

- новые методики формирования необходимых нейродинамических характеристик головного мозга, продуктивного позитивного мышления, устойчивой мотивации, переформатированию установочных драйверов поведенческой активности и пр.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ТИП СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Голубович В.В., Гелда А.П., Горюшкина Е.Г., Залеская И.С., Никулина Е.Ю., Нестерович А.Н., Роменский А.В., Рунец К.Е., Чернецкая Е.В.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья
г. Минск, Республика Беларусь*

Многие факторы предрасполагают к повышенному риску совершения суицидальных актов, в том числе и некоторые индивидуально-психологические особенности личности (эмоциональная неустойчивость, импульсивность, демонстративность и пр.). В то же время единого «психологического портрета» суицидента не существует, и перспективным направлением в области суицидологии является проведение узко популяционных исследований по изучению индивидуально-стилевых особенностей и свойств личности в разных социальных группах населения, включая с учетом суицидологических характеристик тех или иных обстоятельств совершения суицидальных действий.

Цель исследования – изучение личностных особенностей психически здоровых людей в зависимости от типа суицидального поведения.

Материал и методы

Методология исследования — открытое сравнительное проспективное в однородных параллельных группах со стратификационной рандомизацией (первичное/повторное самопокушение) клинико-суицидологическое по протоколу ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов с дополнением к протоколу экспериментально-психологической методики для

диагностики индивидуально-стилевых особенностей и свойств личности. Единицей анализа являлся верифицированный случай суицидальной попытки у психически здоровых людей в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40-F48) или расстройств настроения (F32.0-F32.1). Период исследования — 01.01. 2011 г. – 01.01. 2013 г. при сплошном наборе исследовательских случаев на базе отделений ГУ «РНПЦ психического здоровья» и отделения острых отравлений УЗ «БСМП г. Минска». Для обработки материалов исследования использовались общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики.

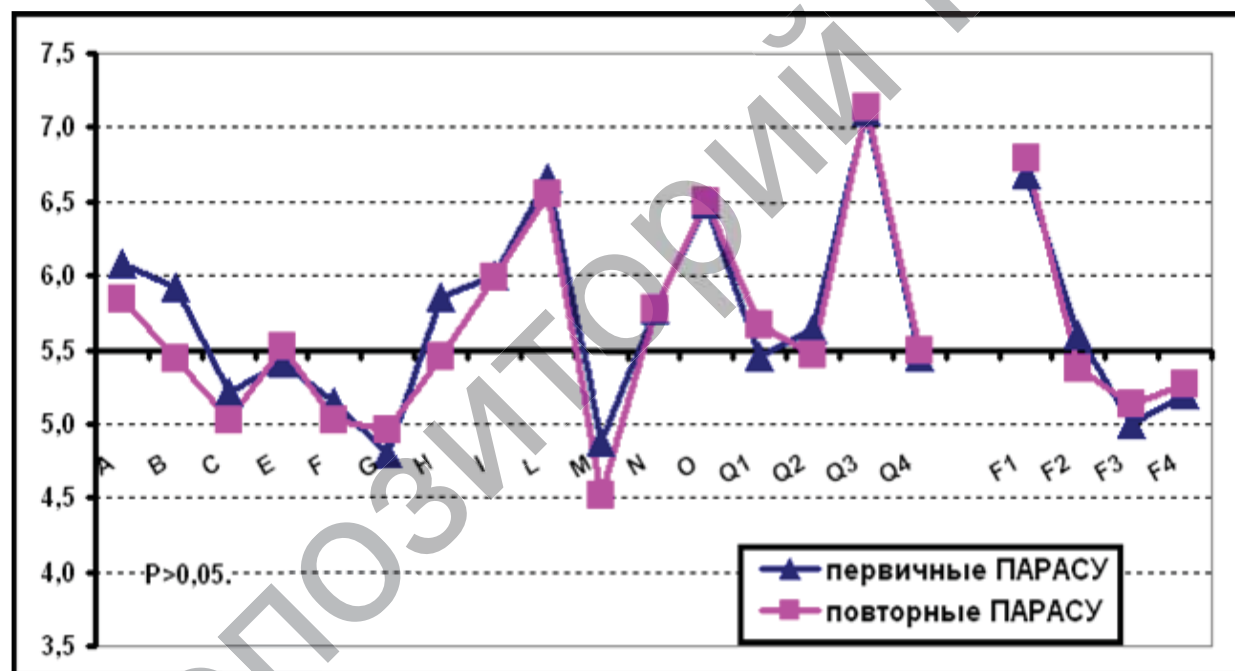
Всего в исследование при добровольном согласии были включены 472 человека: 390 (средний возраст $30,7 \pm 0,6$ лет) – совершившие впервые в жизни суицидальную попытку и 82 ($28,6 \pm 1,1$ лет) – с повторными суицидальными попытками. В сопоставляемых однородных выборках парасуицидентов преимущественно выявлялось расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (39,2-48,8% случаев).

Результаты исследования

С учетом сплошного набора исследовательских случаев в неразрывный по времени конкретный период исследования полученные материалы научного изыскания фактически свидетельствуют о популяционных корреляционных взаимоотношениях индивидуально-стилевых особенностей и свойств личности у психически здоровых людей и типа суицидального поведения. Поставленная целевая задача решалась посредством использования в исследовании методики многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (N=187), предназначенной для измерения шестнадцати конституциональных факторов личности и позволяющей получить многогранную информацию о личностных чертах. При интерпретации усредненного профиля личности по всем 16 факторам внимание уделялось «пикам» профиля (наиболее низким и высоким значениям факторов в

профиле) и в особенности показателям факторов, находящимся в «отрицательном» полюсе в границах от 1 до 3 стенов и в «положительном» — от 8 до 10 стенов (рисунок).

Факторы первого порядка. По материалам исследования отмечается явно выраженная схожая тенденциозная направленность вне зависимости от типа суицидального поведения с характерными по усредненному профилю личности по факторам L, O и Q₃ пиковыми значениями показателей в «положительном» полюсе (6,5-7,1 стенов) и по факторам C, G и M — в «отрицательном» (4,5-5,0 стенов). Статистически значимых различий по среднему показателю факторов первого порядка при межвыборочном их сопоставлении не верифицировалось. В то же время в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением



| | A | B | C | E | F | G | H |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| первичные ПАРАСУ | 6,1±0,09 | 5,9±0,14 | 5,2±0,12 | 5,4±0,10 | 5,1±0,11 | 4,8±0,09 | 5,9±0,1 1 |
| повторные ПАРАСУ | 5,8±0,17 | 5,4±0,33 | 5,0±0,21 | 5,5±0,18 | 5,0±0,19 | 5,0±0,18 | 5,5±0,2 2 |
| t | 1,222 | 1,336 | 0,763 | -0,549 | 0,545 | -0,828 | 1,673 |

| | I | L | M | N | O | Q ₁ | Q ₂ |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|----------------|
| первичные ПАРАСУ | 6,0±0,09 | 6,7±0,10 | 4,9±0,10 | 5,8±0,10 | 6,5±0,10 | 5,5±0,10 | 5,6±0,09 |
| повторные ПАРАСУ | 6,0±0,19 | 6,5±0,22 | 4,5±0,20 | 5,8±0,20 | 6,5±0,22 | 5,7±0,23 | 5,5±0,19 |
| t | 0,070 | 0,463 | 1,626 | 0,051 | -0,095 | -0,865 | 0,868 |

| | Q ₃ | Q ₄ | F ₁ | F ₂ | F ₃ | F ₄ |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| первичные ПАРАСУ | 7,1±0,09 | 5,5±0,11 | 6,7±0,09 | 5,6±0,12 | 5,0±0,08 | 5,2±0,09 |
| повторные ПАРАСУ | 7,1±0,22 | 5,5±0,22 | 6,8±0,19 | 5,4±0,21 | 5,1±0,17 | 5,3±0,21 |
| t | -0,080 | -0,168 | -0,532 | 0,933 | -0,722 | -0,256 |

Факторы 1-го порядка: А — «-» шизотимия / «+» аффектотимия; В — «-» низкий интеллект / «+» высокий интеллект; С — «-» слабость Я / «+» сила Я; Е — «-» конформность / «+» доминантность; F — «-» десургенция, сдержанность / «+» сургенция, экспрессивность; G — «-» низкое супер-эго / «+» высокое супер-эго; Н — «-» тректия / «+» пармия; I — «-» харрия / «+» премсия; L — «-» алаксия / «+» протенсия; М — «-» праксерния / «+» аутия; N — «-» прямолинейность / «+» дипломатичность; О — «-» гипертимия / «+» гипотимия; Q₁ — «-» консерватизм / «+» радикализм; Q₂ — «-» зависимость от группы / «+» самодостаточность; Q₃ — «-» низкое самомнение / «+» высокое самомнение; Q₄ — «-» низкая эго-напряженность / «+» высокая эго-напряженность.

Факторы 2-го порядка: F₁ — «-» низкая тревожность / «+» высокая тревожность; F₂ — «-» интраверсия / «+» экстраверсия; F₃ — «-» сензитивность / «+» реактивная уравновешенность; F₄ — «-» конформность / «+» независимость.

Рисунок. Усредненный профиль личности по методике Р. Кеттелла (N=187) в выборках парасуицидентов, психически здоровых людей (стены) доля встречаемости лиц с профилями пиковыми в «положительном» полисе стенов (≥ 8) по факторам L («протенсия»), О («гипотимия»), Q₃ («высокое самомнение») была усреднено на 2,0% больше (37,4% к 36,7% случаев в

выборке парасуицидентов с первичным самопокушением) и на 4,2% меньше (22,8% к 23,8%) с профилями пиковыми в «отрицательном» полисе (≤ 3) по факторам С («слабость Я»), G («низкое супер-эго»), М («праксерния») ($P > 0,05$). При этом статистически значимое различие долей (1,6-кратное) фиксировано по профилю G в «отрицательном» полисе (15,9% к 25,1% случаев при первичном самопокушении; $P < 0,05$ и $t = 2,019$).

Факторы второго порядка. Анализ материалов исследования также указывал на схожую тенденциозную направленность вне зависимости от типа суицидального поведения. Причем отличительной особенностью среди факторов второго порядка являлось следующее: у парасуицидентов по фактору профиля F_1 в «положительном» полисе — высокий уровень тревожности при $6,7 \pm 0,09$ стенов при первичном самопокушении и $6,8 \pm 0,19$ стенов при повторном ($P > 0,05$), или в 1,6 раза выше доля лиц с наиболее высоким уровнем тревожности (8 стенов и более) в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением (22,8% к 14,6%; $P > 0,05$); по фактору профиля F_3 в «отрицательном» полисе — повышенная чувствительность к стрессовым нагрузкам при $5,0 \pm 0,08$ стенов при первичном самопокушении и $5,1 \pm 0,17$ стенов при повторном ($P > 0,05$), или в 2 раза выше доля лиц с наиболее высоким уровнем чувствительности к стрессовому воздействию (3 стена и менее) в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением (9,7% к 4,9%; $P > 0,05$).

Исходя из предположения, что негативного спектра особенности личности или ограничивающие адаптивные возможности личностного ресурса приспособления к социуму сопряжены с высокой вероятностью совершения суицидальных действий, то анализ материалов проведенного исследования можно интерпретировать в следующем ракурсе.

В популяции психически здорового населения республики такие особенности личности, как подозрительность, ревнивость, завистливость, раздражительность, высокое самомнение, эгоцентричность (фактор L: полюс «протенсия»), или непостоянство эмоционально-поведенческого отражения

требований социума, подверженность влиянию случая и обстоятельств, беспринципность, неорганизованность и безответственность к соблюдению социальных норм (фактор G: полюс «низкое супер-эго») с дополнением личностных особенностей как впечатлительность, ранимость, неуверенность в себе, депрессивность (фактор O: полюс «гипотимия»), эмоциональная неустойчивость и неустойчивость в интересах, переменчивость в настроении и в отношениях, уклонение от ответственности и склонность к невротизации и ипохондричности (фактор C: полюс «слабость Я») снижают прочность антисуицидального порога и увеличивают суицидальный риск.

В то же время такие особенности личности, как практичность, добросовестность, честность, приземленность стремлений, следование общепринятым нормам (фактор M: полюс «праксерния») и одновременно самоконтроль эмоций и поведения, целенаправленность и точность выполнения социальных требований (фактор Q₃: полюс «высокое самомнение») снижают риск совершения суицидальных действий.

В проблемных суицидоопасных ситуациях у психически здорового индивидуума отмечается высокий уровень ситуативной тревожности (фактор F₁: полюс «высокая тревожность») и сензитивности (фактор F₃: полюс «сензитивность»).

Заключение. У психически здоровых людей вне зависимости от типа суицидального поведения, но в большей степени коррелятивно связанные с его хронизацией, снижающие прочность антисуицидального порога в переживаемой кризисной ситуации индивидуально-личностные характеристики — подозрительность, ревнивость, эгоцентричность, подверженность чувствам (эмоционально-поведенческая неуравновешенность), тревожность (повышенная ранимость), комплекс «слабости Я» (неустойчивость в интересах, уклонение от ответственности и пр.) и повышающие (протекторы суицидального поведения) — практичность (добросовестность, приземленность стремлений и пр.) и высокий самоконтроль (самоконтроль эмоций и поведения, точность выполнения

социальных требований). Совокупность этих и других свойств личности моделирует в суицидоопасной кризисной ситуации возникновение выраженной ситуативной тревожности и сензитивности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

¹Григорьева И.В., ²Александров А.А.

¹Республиканский научно-практический центр психического здоровья

*²Минский областной клинический центр «Психиатрия-Наркология»
г. Минск, Республика Беларусь*

Достижения в области изучения концептуальных основ работы мозга основанные на когнитивной науке и нейрофизиологии, являются перспективными направлениями эффективного развития новых методов лечения психических и поведенческих расстройств при синдроме зависимости от алкоголя, включая методы когнитивной реабилитации.

Bates M.E. (2013) отметил, что когнитивные нарушения распространены у людей, обращающихся за медицинской помощью по поводу расстройств, вызванных употреблением алкоголя. Эти нарушения, как и физические, социальные, психологические и профессиональные последствия связанные с употреблением алкоголя различаются по степени тяжести. Однако из-за их медленного появления связанные с алкоголем когнитивные нарушения часто упускаются при назначении лечения. При этом они могут препятствовать целям лечения через их влияние на процессы обработки информации.

Пациенты, проходящие через курс детоксикации с последующей реабилитацией имеют, по мнению Goldman D. (1997), «когнитивный туман» с незаметными вначале проявлениями нарушениями внимания, памяти и понимания. Он отметил: «Согласно существующей в США практике пребывание зависимых от алкоголя пациентов в стационаре длится от 21 до 28 дней. В течение этого времени обучающий инструктор через процесс