

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

А.П. Коцюбинский, О.В. Гусева, Б.Г. Бутома

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ*

Первые исследования в области суицидального поведения у лиц (из общей популяции) связаны с именем Э.Дюркгейма [6], автора социокультуральной концепции, постулирующей зависимость совершения суицида от степени интеграции индивида в какую-либо общественную структуру или от состояния интеграции самого общества, резкая болезненная трансформация которого, может сопрягаться с ответными всплесками суицидальной активности. Эти выводы были признаны хотя и подтвержденными, но имеющими достаточно односторонний характер. В дальнейшем был выдвинут ряд концепций, опирающихся на тот или иной теоретический подход к проблеме, который получил освещение в работе В.А. Руженкова и соавт. [17], представивших анализ основных концепций – психологических, анатомо-антропологических, генетических, биохимических, психопатологических, интегративных.

Продолжение исследований в этой области проходило в русле уточнения и детализации факторов риска суицида. Выявлено значение индивидуально-психологических особенностей в виде повышенной тревожности, агрессивности, склонности к делинквентности и алкоголизации индивидуумов [18], снижения у них толерантности к эмоциональным нагрузкам, нарушения самооценки и коммуникативных структур, нарушения восприятия ценности жизни и дезадаптивного характера механизмов психологической защиты [22, 30]. Выделены общие эмоциональные, когнитивные и поведенческие паттерны, характеризующие суицидную попытку или суицид. При этом, согласно точке зрения Э.С. Шнейдман [22], цель суицида – нахождение решения проблемы; задача суицида – прекращение её осознания; стимул к суициду – невыносимая душевная боль; стрессор при суициде – фрустрированные психологические потребности; доминирующие чувства – беспомощность и безнадежность; амбивалентность внутреннего отношения к суициду; сужение когнитивной сферы, преобладание копинг-стратегии «бегство»; наличие искаженной комму-

никации для сообщения о своем намерении; соответствие суицидального поведения общему стилю поведения в жизни.

В последнее время суицидальное поведение рассматривается рядом авторов как непрерывный процесс, в основе которого лежит наследственная предрасположенность к нему [13, 16], реализуемая через воздействие комплекса различных средовых и субъективно значимых факторов. При этом некоторые исследователи придают большее значение генетическому фактору, рассматривая суицидальное поведение как суицидальный процесс со своей динамикой и этапностью развития. Другие авторы считают более значимыми средовые факторы, рассматривая индивидов с суицидальным поведением из популяции в целом как лиц с непсихотическими психическими расстройствами многофакторного генеза, проявляющиеся либо в острой форме – «реакции короткого замыкания», либо в пролонгированной форме – «реакции дезадаптации» [14, 19].

В современных концепциях суицидального поведения, признающих его многофакторный (биологический, социальный и индивидуально-психологический) характер [13], наибольшее значение придается социально-экономической и психологической дезадаптации личности в усложняющихся условиях жизни [1, 7, 21, 22]. В отечественной суицидологической практике разработаны многоступенчатые мероприятия по превенции, медикации, психотерапии и реабилитации лиц с суицидальным поведением (из общей популяции), что предполагает совместную скоординированную работу многих специалистов и служб [1, 7, 8, 13].

Иная ситуация складывается, когда речь идет о пациентах-суицидентах с психическими расстройствами психотического уровня [2, 11, 12, 20]. Суицидальные попытки у психически больных традиционно включаются в общую картину психоза и рассматриваются исключительно как корреляты тяжести психического заболевания, осложняющие прогноз и почти неизбежно приводящие к госпитализации,

а также к интенсификации лекарственной терапии. Так, Э.Дюркгейм рассматривал варианты суицидов у психически больных только в рамках психопатологических переживаний (маниакальное самоубийство, то есть обусловленное бредом или галлюцинациями; самоубийство меланхоликов; самоубийство одержимых навязчивыми идеями; автоматическое или импульсивное самоубийство).

Позднее эта классификация [2, 11, 21] была существенно переосмыслена и расширена, в связи с чем выделены следующие основные варианты: 1) психогенный суицид (непсихотический, реалистический); 2) психотический суицид; 3) аутистически-рационалистический (обусловленный нарастающей аутизацией, негативными личностными изменениями); 4) смешанный тип суицида. Н.И.Распопова [15], наблюдая пациентов, госпитализированных впервые в стационар по поводу суицидальной попытки, значительно детализировала и расширила эту классификацию за счет включения личностных и ситуационных факторов.

Тем не менее, следует отметить, что, несмотря на прояснение ведущих элементов механизма суицидального поведения в рамках концепции «синдром-личность-ситуация», в практической деятельности психиатров сохраняется невысокая возможность прогнозирования суицидального поведения психически больных в условиях длительного течения психического заболевания. Это связано с тем обстоятельством, что суицидальные попытки часто совершаются вне собственно психотических проявлений заболевания, во внешне нейтральной ситуации, неожиданно для ближайшего семейного окружения и медицинских работников, что делает очевидной необходимость не только комплексного подхода к изучению суицидального поведения этой группы больных, но и его понимания с позиции психодинамически ориентированного психологического подхода. При этом следует учитывать, с одной стороны, специфику психопатологической симптоматики и личностных реакций, имеющих прямое отношение к суициду, а с другой стороны – особенности имеющегося у больного преломления и личностной переработки болезненных переживаний и реальных обстоятельств, а также субъективные искажения в восприятии значимых для него отношений. Это требует всестороннего рассмотрения факторов, взаимосвязанных с формированием суицидального поведения, на клинко-психопатологическом, социально-психологическом, семейно-средовом и психодинамическом уровнях. Не случайно многие авторы [23, 26, 30] считают, что в рамках глубинно-психологического (психодинамического) подхода возможно более глубокое понимание как психического функционирования больных эндогенными психозами в целом, так и более полное раскрытие внутренних (включая суицидальных) мотивов поведения, что, безусловно, может способствовать разработке эффек-

тивных интегративных стратегий оказания лечебной и профилактической помощи этим пациентам.

Цель исследования – изучение роли морбидных, семейно-средовых и глубинно-психологических факторов, взаимосвязанных с суицидальным поведением больных эндогенными психозами.

Материал и методы исследования

В работе использовались клинический, клинко-психологический и статистический методы. Для объективации результатов использовался комплекс экспериментально-психологических методик: 1) шкала оценки психопатологических симптомов [29], включающая 18 биполярных характеристик для регистрации негативных и позитивных симптомов, с градацией каждого признака в диапазоне от 1 до 6 баллов [29]; 2) «Гиссенский личностный тест» [3]; 3) тесты SBAK [self-assessment of defense concepts, German version, SBAK] и FKBS [defense mechanisms test, German version, FKBS], отражающие динамику защитных психологических механизмов [24, 25]; 4) копинг-тесты Lazarus'а и SVF [coping mechanisms inventory, German version, SVF], отражающие динамику совладающего поведения в затруднительных жизненных ситуациях [27, 28]; 5) тест GAF [Global Assessment of Functioning Scale] – оценка социально психологической адаптации в трех сферах: учебно-производственной, семейной и индивидуально-психологической. Статистическая проверка проводилась методом сравнения средних при помощи Т-критерия при предварительной проверке выборок на гомогенность дисперсий при разночисленных выборках.

Обследовано 103 больных, проходивших лечение в психиатрическом отделении НИПНИ им. В.М.Бехтерева (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных больных по диагнозам МКБ-10

Название диагноза	Количество больных	Количество больных в %
Шизофрения параноидная	40	38,8%
Шизоаффективное расстройство	19	18,5%
Шизотипическое расстройство	25	24,3%
Аффективные расстройства	9	8,7%
Пограничное расстройство личности	9	8,7%
Острое шизофреноподобное расстройство	1	1,0%
Всего	103	100,0%

Распределение обследованных больных по типу течения заболевания представлено в табл. 2.

У 43,7% обследованных больных выявлена наследственная отягощенность теми или иными психическими заболеваниями, у 11,8% больных отмечено

Таблица 2

Распределение обследованных больных по течению заболевания

Тип течения заболевания	Количество больных	Количество больных в %
Непрерывное течение	40	38,8%
Эпизодическое течение	57	55,4%
Фазное течение	4	3,9%
Прочее	2	1,9%
Всего	103	100,0%

наличие суицидов в роду. Длительность заболевания по группе в целом составила $51,1 \pm 5,0$ мес. Начало заболевания было острым у 45,6% больных, постепенным у 54,4%. Наличие провоцирующих факторов в развитии заболевания отмечалось у 43,7% больных. Каждый больной в среднем перенес $2,4 \pm 0,2$ приступа или обострения заболевания, среднее число госпитализаций составило $2,0 \pm 0,2$.

Среди обследованных пациентов 27 человек (26,2%) имели суицидальные попытки в анамнезе (основная группа) и 76 человек (73,8%) никогда не обнаруживали суицидального поведения (группа сравнения). Все совершенные суицидальные попытки у больных основной группы имели место в состоянии ремиссии, то есть не могли быть отнесены к психотическому варианту суицидального поведения. Экспериментально-психологическое исследование больных проводилось дважды: при поступлении и при выписке из стационара.

Результаты

В соответствие с задачами исследования были сопоставлены результаты исследования трех групп характеристик: морбидных (клинико-психопатологических), семейно-средовых и глубинно-психологических (психодинамических) в основной группе (больные с суицидальными попытками в анамнезе) и сравнительной группе (больные без суицидального поведения в анамнезе). Анализ клинико-психопатологических характеристик проводился на основании тщательного изучения истории заболевания пациентов, наследственной отягощенности той или иной психической патологией, клинической оценки тенденций течения заболевания и ведущих психопатологических синдромов, характеризующих активный период заболевания. Для объективизации данных, отражающих психическое состояние пациентов в момент исследования, использовалась модифицированная «Оценочная психопатологическая шкала» [29].

Не выявлено статистически достоверных различий в двух сравниваемых группах по возрасту ($23,6 \pm 1,0$ и $27,2 \pm 0,9$), степени наследственной отягощенности психическими заболеваниями, в том числе заболеваниями депрессивного спектра, а также по факту совершения суицидов среди ближайших родствен-

ников. Средняя длительность заболевания в основной и сравнительной группе составила $49,4 \pm 8,3$ мес. и $51,7 \pm 6,1$ мес., число госпитализаций $2,4 \pm 0,4$ и $1,8 \pm 0,3$, среднее число перенесенных приступов $2,7 \pm 0,4$ и $2,3 \pm 0,3$.

Суммарная оценка психопатологической симптоматики в баллах при поступлении и при выписке в двух сравниваемых группах не имела достоверных различий; также не было выявлено различий по уровню депрессивной симптоматики при выписке. Однако анализ алгоритма лечения в двух сравниваемых группах выявил определенные различия, хотя они и не достигали уровня статистической значимости. В частности, интенсивность лечения антидепрессантами, транквилизаторами, использования электро-судорожной терапии были несколько выше в группе больных с суицидальным поведением в анамнезе, а в сравнительной группе несколько чаще применялись нейролептики, тимостабилизаторы и ноотропы.

В то же время выявлены статистически достоверные различия показателей в двух сравниваемых группах больных по следующим шкалам оценочной психопатологической шкалы [29]: «дереализация-деперсонализация», «повышенное настроение», «нарушение сна», «нарушение аппетита», «нарушение мышления», «ипохондричность», «отсутствие интереса к работе», «упрямство» и «конфликтность». Так, в основной группе (наличие суицидального поведения в анамнезе) при поступлении выявлены более высокие показатели дереализации-деперсонализации ($p < 0,01$), а при выписке – более высокие показатели по шкалам «отсутствие интереса к работе» ($p < 0,02$), «повышенный аппетит» ($p < 0,02$), «дереализация-деперсонализация» ($p < 0,01$), а также «патологическое упрямство, внутреннее противодействие внешним влияниям» ($p < 0,04$) и «склонность к конфликтам» ($p < 0,01$). У больных сравнительной группы (без суицидального поведения в анамнезе) при поступлении более высокие показатели были по шкалам «повышенное настроение» ($p < 0,02$), «нарушение сна» ($p < 0,05$), «нарушение мышления» ($p < 0,02$), «ипохондричность» ($p < 0,03$).

Комплаенс (в отношении лекарственной терапии) в группе больных с суицидальным поведением в анамнезе был достоверно ниже ($p < 0,01$), но, одновременно, эти пациенты были более мотивированы на психотерапию, в связи с чем в этой группе несколько чаще дополнительно проводилась индивидуальная психотерапия, в то время как в сравнительной группе психотерапевтические занятия ограничивались групповыми их формами.

Таким образом, у больных основной группы преобладала депрессивно-дереализационно-деперсонализационная симптоматика, имеющая «сквозной» характер на всем протяжении лечения с незначительной динамикой в процессе психофармакотерапии, имела место тенденция к неполным ремис-

сиям, дезадаптивным особенностям поведения и более низкому комплаенсу. Для больных сравнительной группы характерно преобладание дисгармоничных маниакально-подобных синдромов с нарушениями мышления, ипохондричностью при поступлении, тенденцией к инверсии аффекта с формированием субдепрессивной симптоматики на этапе выписки. Иными словами, в первом случае доминировала тенденция к затяжному или непрерывному течению с ведущим синдромом деперсонализации- дереализации, а во втором случае – тенденция к биполярности, фазности аффекта, что априорно соотносится с более благоприятным прогнозом. Особенности терапевтической мотивации и психотерапевтических предпочтений пациентов двух сравниваемых групп были, возможно, обусловлены большей выраженностью у пациентов с суицидами в анамнезе психологических проблем и личностной неудовлетворенностью.

Анализ семейно-средовых факторов позволил увидеть, что одинокое проживание составило 7,4% и 9,2% в сравниваемых группах, что свидетельствует об отсутствии между ними различий по данному показателю. Сравнимые группы не имели также достоверных различий по факту перенесенных острых стрессов (1,5 и 1,4 соответственно).

В то же время статистически достоверные различия были по показателю семейного статуса: проживали с родителями 88,9% больных основной группы и 57,9% больных сравнительной группы; только 3,7% больных основной группы имели свою семью по сравнению с 32,9% больных без суицидального поведения в анамнезе. Помимо этого, выявлены статистически достоверные различия показателей по двум характеристикам семейной атмосферы: «эмоциональная поддержка» и «неприятие больного». У больных основной группы выявлен более низкий уровень эмоциональной поддержки в семье ($p < 0,05$) и более высокий уровень показателя «неприятие больного» в семье ($p < 0,03$). Таким образом, можно предположить меньший уровень зрелости и самостоятельности у больных основной группы, что проявляется в неготовности создать собственную семью и, одновременно, меньшем уровне принятия и поддержки в родительской семье.

При использовании теста GAF выявлены статистически достоверные различия показателей социально-психологической адаптации в двух сравниваемых группах. В основной группе выявлены более низкие показатели адаптации в семейной сфере при поступлении ($p < 0,01$), более низкие показатели адаптации в индивидуально-психологической сфере («самоконтроль», «принятие себя») при поступлении и при выписке ($p < 0,01$), а также более низкие показатели адаптации в учебно-производственной сфере при поступлении и при выписке ($p < 0,01$).

При анализе копинг-поведения больных в двух сравниваемых группах выявлены статистически

достоверные различия показателей по шкале «самоконтроль» (копинг-тест Lazarus'a), а также по шкалам «снижение масштаба переживаний» и «отвлечение от ситуации» (копинг-тест SVF). У больных основной группы выявлены более низкие, чем в сравниваемой группе, показатели по шкале «самоконтроль» ($p < 0,04$), что свидетельствует о недостаточности усилий по регулированию своих чувств и действий, тенденции к несоблюдению социальных норм. Это согласуется с выявленным у больных основной группы более низким показателем комплаенса ($p < 0,01$) при выписке. В основной группе выявлен также более низкий рейтинг копинг-стратегий «снижение масштаба переживаний» ($p < 0,02$) и «отвлечение от ситуации» ($p < 0,01$), что свидетельствует о повышенной фиксации на фрустрирующих факторах и обстоятельствах.

Таким образом, копинг-поведение больных основной группы характеризовалось сочетанием низкого самоконтроля с повышенной фиксацией на травмирующих факторах, нарушением комплаенса, что способствовало более быстрой разрядке у них аффективных импульсов, детерминирующих суицидальное поведение.

Анализ глубинно-психологических (психодинамических) показателей включал исследование психодинамических конфликтов и защитно-приспособительного профиля у больных двух сравниваемых групп. Типология и описание основных психодинамических конфликтов у больных эндогенными психозами подробно изложены в литературе [4, 5, 26, 30].

У больных основной группы достоверно чаще выявлялся конфликт «симбиоз-враждебность» (30,8% больных основной группы и 6% больных сравнительной группы, соответственно; $p < 0,01$).

Не выявлено статистически достоверных различий показателей функционирования защитных механизмов у больных в двух сравниваемых группах (как при поступлении, так и при выписке). Однако сквозной характер феномена дереализации-деперсонализации, часто рассматриваемый как имеющий защитный психологический характер [10], возможно интерпретировать как маркер длительной и выраженной интрапсихической проблематики, как проявление большей напряженности механизмов психологической защиты у больных основной группы.

Обсуждение и выводы

По данным проведенного исследования, суицидальное поведение больных эндогенными психозами было обусловлено сочетанием нескольких групп факторов: морбидных (клинико-биологических), семейно-средовых и глубинно-психологических (психодинамических). При этом социально-психологические и психодинамические детерминанты суицидального поведения у больных эндогенными психозами в значительной степени схожи с таковыми у здоровых лиц.

Ведущими морбидными факторами являлись тенденции затяжного или непрерывного течения заболевания с преобладанием менее острой, чем у больных сравняемой группы, психопатологической симптоматики и последующими неполными ремиссиями с проявлениями деперсонализации-дереализации. Не нашло подтверждения влияние наследственной отягощенности заболеваниями депрессивного спектра на формирование суицидального поведения. Не установлено также влияние острого внешнего стресса на формирование суицидального поведения. Ведущими семейно-средовыми факторами, сопряженными с суицидальным поведением, являлись отсутствие эмоциональной поддержки в семье и неприятие больного ближайшим семейным окружением, а также изоляция пациента в семье. Среди личностно-поведенческих характеристик наибольшее значение имело сочетание низкого самоконтроля, импульсивности и повышенной фиксации на фрустрирующих обстоятельствах, низкие адаптивные возможности, наличие психодинамических конфликтных констелляций по типу «симбиоз–враждебность» и формирование защитного феномена дереализации–деперсонализации.

Наш психотерапевтический опыт работы [9] с пациентами исследуемой группы позволяет следующим образом описать ведущий психодинамический конфликт. Основу составляют противоречивые тенденции: с одной стороны – потребность в зависимости, привязанности, опеке и любви, а с другой – блокировка этой потребности страхом излишнего контроля и «поглощения со стороны объекта». В связи с этим попытки со стороны значимого для пациента объекта проявлять заботу о нем – вызывают враждебность и недоверие, воспринимаются как внешний контроль, вызывают желание соблюдать дистанцию. Одновременно попытки со стороны объекта принять в отношении больного дистанцию и поощрять его самостоятельность вызывают отчаяние и гнев, так как расцениваются как отвержение и отказ в любви. В этой противоречивой констелляции симптом болезни часто создает некий баланс этих противоречивых отношений и активно, хотя бессознательно, поддерживается пациентами в целях сохранения такого неустойчивого равновесия. Можно предположить, что у больных эндогенными психозами, склонных к суицидальному поведению, формируется своеобразный «порочный круг»: недостаточно осознаваемые интрапсихические конфликтные переживания способствуют поддержанию и стойкости развившегося психопатологического синдрома дереализации-деперсонализации, который носит, в целом, защитный характер, хотя и имеет лишь частичный эффект, камуфлируя конфликт и заменяя его болезненными переживаниями. В результате происходит некоторое снижение тревоги и дискомфорта, однако, без улучшения адаптации. При этом отмеченные выше особенности приспособительного

поведения в сочетании с характеристиками семейной атмосферы приводят к усилению явного семейного конфликта, который приводит к ещё большему отчуждению, отторжению больного и углублению его внутриличностной проблематики. Исходя из этих представлений, суицидальное поведение больных эндогенными психозами может рассматриваться как деструктивная попытка решения имеющихся у них затруднений, возникающих на фоне неблагоприятных тенденций заболевания и семейного окружения, а также дезадаптивных личностных и поведенческих характеристик.

Таким образом, при психических расстройствах подтвержден многофакторный генез суицидального поведения, определяющийся сочетанием морбидных, семейно-средовых и индивидуально-психологических факторов. Безусловно, в каждом конкретном случае вклад и соотношение различных факторов может быть неодинаковым, что необходимо учитывать при планировании стратегии и объема психиатрической и психотерапевтической помощи. Однако сам факт суицидальной попытки в анамнезе, должен рассматриваться как важнейший фактор риска суицида в дальнейшем.

В отличие от проведенных ранее исследований [15], не подтвердилось значение таких факторов, как влияние наследственной отягощенности заболеваниями депрессивного спектра, большом уровне суицидов среди ближайших родственников, факторе одиночества, роли острого стресса. В проведенном исследовании новым аспектом в изучении проблемы суицидального поведения психически больных явилось рассмотрение взаимовлияния семейно-средовых и личностных факторов с психодинамических позиций и их соучастие в механизмах суицидального поведения.

Полученные результаты позволяют рекомендовать для данной категории больных обязательное детальное изучение морбидных, семейно-средовых и индивидуально-психологических факторов в генезе суицидального поведения, подчиненных задачам разработки оптимальных лечебных стратегий, а также эффективных методов превенции.

В этом случае проведение работы с семьей пациента предполагает осуществление на первых этапах психообразовательных программы для родственников и пациентов, а в дальнейшем – семейной психотерапии, целью которой является улучшение у родственников понимания мотивации поведения пациентов, коррекция нарушенных внутрисемейных отношений, формирование достаточной эмоциональной поддержки.

Задачи групповой психотерапии должны быть сфокусированы на опознании больными дезадаптивных личностных характеристик и стереотипов поведения и их коррекции.

Задачи индивидуальной психотерапии должны быть сфокусированы на осознании и принятии факта

болезни с имеющимися ограничениями в социальном функционировании, опознании внутренних мотивов суицидального поведения, повышении устойчивости к стрессу, формировании комплаенса, улучшении

аффективной регуляции и коммуникативных возможностей, повышении способности тестирования реальности, что суммируется в повышении адаптационных возможностей в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Проблема суицида и превентивная суицидологическая служба в СССР // Научн. и орг. проблемы суицидологии. М. 1983. С. 7–20.
2. Антохин Г.А. Диагностика суицидального поведения при шизофрении // Актуальные проблемы суицидологии. М. 1981. С. 168–177.
3. Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач): методическое пособие / Под ред. Е.А.Голынкина, Г.Л.Исурина, Е.В.Кайдановская и соавт. СПб., 1993. 28 с.
4. Гусева О.В. Психодинамические аспекты суицидального поведения у больных эндогенными психозами // Клинические Павловские чтения: «Кризисные состояния. Суицидальное поведение». СПб.: «Человек». Сборник научных работ. 2002. С. 46–48.
5. Гусева О.В., Коцюбинский А.П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Руководство для врачей. СПб.: СпецЛит: 2013. 287 с.
6. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд (перевод с франц. с экр.) / Под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль. 1994. 399 с.
7. Корнетов Н.А. Социально индуцированные пролонгированные кризисные состояния в период кардинального переустройства общества // Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и кризисных состояний. Владивосток, Томск, 1996. С. 50–53.
8. Корнетов Н.А., Дубовская Л.Н., Корнетов А.Н. Модель и динамика развития антикризисной неотложной социально-психологической (суицидологической) службы // Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение. Томск: «Иван Федоров», 2011. С. 284–289.
9. Коцюбинский А.П., Гусева О.В., Еричев А.Н., Медведев С.Э., Бутома Б.Г., Степанова А.В. Особенности психотерапии // Аутохтонные непсихотические расстройства / Под ред. А.П.Коцюбинского. СПб.: Спец-Лит., 2015. С. 332–393.
10. Нуллер Ю.Л. Деперсонализация – защитная реакция и психопатологический симптом // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. Л., 1977. С.124–134.
11. Ордянская А.Б. Особенности суицидального поведения у больных малопрогрессирующей шизофренией // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 123–130.
12. Паршин А.Н. Суицидальный риск и клинический диагноз // XIV Съезд психиатров России. 17–18 ноября 2005г. М., 2005. С. 445–446.
13. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. 2012, № 1. С. 8–13.
14. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017. 366 с.
15. Распопова Н.А. Механизмы формирования, клинические особенности и профилактика суицидального поведения у больных с психическими расстройствами: Автореф. дисс.... док. мед. наук. М., 2010. 38 с.
16. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение // Суицидология. 2013, № 1. С. 3–12.
17. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения // Суицидология. 2012, № 4. С. 52–60.
18. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Эпидемиологические аспекты самоубийств в Забайкальском крае // Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение. Томск: «Иван Федоров». 2011. С. 292–297.
19. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: «Когито-Центр», 2005. 205 с.
20. Тихоненко В.А., Антохин Г.А. О роли психопатологической продукции в суицидальном поведении больных параноидной шизофренией // Проблемы суицидального поведения. М., 1974. С. 165–169.
21. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Труды Московского НИИ психиатрии: Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 59–73.
22. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. М.: Изд-во «Смысл», 2001. 132 с.
23. Ammon G. Dynamic structural psychiatry today // Dynamische Psychiatrie. 1991. N. 1/2. P. 21–29.
24. Ehlers W., Peter R. Testhandbuch von Abwehrkonzepten. Ulm: PSZ Verlag, 1984.
25. Gleser G.C., Ihillevich D. An objective instrument for measuring defense mechanisms // J. Consult. Clin. Psychol. 1969. P. 33–51.
26. Hartwich P., Grube M. Psychosen-Psychotherapie. 2. Auflage–Darmstadt? 2003. 303 S.
27. Janke W., Erdmann G., Kallus W. Stressverarbeitung / stragebogen (SVF) nach W.Janke, G. Erdmann W. Boucsein Handanweisung. Göttingen: Hogrefe. 1985.
28. Lazarus R.S., Folkman S. Coping and adaptation // The Handbook Behavioral Medicine / W.D.Gentry (Ed.). NY., 1984. P. 282–325.
29. Malamud W., Sands S. A revision of the psychiatric rating scale // Am. J. Psychiatry. 1974. Vol. 104. P. 231–237.
30. Psychose und Konflikt: Zur Theorie und Praxis der analytischen Psychotherapie psychotischer Storungen / Mentzos Stavros (Hg.) – 4 Auflage – Göttingen: Vandenhoeck – Ruprec. 2000. 259 p.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

А.П. Коцюбинский, О.В. Гусева, Б.Г. Бутома

Работа посвящена изучению предикторов формирования суицидального поведения у психически больных с позиции биопсихосоциального подхода. В исследовании представлено всестороннее рассмотрение факторов, взаимосвязанных с формированием суицидального поведения на клинико-психопатологическом, социально-психологическом, семейно-средовом и психодинамическом уровнях. Проведено исследование 103 стационарных больных эндогенными психозами (27 чел. с суицидальными попытками в анамнезе и 76 чел., никогда не проявлявших суицидального поведения). Сопоставлены результаты исследования трех групп характеристик – клинико-психопатологических, социально-психологических и психодинамических, в двух

сравниваемых группах. Для объективизации результатов использовался комплекс экспериментально-психологических методик (7 тестов). Полученные результаты подтверждают многофакторный генез суицидального поведения у больных эндогенными психозами; значительное влияние семейно-средовых, морбидных и глубинно-психологических факторов в формировании суицидального поведения, что требует комплексного терапевтического подхода. Факт суицидальной попытки в анамнезе, должен рассматриваться как важнейший фактор риска суицида в дальнейшем. Представлены психотерапевтические рекомендации.

Ключевые слова: психодинамические факторы суицидального поведения, факторы риска суицида, суицид у психически больных.

SUICIDAL BEHAVIOUR OF MENTAL PATIENTS: A BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH

A.P. Kotsubinskyi, O.V. Guseva, B.G. Butoma

The work is devoted to studying the predictors of the formation of suicidal behavior; a study was performed of 103 inpatients with endogenous psychoses (27 people with suicidal attempts in history and 76 people who never showed suicidal behavior). The results of a study of three groups of characteristics-clinical-psychopathological, socio-psychological and psychodynamic, in two compared groups, are compared. For the objectification of the results, a set of experimental psychological methods was used (7 tests). The results confirm the multifactorial genesis of suicidal

behavior in patients with endogenous psychoses; significant influence of family-environment, morbid and deep-psychological factors in the formation of suicidal behavior, which requires an integrated therapeutic approach. The fact of suicide attempt in the anamnesis should be considered as the major risk factor of a suicide in a future. Psychotherapeutic recommendations are presented.

Keywords: psychodynamic factors, suicidal behavior, suicide risk factors, suicide in the mentally ill patients.

Коцюбинский Александр Петрович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» МЗ РФ; e-mail: AK-369@mail.ru

Гусева Ольга Васильевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отделение биопсихосоциальной реабилитации психически больных, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ; e-mail: lev_olga@list.ru

Бутома Борис Георгиевич – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» МЗ РФ; e-mail: butbor08@gmail.com