

# КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Жаранков К.С., Новиков В.В.

Государственная служба медицинских судебных экспертиз,  
г. Минск, Беларусь

Нестабильность настроения, агрессивное поведение, высокая степень импульсивности, идеи переоценки собственной личности, сменяющиеся переживанием никчемности, легко возникающие и субъективно остро переживаемые чувства разочарования, тревога, особенно при в целом несущественных микросоциальных конфликтах на фоне специфических личностных изменений могут рассматриваться как факторы риска при формировании суицидального поведения у мужчин, злоупотребляющих алкоголем.

**Цель** настоящего исследования – выделение и исследование когнитивных и бихевиоральных достоверных факторов риска, способствующих формированию суицидального поведения.

**Материал и методы** проведенного исследования. Для анализа собраны и проанализированы сведения о 76 пациентах, госпитализированных в ГУ РНПЦ Психического здоровья по поводу суицидальной попытки (основная группа), страдающих синдромом зависимости от алкоголя, 76 пациентах, госпитализированных в ГУ РНПЦ Психического здоровья по поводу суицидальной попытки, употребляющих алкоголь с вредными последствиями (группа сравнения) и о 73 пациентах, никогда не предпринимавших суицидальной попытки, госпитализированных в ГУ РНПЦ Психического здоровья на лечение по поводу синдрома зависимости от алкоголя (группа контроля) [1]. Информация о каждом пациенте включала данные опросов и анкет: теста AUDIT [2], шкалы суицидальных мыслей (SSI) [3], шкалы Гамильтона для оценки депрессии [4], опросника для исследования уровня импульсивности [5].

**Анализ и обсуждение результатов.** Во всех группах пациенты с одинаковой частотой отмечали приблизительно равные основания для жизни и смерти с достоверным перевесом ( $\chi^2 = 47,1$ ;  $p < 0,001$ ) в сторону оснований жить над основаниями умереть (71,23%) среди обследованных группы контроля. ( $p < 0,01$ ). Несколько чаще пациенты обследованных групп характеризовали желание совершить «активную суицидальную» попытку как слабое, а решение о жизни или смерти предпочитали оставить на волю случая.

Хотелось бы отметить, что слабое желание жить либо отсутствие такового определялось у большинства пациентов во всех группах обследованных (основная группа 84%; группа сравнения 89%, контрольная группа 88%). В то же время желание умереть различной интенсивности также встречалось с одинаковой частотой (основная группа 85,5%, группа сравнения 84,9%, контрольная группа 84%). Основания к жизни с высокой степенью достоверности превышали основания к смерти (71,23%,  $p < 0,05$ ) только в группе страдающих зависимостью от алкоголя, не имевших суицидальной попытки в анамнезе.

Достоверно более протяжённые во времени (хронические или практически постоянные) антивитальные переживания ( $\chi^2 = 11,56$ ;  $p < 0,01$ ) отмечались у пациентов контрольной группы, в то время как в основной группе и группе сравнения пациенты более часто отмечали суицидальные мысли на протяжении часов, реже – дней. ( $p < 0,05$ ). Более чем в 2,5 раза чаще ( $\chi^2 = 11,64$ ;  $p < 0,01$ ) пациенты контрольной группы испытывали подобные переживания большинство дней в неделю ( $p < 0,01$ ).

Большая часть обследованных пациентов (около 70% в каждой группе) сообщили о том, что могут хорошо контролировать суицидальные мысли. Одновременно с

этим было выявлено, что пациенты, страдающие синдромом зависимости от алкоголя и госпитализированные по поводу суицидальной попытки, достоверно чаще ( $\chi^2 = 3,79$ ;  $p < 0,05$ ) не были уверены в способности контролировать эти переживания, нежели пациенты, страдающие синдромом зависимости от алкоголя без суицидальных попыток в прошлом.

Около 80% пациентов всех групп обратили внимание на отсутствие или минимальную актуальность таких удерживающих от парасуицида факторов, как религия, семья, необратимость последствий. Достоверно более частыми причинами планирования суицидальной попытки обследованные пациенты называли либо уход/отказ от жизни, либо комбинацию этого фактора с попыткой манипуляции близкими ( $\chi^2 = 5,42$ ;  $p < 0,05$ ).

Около 65% обследованных пациентов в каждой группе обдумывали, но не прорабатывали детально план и особенности предполагаемой суицидальной попытки, а также около 70% пациентов сообщили о лёгкой доступности и возможности применения планируемого способа в будущем. Достоверно большая часть обследованных пациентов контрольной группы (98,63%) не имели полной уверенности в способности предпринять суицидальную попытку ( $\chi^2 = 8,03$ ;  $p < 0,05$ ). В 3 раза чаще не ожидали летального исхода пациенты контрольной группы ( $\chi^2 = 18,67$ ;  $p < 0,01$ ). Большинство участников исследования (около 80%) не предпринимали никакой реальной подготовки к последней суицидальной попытке, в том числе ни один пациент контрольной группы ( $\chi^2 = 23,4$ ;  $p < 0,01$ ) не писал предсмертных записок перед последней суицидальной попыткой, а достоверное большинство пациентов начали, но не закончили написание подобных записок.

Пациенты основной группы (21%) достоверно чаще с различной степенью завершённости осуществляли приготовления к смерти, нежели пациенты группы контроля (11%;  $p < 0,01$ ). В то же время пациенты в целом по выборке не предпринимали вообще никаких приготовлений, действуя импульсивно ( $\chi^2 = 23,4$ ;  $p < 0,01$ ).

Мужчины, госпитализированные по поводу суицидальной попытки, вне зависимости от наличия у них синдрома зависимости от алкоголя, чаще скрывали, диссимулировали или забирали свои слова обратно после высказывания суицидальных идей во время проведения клинического интервью. В это же время пациенты, госпитализированные вне связи с суицидальным поведением, достоверно чаще забирали свои слова обратно после высказывания суицидальных идей, что может говорить в пользу недостаточной способности к вербализации эмоций обследованного контингента, либо страха обнаружения истинных переживаний ( $\chi^2 = 49,8$ ;  $p < 0,01$ ).

Пациенты основной группы с высокой степенью достоверности чаще предпринимали суицидальные попытки ранее, из них 43,42% совершали 2 и более попытки ( $\chi^2 = 75,7$ ;  $p < 0,01$ ). Среди пациентов основной группы низко выраженное стремление к смерти при последней суицидальной попытке встречалось достоверно реже, чем у пациентов группы контроля, а достоверно преобладающим являлось амбивалентное стремление ( $\chi^2 = 18,32$ ;  $p < 0,01$ ).

Низкую интенсивность таких симптомов депрессии, как переживание печали, беспомощности и безнадежности с высокой степенью достоверности ( $\chi^2 = 13,1$ ;  $p < 0,05$ ) отмечали у себя большинство пациентов во всех обследованных группах. Однако преобладание психической тревоги в структуре депрессии в таких проявлениях, как беспокойство по незначительным поводам и выражение пациентом аффективных переживаний невербально (мимикой, голосом, готовностью к плачу) обнаруживалось у пациентов основной группы. Около 70% пациентов во всех группах отмечали периодически возникающие нарушения при засыпании без беспокойства и тревоги в течение ночи. Однако ранние пробуждения отметили около 50% пациентов всех обследованных групп.

У пациентов всех групп отсутствие таких нарушений, как заторможенность или возбуждение, соматическая тревога, снижение работоспособности, расстройства ипохондрического характера и сексуальной сферы, потеря веса, суточные колебания состояния, бредовые и обсессивно-компульсивные расстройства, в рамках депрессии отмечали у себя большинство пациентов во всех обследованных группах.

Пациенты, госпитализированные по поводу суицидальной попытки, страдающие зависимостью от алкоголя, достоверно чаще никогда не доводят начатое дело до конца ( $\chi^2 = 6,4$ ;  $p < 0,05$ ).

Обследованные основной группы достоверно чаще отмечали у себя частые перемены настроения от спокойного к эксплозивно-агрессивному без видимых причин,  $\chi^2 = 4,84$ ;  $p < 0,05$ , и вместе с тем, что парадоксально, считают себя целеустремлёнными людьми  $\chi^2 = 8,87$ ;  $p < 0,05$ . Также пациенты основной группы отмечают одинаково достоверно высокую вероятность ( $\chi^2 = 6,42$ ;  $p < 0,05$ ) быстрого изменения мнения о самом себе в лучшую или худшую стороны под влиянием внезапных внешних обстоятельств и часто бросают начатое занятие, не окончив его, чтобы заняться чем либо новым ( $\chi^2 = 6,4$ ;  $p < 0,05$ ). Обсуждая с кем-либо свои жизненные проблемы, замечают, что их собственные жизненные взгляды и позиции ещё не окончательно определены ( $\chi^2 = 8,69$ ;  $p < 0,05$ ), и то что у них часто возникает множество неосуществимых планов ( $\chi^2 = 6,4$ ;  $p < 0,05$ ). Достоверно большее число обследованных с парасуицидом на момент госпитализации и наличием алкогольной зависимости неадекватно считают, что их достаточно сложно вывести из себя ( $\chi^2 = 8,69$ ;  $p < 0,05$ ). Практически по всем показателям уровня импульсивности основная группа обследованных пациентов с высокой степенью достоверности ( $p < 0,01$ ) преобладала над группой пациентов, поступивших на лечение по поводу синдрома зависимости от алкоголя без суицидальной попытки на момент госпитализации, несмотря на, в целом, высокий уровень импульсивности последних.

#### **Выводы:**

1. Из анализа когнитивных предикторов суицидального поведения можно сделать вывод, что антивитаальные переживания у пациентов, предпринявших суицидальную попытку, вне зависимости от наличия у них синдрома зависимости от алкоголя, носили интермиттирующий, амбивалентный характер, возникали на высоте тревожных переживаний в состоянии отмены алкоголя и сопровождалась конфликтами, раздражительностью, идеями самообвинения с высокой объективной значимостью этих переживаний. В то же время, в группе пациентов, никогда не предпринимавших суицидальной попытки, эти переживания с высокой степенью достоверности ( $p < 0,05$ ) были практически постоянными, но, очевидно не имели высокой личной актуальности вследствие того, что эти пациенты легко купировали их частым приёмом спиртного для снятия соматовегетативных проявлений состояния отмены алкоголя.

2. Высокий уровень импульсивности, как достоверный фактор риска формирования суицидального поведения у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, имел значительно большую актуальность, чем типичные переживания депрессивного спектра, характерные для пациентов с суицидальным поведением в общей популяции ( $p < 0,05$ ).

#### **Литература**

1. World Health Organization (1992) International Classification of Diseases and Related Health Problems (10th edn) (ICD-10). Geneva: WHO.
2. Saunders J. B., Aasland O. G., Babor T. E. et. al. Development of the Alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II // *Addiction*. – 1993. – Vol. 88, № 6. – P. 791–804.
3. Beck A. T. Hopelessness and eventual suicide // *Am. J. Psychiatry*. – 1985. – Vol. 142. – P. 559.
4. Hamilton M. Development of rating scale for primary depressive illness // *Brit. J. Soc.*