R

SCL-90-R	Мужчины (p<0,05)	Женщины (p<0,05)
Соматизация (SOM)	- 0,29	- 0,05
Обсессивность-компульсивность (O-C)	- 0,18	- 0,14
Межличностная тревожность (INT)	- 0,49	- 0,27
Депрессивность (DEP)	- 0,46	- 0,34
Тревожность (ANX)	- 0,15	- 0,08
Враждебность (HOS)	- 0,47	- 0,15
Фобии (PHOB)	- 0,12	- 0,26
Паранойяльность (PAR)	- 0,29	- 0,14
Психотизм (PSY)	- 0,21	- 0,32

Примечания: Статистически значимые показатели выделены полужирным шрифтом.

благоприятный» 14,29% женщин (4 чел.). Остальные 6,25% мужчин (1 чел.) и 7,14% женщин (2 чел.) оценивали партнерские отношения как «благоприятный союз» (рис. 3).

Статистически значимые связи между показателями удовлетворенностью партнерскими отношениями и выраженностью психопатологической симптоматики (SCL-90-R) показаны в табл. 4.

Корреляционный анализ 9 базисных шкал симптоматических расстройств опросника SCL-90-R и личностной оценки удовлетворенностью парных взаимоотношений раскрыл, что наиболее значимой оказалась зависимость гармоничных отношений от межличностной тревожности, депрессивности и враждебности. Данная зависимость была свойственна преимущественно мужчинам. Среди обследуемых женщин статистически подтвердилась только обратная взаимосвязь удовлетворенности партнерскими взаимоотношениями от депрессивного компонента.

Обсуждение

В результате исследования были выделены факторы риска, способствующие возникновению суицидального поведения, что дало возможность выработать мероприятия, направленные на предупреждение суицидального поведения. Современные методики психологического обследования играют значимую роль в диагностике групп риска, позволяют выявить психопатологические характеристики и личностные особенности пациентов. Анализ полученных данных показал, что существует много факторов, оказывающих влияние на формирование суицидального поведения. Вероятность совершения суицидов высока в возрасте от 20 до 40 лет. У мужчин, в отличие от женщин, был более выражен (шкала депрессии Бека) депрессивный симптомокомплекс, который находился в прямой корреляции с суицидальной активностью. Однако лишь у пациентов, повторно совершивших суицидальную попытку на фоне семейно-сексуальных дисгармоний, выявлялась выраженная тревожная и депрессивная симптоматика. Даже наличие 1 ребенка в семье не всегда являлось антисуицидальным фактором. Однако риск суицидального поведения уменьшался соразмерно количеству детей и возрастающей роли семьи. Гармоничные партнерские отношения являлись выраженным антисуицидальным фактором преимущественно у мужчин.

Отрицательный характер связей между дисгармоничными взаимоотношениями (дисгамиями) с партнером, психопатологической симптоматикой и личностными характеристиками у мужчин и женщин, в целом, выявили ряд различий. Степень развития дисгамий у мужчин находилась в зависимости от выраженных проявлений межличностной тревожности таких как самоотчуждение, беспокойство, чувство неадекватности и неполноценности; депрессивного симптомокомплекса – отсутствие интереса к жизни, чувство безнадежности, утрата витальной перспективы; признаков враждебности – агрессивности, раздражительности, эмоциональной неустойчивости. У женщин, напротив, дисгармоничные отношения в семье коррелировали только со степенью выраженности симптомов дисфории и аффективной патологии.

В связи с характерологическими особенностями пациентов в виде стеснительности, робости, порой даже стыдливости в вопросах интимных отношений и сексуальных расстройств было затруднительно установить истинную причину возникших конфликтов, приведших к возникновению суицидоопасных состояний, антивитаальных переживаний.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что, несмотря на выявляемый схожий характер взаимосвязей в структуре личностных характеристик и психопатологической симптоматики у мужчин и женщин, существует ряд определенных различий, которые необходимо учитывать в реабилитационно-терапевтической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. М., 1980. С. 130–163.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М., 1980. С. 23–30.
3. Васильченко Г.С. Сексопатология: Справочник. М., 1990. С. 96–111, 167–170.
4. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М., 2007. С. 167–185.
5. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о ситуации в мире «Насилие и его влияние на здоровье». М., 2003. С. 189–220.
6. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. М., 1994. С. 69–88, 161–169, 176–178.
7. Кибрик Н.Д., Андрианов В.В. Особенности психотерапевтической помощи суицидентам с сексуальными дисгармониями: Методические рекомендации. М., 1993. С. 3–15.
8. Мясер В.К. Профилактика суицидов при пограничных состояниях – пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983. С. 143–146.
9. Пилягина Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: Автореф. дисс. ... докт. мед наук. К., 2004. 34 с.
10. Психологические тесты в 2-х т. / Под ред. А.А. Карелина. М., 1999. Т. 2. 247 с.
11. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М., 2005. С. 37–45, 114–207.
12. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск, 2006. С. 79–116.
13. Bonomi A.E., Anderson M.L., Reid R.J. et al. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence // Arch. Internal Med. 2009. Vol. 169, N 18. P. 1692–1697.
14. Borowsky I.W. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1999. Vol. 153. P. 573–580.
15. Cantrol C.H., Slater P.J. Marital breakdown, parenthood and suicide // J. Family Studies. 1995. Vol. 1. P. 91–102.
16. Grollman E.A. Suicide prevention, intervention, postvention. 2nd edn. Paperback Publisher: Beacon Hill Press, 1988.
17. Kernic M.A., Wolf M.E., Holt V.L. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships // Am. J. Public Health. 2000. Vol. 90, N 9. P. 1416–1420.
18. Krosowa A.J. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study // J. Epidemiol. Comm. Health. 2000. Vol. 54. P. 254–261.
19. Marzuk P.M. Lower risk of suicide during pregnancy // Am. J. Psychiatry. 1997. Vol. 154. P. 122–123.
20. Nisbet P.A. Protective factor for suicidal black females // Suicide and Life-Threatening Behavior. 1996. Vol. 26. P. 325–340.
21. Owens D.G., Cavanagh J.T., Johnstone E.C. Life events in suicide and undetermined death in South-East Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy // Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 1999. Vol. 34. P. 645–650.
22. Smith J.C., Mercy J.A., Conn J.M. Marital status and the risk of suicide // Am. J. Public Health. 1998. Vol. 78. P. 78–80.
23. Vannoy S.D., Fancher T., Meltvedt C. et al. Suicide Inquiry in primary care: Creating context, inquiring, and following up // Ann. Family Med. 2010. Vol. 8. P. 33–39.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ДИСГАРМОНИЧНЫХ ПАРНЫХ ОТНОШЕНИЯХ

Н. Д. Кибрик, Е. А. Лужников, А. В. Бадалян, С. А. Саркисов, Т. В. Буткова

Проведено обследование 62 пациентов, совершивших суицидальные попытки, в основе которых лежали сексуальные нарушения и дисгармоничные парные отношения. Средний возраст составил 31±8,8 лет. Проводился анализ факторов, предрасполагающих к суицидальному поведению. Изучены основные мотивы суицидального поведения и их влияние на дисгармоничные парные отношения. Отражен

корреляционный анализ между показателями удовлетворенностью партнерскими отношениями и выраженностью психопатологической симптоматики, личностными характеристиками суицидентов.

Ключевые слова: суицидальное поведение, дисгармоничные парные отношения, личностные особенности суицидентов, сексуальные дисфункции.

SUICIDAL BEHAVIOR IN COUPLES WITH DISHARMONIOUS RELATIONS

N. D. Kibrik, E. A. Louzhnikov, A. V. Badalyan, S. A. Sarkisov, T. V. Boutkova

The article reports results of investigation of 62 patients that have committed suicide attempts because of sexual disturbances and disharmonious relations between partners. Average age of patients is 31±8.8 years. The authors analyze the factors that predispose to suicidal behavior and describe the principle motives for suicidal behaviors and their influence on

disharmonious relations between partners. There are correlations between satisfaction with relation with the partner and severity of psychopathological symptoms, and personality characteristics of suicidal persons.

Key words: suicidal behavior, disharmonious relations in couples, personality characteristics of suicide attempters, sexual dysfunctions.

Кибрик Николай Давидович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: dok-kibrik@mail.ru

Лужников Евгений Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, руководитель отделения острых отравлений Московского городского НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского

Бадалян Амаяк Вазгенович – кандидат медицинских наук, заведующий 2-го отделения центра острых отравлений Московского городского НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского

Саркисов Сейран Арутюнович – врач психиатр 2-го отделения центра острых отравлений Московского городского НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского

Буткова Татьяна Владимировна – аспирант отделения сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: butkova-t@yandex.ru