

К ВОПРОСУ О РОЛИ НЕКОТОРЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ В ПРОГНОЗЕ СУИЦИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ

С. В. Харитонов, В. Ф. Войцех

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Поиск предикторов суицидального поведения привел суицидологов к общему мнению, что к таковым можно отнести некоторые психологические характеристики личности при условии (18) наличия жизненных событий, сигнализирующих о крахе. Э.Шнейдман (12), выделяя 10 черт суицида, определял их как общие психологические характеристики самоубийц. У пациентов с суицидальным поведением обнаруживается достаточно большое число психологических вариаций. Особо выделяют своеобразие в когнитивной сфере (дихотомическое мышление и туннельное сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения, когнитивная ригидность, пассивность в решении проблем и др.) (4, 14, 15), в аффективной составляющей – эмоциональная нестабильность, импульсивность (13), склонность к «накоплению» аффекта (8), аффективная напряженность, что часто сопровождается феноменом душевной боли/психалгии (2), чувство безнадежности (4).

Встает ряд вопросов. В какой мере общность или каждый из этих феноменов определяет наиболее высокий риск суицида? В какой степени присутствие этих феноменов специфично для суицидентов?

В структуре самоубийств можно выделить три различных в деятельностном аспекте группы: самоубийства без выраженного предшествующего суициду внутреннего суицидального поведения; самоубийства, которым это поведение предшествовало; и внутреннее суицидальное поведение без суицидальной попытки (1, 2, 3, 6). Внутреннее суицидальное поведение и суицидальное поведение, реализуемое в виде суицидальных попыток, подготовки к суициду и завершеного суицида часто не имеют однозначной взаимной связи. Пассивные суицидальные мысли, замыслы или даже намерения необязательно находят продолжение в виде суицидальной попытки (1, 6). С другой стороны, суицидальные попытки и завершённые суициды часто развиваются внезапно в виде, так называемых, «импульсивных» или

внезапных самоубийств. При этом в клиническом интервью часто не определяются предшествующие суицидальной попытке рефлексия и продумывание способов самоубийства (1–3, 6, 12). Иными словами, неожиданные самоубийства по своей клинической сущности могут считаться самоубийствами с коротким периодом пресуицида. Аналогичными являются и самоубийства, в основе которых лежит реакция эгоцентрического переключения, когда суицидальная идея появляется в сознании внезапно и выбор вариантов поведения практически отсутствует (3, 6).

В качестве модели исследования нами были выбраны личностные расстройства в связи с клиническим своеобразием их типологии и в то же время с определенной клинической общностью. Вторым важным моментом послужила равновероятность обнаружения при этих расстройствах различных форм суицидального поведения.

Самоубийства при расстройствах личности имеют высокую распространенность, составляя до 1/3 от числа всех суицидов (3, 6), и вносят существенный вклад в формирование общей картины психического нездоровья (7). При этом, поскольку личностные расстройства имеют между собой психопатологические различия, представляет интерес вероятность существования общих феноменов суицидального поведения.

В качестве рабочей гипотезы предполагается, что существует определенная зависимость между вариантом суицидального поведения, этапом его развития и числом выявляемых когнитивных и аффективных особенностей личности или степенью их выраженности. Исходя из этого, следует ожидать, что у лиц с «импульсивным» суицидом (то есть укороченным пресуицидом) будет отмечаться накопление или более высокая степень выраженности психологических особенностей личности.

Цель исследования заключалась в сравнительном изучении когнитивных и аффективных характеристик суицидентов с личностными расстройствами на разных этапах суицидального процесса.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось с января 2004 года по март 2006 года на базе суицидологического отделения Московского НИИ психиатрии, психиатрической больницы №4 города Москвы и кризисного отделения городской больницы №20 города Москвы.

Проводилась оценка психического статуса по критериям МКБ-10, включающая стандартное клиническое интервью с определением динамики психического состояния и описанием внешних и внутренних проявлений суицидальной активности.

В исследование включались пациенты обоих полов, от 18 до 65 лет, при наличии у них соответствующего критериям специфического расстройства личности согласно МКБ-10, кроме рубрик F60.8 (другие специфические расстройства личности) и F60.9 (расстройство личности, неуточненное).

Пациенты не имели выраженной хронической или острой соматической патологии и не нуждались в лечении сопутствующих хронических заболеваний, если таковые имелись. Это подтверждалось данными физикальных исследований, клиническими лабораторными тестами, электрокардиограммой, соответствующей медицинской документацией и консультациями специалистов.

Оценка психического состояния проводилась на основании клинического интервью и ряда психодиагностических тестов (тесты Сонди, Стреляу, методика «Завершение предложений», сравнение похожих рисунков по методике Дж.Кагана, визуально-аналоговые шкалы). Описание суицидального поведения включало сведения, получаемые от больного, его ближайшего окружения и медицинского персонала.

Результаты исследования обрабатывались с помощью пакета программ «Статистика 6».

Описание психодиагностических методов.

Тест Стреляу состоит из 134 вопросов, предполагающих ответы «да», «нет», «не знаю». Оценка каждого свойства (силы процессов возбуждения и торможения), а также их подвижности производится путем суммирования баллов. Полученные при тестировании результаты сравниваются с кодом интерпретации теста. В итоге дается оценка силы процессов возбуждения, силы процессов торможения и подвижности нервных процессов. Сумма в 42 балла и выше по каждому свойству рассматривается как высокая степень его выраженности. Обработка результатов проводилась в автоматическом режиме программой компьютерной психодиагностики «Тест» версия 5.89, разработанной в НИИ АИ (Р.Гайнулов, И.Бирюкова). Валидность данного теста свидетельствует о его соответствии и пригодности для оценки психологических свойств личности испытуемого. Надежность характеризуется возможностью получения с его помощью весьма устойчивых показателей, многократно проверенных и получивших высокую оценку.

Тест Сонди относится к проективным методикам исследования личности. Стимульный материал состоит из 48 стандартных карточек с портретами психически больных людей. Карточки-портреты разделены на 6 серий, по 8 в серии (по одному портрету от каждой категории больных). Обследуемому предлагается во всех сериях портретов выбрать по 2 наиболее и наименее понравившихся. Для получения устойчивых результатов рекомендуется проводить показ карточек до 6 раз. Считается, что выбор портретов зависит от инстинктивных потребностей. Отсутствие выбора свидетельствует об удовлетворенных потребностях, при позитивном выборе речь идет о признаваемых потребностях, а при негативном – о подавленных потребностях. В нашем исследовании применялся тест Сонди в модификации Л.Н.Собчик, валидность которого проверена в группе нормы – 765 человек и в группе пограничных психических расстройств – 282 человека (10).

Методика «Завершение предложений» конфликтных ситуаций, предложенная Н.М.Сchröder, М.Ж.Driver, S.Streufert в 1970 году, была включена авторами в построение аналитических матриц некоторых психосоциальных процессов, что говорит о достаточно высокой валидности и надежности метода (17).

Сравнение похожих рисунков по Дж.Каган. Один из широко распространенных тестов в 70-е годы. Релевантность теста и его однозначность (важные для настоящего исследования) подтверждаются окулографическими исследованиями Messer (16).

Визуально-аналоговое шкалирование – широко распространенный прием, используемый в сенсорной психофизике. С его помощью можно получать субъективную оценку ощущения в любой из сенсорных модальностей. В настоящем исследовании измерялось ощущение «душевной боли» по стандартной процедуре 10-балльного шкалирования.

Выборку составили 172 пациента с диагнозом расстройство зрелой личности. Среди них 37 больных совершили суицидальную попытку (I группа), 79 – имели суицидальные намерения, но суицидального акта не совершали (II группа). 56 пациентов высказывали суицидальные мысли, но подготовки к попытке самоубийства не вели (III группа). Таким образом, у пациентов I группы не было выраженной внутренней суицидальной активности в пресуициде (мысль о самоубийстве предшествовала суициду за несколько часов и даже минут). Во II группе пациенты имели достаточно длительную и выраженную внутреннюю суицидальную активность, то есть речь шла о переходе в суицидальную фазу. В третьей группе определялась только внутренняя суицидальная активность, без планов ее реализации.

В нозологическом отношении выборка не была равномерной, и некоторые формы личностных расстройств были представлены в большей мере, чем другие. Более подробно нозологическая структура выборки и варианты суицидальной активности по группам приведены в табл. 1.

Нозологическая структура выборки

Шифр МКБ-10	Диагноз	Группа I	Группа II	Группа III	Всего
F60.0	Параноидное расстройство личности	2	5	6	13
F60.1	Шизоидное расстройство личности	1	1	0	2
F60.2	Диссоциальное расстройство личности	1	1	4	6
F60.3	Эмоционально неустойчивое расстройство	16	11	12	39
F60.4	Истерическое расстройство личности	7	39	17	63
F60.5	Ананкастное расстройство личности	2	6	5	13
F60.6	Тревожное расстройство личности	0	2	4	6
F60.7	Зависимое расстройство личности	8	14	8	30
F60	Итого	37 (21,5%)	79 (45,9%)	56 (32,6%)	172 (100%)

Результаты исследования

Обращает на себя внимание довольно высокий процент (43,2%) лиц с импульсивными суицидальными попытками, пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности. Для пациентов с истерическими расстройствами был более характерен длительный период пресуицида (49,4%).

Исходя из цели исследования, нами был выбран ряд психологических методик, которые позволили бы выявить аффективные, когнитивные и сенсорные феномены, а именно: когнитивную дисфункцию, аффективную напряженность, импульсивность, склонность к контейнированию (накоплению) аффекта, степень выраженности душевной боли.

Для статистической обработки была проведена их соответствующая формализация.

I. В когнитивную дисфункцию мы включили два значимых признака:

1) склонность к «дихотомическому мышлению» (4). Для его исследования была использована психодиагностическая методика «Завершение предложений» (11, 15). Данная методика позволяет делать вывод о наличии у испытуемого нетерпимости к неопределенности и ситуативному характеру мышления (конкретность концептуализации), либо определяет склонность к свободе от непосредственных свойств ситуации, ориентации на внутренний опыт, независимость, гибкость (полюс абстрактной концептуализации) (11). Испытуемому предлагают набор фраз, содержащих в себе демонстрацию элементов социального конфликта. Каждую фразу нужно закончить одним-двумя предложениями. Ответ оценивается по пятибалльной шкале, в зависимости от степени его абстрактности (концептуализации). В случае показателей с низкой концептуализацией предполагается свехупрощенность понимания ситуации, концентрация на одном подходе к ее описанию. Такой стиль мышления соотносится с понятием «дихотомического», «абсолютистского мышления» по терминологии принятой в когнитивной психотерапии (4). В настоящем исследовании методика ограничивалась 30 незаконченными предложениями. Таким образом, максимально возможная сумма баллов (по 5-балльной системе оценки абстрактности) составляла 150 баллов.

Первая группа участников эксперимента получила оценку в среднем $76,2 \pm 5,9$ балла. Во второй группе этот показатель составил $98,3 \pm 4,7$. В третьей группе показатель абстрактности был выше и составил $112,3 \pm 5,1$ балла. Различия между 1, 2 и 3 группами были достоверными ($p < 0,001$). Иными словами, испытуемые 1 группы были более склонны к дихотомичности мышления, то есть к упрощенному пониманию ситуации, тогда как в группах 2 и 3 испытуемые оказались менее склонны к конкретности концептуализации, особенно в 3 группе.

2) сужение сознания (англ. constriction). Согласно Э.Шнейдман (12), сужение сознания или «туннельное» сознание самоубийцы отличается от аналогичного феномена Г.Груле тем, что не обязательно является психопатологическим феноменом и может возникать как феномен психологический.

Среди диагностических тестов для оценки данного феномена было решено использовать метод, исследующий подвижность нервных процессов. Хотя напрямую данный тест не позволяет устанавливать факт суженного сознания, но связь между снижением подвижности нервных процессов, когнитивной ригидностью и сужением сознания ожидать можно.

Среди самых разных тестов, позволяющих количественно охарактеризовать силу и подвижность нервных процессов, предпочтение было отдано тесту Стреляя.

Получены в среднем следующие оценки подвижности нервных процессов: в первой группе – $8,3 \pm 1,4$; во второй группе – $12,3 \pm 2,7$; в третьей группе – $18,1 \pm 2,2$ баллов. Найдено, что между группами 1; 2 и 3 отличия достоверны ($p < 0,001$). Следует отметить, что в целом по группам степень выраженности подвижности нервных процессов довольно низка, что может косвенно свидетельствовать об общей склонности испытуемых к возникновению туннельного сознания в кризисных ситуациях. Тем не менее, несмотря на довольно низкие общие оценки, наименьшая подвижность нервных процессов отмечена в группе 1; то есть у пациентов склонных к импульсивным суицидам.

II. Аффективная напряженность или склонность к формированию аффекта, имеющего высокий «энергетический» потенциал, при этом, аффект мо-

Распределение по критерию импульсивности/рефлексивности (показатели даны в процентах)

Группы	I группа	II группа	III группа
Импульсивные	71,4±8,1*	59,1±6,8*	38,7±7,4*
Рефлексивные	14,3±4,8*	18,2±5,3	35,5±7,3*
быстрые/точные	3,6±3,3	9,1±4,0	6,4±3,7
медленные/неточные	10,7±5,5	13,5±5,0	19,3±6,0

Примечания: * – достоверность $p < 0,05$.

жет не разряжаться или иметь неадекватно слабую экспрессивность.

Оценка уровня аффективной напряженности проводилась как при непосредственном клиническом наблюдении, так и по данным двукратного ретестирования суицидентов по тесту Сонди (компьютерная версия 1.1 в модификации Л.Н.Собчик). В настоящем исследовании он применялся двукратно (тест, ретест). Анализировались показатели по факторам «к» и «е» (фактор «к» отражает уровень эмоциональной напряженности, его расчет возможен только при двукратном тестировании, а высокие показатели фактора «е» связаны с блокированием выражения чувств). В данной модификации повторное проведение теста позволяет рассчитывать фактор «к», отражающий уровень эмоциональной напряженности, то есть в сущности выраженность мотивации удовлетворения признаваемых потребностей.

Исследование величины фактора «к» проведено во всех трех группах.

Показатели фактора «к», рассчитанные по среднему значению, составили в I группе – 3,6±1,1 балла; в группе 2 – 2,1 ±1,7; в группе 3 – 1,2±0,7 балла. Уровень различий между 1, 2 и 3 группами был достоверен ($p < 0,05$), что говорит в пользу более высокой аффективной напряженности у пациентов с импульсивными суицидальными попытками.

III. Импульсивность. В современных исследованиях когнитивных стилей импульсивность/рефлексивность характеризуется как индивидуальная склонность принимать быстрые либо медленные решения (10).

Для оценки подобной характеристики традиционно применяется методика Дж. Кагана «Сравнение похожих рисунков», когда испытуемым предъявляются 2 тренировочных и 12 основных листов, на каждом из них сверху располагается фигура-эталон. Внизу в два ряда располагаются 8 похожих изображений, но только одно из них полностью идентично эталону. Испытуемый должен найти и указать это идентичное эталону изображение. Показатели импульсивности/рефлексивности анализируются по числу ошибок и сумме латентного времени первого ответа. Известно, что у рефлексивных индивидов время ответа находится выше медианы времени ответа, а количество ошибок – ниже медианы количества ошибок. У импульсивных индивидов соответственно – ниже медианы времени ответа и выше медианы количества ошибок. Иными словами, в среднем, импульсивные индивиды дают большее число неверных ответов при большей скорости выполнения задания.

Исследование импульсивности/рефлексивности проведено среди 3-х групп испытуемых. По всей выборке медиана суммарного латентного времени ответа составила 964,2 секунды; медиана количества неправильных ответов – 4,4. Испытуемые распределились следующим образом (табл. 2).

Как видно, в общей выборке преобладали лица, склонные к импульсивному стилю поведения. Тем не менее, склонность к импульсивному поведению достоверно наиболее выражена в I группе и менее всего в третьей. Пациенты II группы занимают среднее положение. По выраженности импульсивности I, II и III группы значимо различаются. Достоверные различия обнаруживаются между I и III группами по степени рефлексивности с преобладанием в последней. По скорости и точности ответов различий между группами не выявлено.

IV. Склонность к контейнированию (накоплению) аффекта. Подобный термин употребляется в психодинамической практике и предполагает накопление аффекта и блокировку выражения чувств и эмоций (8).

Оценка склонности к накоплению аффекта среди методов психологической диагностики производилась в рамках теста Сонди, учитывая, в частности, что отрицательный е-фактор данного теста отображает блокировку выражения аффекта у испытуемого.

Исследование проведено в 3-х группах. Определялось количество обследованных пациентов, обнаруживавших отрицательный фактор «е». Величина значения в расчет не бралась. Обнаружено, что в I группе отрицательный фактор «е» был отмечен у 65,4% пациентов, в группе II – у 53,7% и в группе III – у 34,4 %. Достоверные различия обнаружались между I и III группами ($p = 0,02$) и были близки к значимым между II и III группами. Таким образом, склонность к блокировке выражения аффекта чаще отмечалась у пациентов I группы и реже у пациентов III группы.

V. Душевная боль (психалгия). Феномен хорошо известен в суицидологии и использован нами в его традиционном понимании (2, 3, 6, 12).

Исследование «душевной боли» ввиду отсутствия подробных, направленных на изучение этого феномена тестов, ограничивалось процедурой визуально-аналогового шкалирования. Подобная процедура ранее применялась другими исследователями (12) и заключается в том, что испытуемому предлагается оценить выраженность своего болезненного ощущения (собственно «душевной боли») по 9-балльной шкале. Поясняется, что меньшее из значений (1 балл) подразумевает наименьшую величину ощущения, а большее из значений (9 баллов) – максимально сильную душевную боль. Од-

нако в сенсорной психофизике, где процедура визуально-аналогового шкалирования является наиболее разработанной и распространенной для оценки субъективной выраженности ощущения, употребляется 10-балльная, а не 9-балльная шкала. В настоящем исследовании отдано предпочтение более традиционной, 10-балльной шкале, где 0 баллов – отсутствие ощущения, 10 баллов – максимально сильное ощущение «душевной боли».

Найдено, что в I группе феномен душевной боли встречался несколько чаще, чем в двух других группах. В I группе средняя величина выраженности душевной боли составила $4,2 \pm 0,5$; в группе II – $3,3 \pm 1,2$; а в группе III – $3,4 \pm 1,8$. Очевидно, что выраженность душевной боли у всей выборки пациентов не достигает выраженных величин, тем не менее достоверными оказались различия между первой группой и двумя другими группами (в обоих случаях $p < 0,01$). Не было значимых различий между группами II и III.

При обобщении полученных данных напрашивается вывод, что для пациентов первой группы характерна большая выраженность изучаемых фено-

менов. Однако следует признать, что ни одна из групп с внешне разным стилем суицидального поведения не является однородной по числу психологических черт личности. Встает вопрос о значимости совокупности изучаемых феноменов.

В этой связи проведено сопоставление риска самоубийства, прогнозируемого клиническим опросником А.Бека, и сочетания тех или иных феноменов в структуре психического состояния у пациентов всех трех групп.

В исследовании приняли участие 117 человек, отобранных в случайном порядке. В первой группе было 28 пациентов, во второй – 56 и в третьей – 33 человека. Оценка проводилась по наличию или отсутствию феномена вне зависимости от его выраженности. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Как видно из таблицы, риск суицидального поведения, исходя из опросника А.Бека, возрастает с увеличением числа комбинаций феноменов. Оказалось, что при сочетании 4–5 феноменов частота совпадений с прогнозом по А.Беку составляет 68,4% (80 чел.) против 13,6% (16 чел.) при $p < 0,0001$. Из

Таблица 3

Уровень суицидального риска по опроснику А.Бека и феноменологическая структура изучаемых признаков (абсолютные и относительные показатели)

Комбинации феноменов	1–14 баллов	15–28 баллов	29–42 балла
Только один феномен			
Когнитивная дисфункция (КД)	-	-	-
Импульсивность (И)	-	-	-
Аффективная напряженность (АН)	-	0,85% (1 чел.)	-
Накопление аффекта (НА)	-	0,85% (1 чел.)	-
Душевная боль (ДБ)	-	-	-
Сочетание 2 феноменов			
КД-И	-	-	-
КД-АН	-	-	-
КД-НА	-	-	-
КД-ДБ	-	-	-
И-АН	1,7% (2 чел.)	0,85% (1 чел.)	-
И-НА	0,85% (1 чел.)	-	-
И-ДБ	-	-	-
АН-НА	-	-	-
АН-ДБ	-	-	-
НА-ДБ	-	-	-
Сочетание 3 феноменов			
КД-И-АН	-	-	-
КД-И-НА	-	0,85% (1 чел.)	-
КД-И-ДБ	-	2,56% (3 чел.)	4,27% (5 чел.)
И-АН-НА	-	1,7% (2 чел.)	-
И-АН-ДБ	-	0,85% (1 чел.)	1,7% (2 чел.)
АН-НА-ДБ	-	-	0,85% (1 чел.)
Сочетание 4 феноменов			
КД-И-АН-НА	-	5,1% (6 чел.)	6,84% (8 чел.)
И-АН-НА-ДБ	-	5,1% (6 чел.)	16,2% (19 чел.)
КД-АН-НА-ДБ	-	3,4% (4 чел.)	19,7% (23 чел.)
Сочетание 5 феноменов			
Итого:	2,6% (3 чел.)	22,2% (26 чел.)	75,2% (88 чел.)

этого следует, что вероятность правильного прогноза по отношению к опроснику А.Бека невелика, тем более, что и эффективность теста А.Бека не является 100%.

Обращает на себя внимание наиболее частое участие в комбинации феноменов признака импульсивности.

Если посмотреть частотное распределение комбинаций признаков в выделенных группах в соотношении с тестом А.Бека, то оно было различным (табл. 4).

Так, с высоким риском суицида по опроснику А.Бека, для пациентов I группы наиболее характерными оказались комбинации из четырех и пяти феноменов (85,7%, 24 пациента из 28 против 14,3%, $p < 0,05$). В группе II наиболее часто встречалась комбинация из четырех признаков, а в сочетании с 5 феноменами это составляло 80,4% (45 чел. из 56 против 19,6%, $p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют об определенном накоплении в первой и второй группах комбинаций феноменов. Исходя из суицидологической характеристики этих групп, следует признать, что с учетом этого, вероятность правильного прогноза суицида существенно возрастает.

Комбинация из трех феноменов отмечалась у пациентов первой группы (3 чел.) и второй группы (5 чел.). Различий по достоверности в частоте встречаемости сочетания более 4 феноменов между первой и второй группами не было, но были значимы по отношению к III группе ($p < 0,0001$).

В третьей группе комбинации из четырех феноменов регистрировались в 33,3% (11 из 33 чел.). Учитывая уровень погрешностей в I и II группах, вероятность правильного прогноза по комбинации феноменов в этой группе невысока.

Несмотря на то, что у пациентов первой и второй групп, то есть у суицидентов, совершивших суици-

дальные попытки или ведущих подготовку к нему, были более высокие баллы по опроснику А.Бека и достоверно чаще регистрировалось не менее четырех психологических феноменов, признать их выявление для прогноза суицида с высокой вероятностью без учета других факторов нет достаточных оснований. Вместе с тем, полученные результаты позволяют прояснить ситуацию «восприимчивости к специфическим стрессорам, которая частично контролируется генетически; чувствительность к внешним влияниям, которые можно определить как когнитивные и поведенческие реакции на них» (16). Их влияние на суицидальное поведение следует рассматривать как факторы повышения риска суицида или оказывающие протективное воздействие. В этой связи становятся понятными суициды в ответ на мало-значимые конфликты у лиц с соответствующими когнитивными и аффективными характерологическими особенностями.

Обсуждение

Репрезентативность и валидность большинства использованных нами тестовых методик трудно назвать очень высокой, однако полученные данные отображают определенные тенденции, в соответствии с чем обсуждение ряда положений представляется возможным.

Прежде всего, пять изученных феноменов имеют разную частоту встречаемости в структуре расстройств личности с разной интенсивностью и этапностью формирования суицидального поведения. Это пациенты, у которых суициды возникали без выраженной, предварительной внутренней пресуицидальной подготовки; лица, у которых суициды протекали с предваряющей их внутренней суицидальной активностью; и индивиды, у которых внутренняя активность не вышла за пределы суицидальных мыслей и побуждений.

Таблица 4

Абсолютные и относительные показатели частотного распределения комбинаций феноменов в группах по степени суицидального риска (по шкале А.Бека)

Комбинации	Группа	1–14 баллов	15–28 баллов	29–42 балла
5 феноменов	I	-	-	16 (13,7%)
	II	-	-	14 (12%)
	III	-	-	-
4 феномена	I	-	1 (0,85%)	8 (6,8%)
	II	-	3 (2,6%)	31 (26,5%)
	III	-	12 (10,25%)	11 (9,4%)
3 феномена	I	-	-	3 (2,6%)
	II	-	3 (2,6%)	5 (4,3%)
	III	-	4 (3,4%)	-
2 феномена	I	-	-	-
	II	-	-	-
	III	3 (2,6%)	1 (0,85%)	-
Отдельные феномены	I	-	-	-
	II	-	-	-
	III	-	2(1,7%)	-
Итого		2,6% (3 чел.)	22,2% (26 чел.)	75,2% (88 чел.)

Между выраженностью и распространенностью исследуемых феноменов с одной стороны и характером суицидальной активности существует достаточно явная зависимость. Однако некоторый нелинейный характер зависимостей частотных трендов выделяемых феноменов может объясняться как особенностями психопатологических или психологических механизмов поведения индивидов, так и недостаточной релевантностью использованных тестов.

Тем не менее, с достаточной уверенностью можно говорить о более выраженном дихотомическом мышлении у субъектов со свернутыми этапами формирования суицидального поведения. Для них также характерна и более замедленная подвижность психических процессов со значимо более выраженным эмоциональным напряжением. Эти данные дополнительно акцентируются результатами выявленной предпочтительности у этих пациентов импульсивности в стиле поведения и более частой склонностью к накоплению аффекта. Достаточно убедительно в этом плане выглядит и более выраженная психалгия у пациентов со свернутыми этапами суицидального поведения.

Диаметрально противоположные и статистически значимые результаты получены в группе пациентов с суицидальными мыслями, но без попытки их реализации. Группа индивидов с длительным пресуицидальным периодом занимала промежуточное положение между группами I и III по выраженности когнитивных нарушений и аффективному напряжению и приближалась к группе I по импульсивности и склонности к накоплению аффекта, тогда как по выраженности психалгии ко второй группе.

Несмотря на довольно значимые различия в клинико-психопатологической структуре расстройств зрелой личности, различиях в мотивах и конфликтах, приводящих к суицидальному поведению, можно говорить об общих механизмах, имеющих отношение к повышенной восприимчивости и чувствительности индивида к внешним влияниям за счет своеобразия когнитивной и аффективной сфер.

Риск суицида в сопоставлении с оценкой опросника А.Бека значимо более высок при наличии сочетания не менее 4 феноменов, которые с достоверной частотой регистрируются у пациентов с импульсивным суицидом и более длительным пресуицидальным периодом и значимо реже у пациентов с пассивными суицидальными мыслями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 40–52.
2. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. – 1985. – Т. 6, № 6. – С. 107–115.
3. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
4. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
5. Ивантер Э.В., Коросов А.В. Основы биометрии: Введение в статистический анализ биологических явлений и процессов. Учебное пособие. – Петрозаводск: ПГУ, 1992. – 163 с.
6. Ковалев В.В., Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980.
7. Ормел Й., Неелман Й., Виерсма Д. Детерминанты психического нездоровья: их учет в научных исследованиях и в политике в сфере психического здоровья // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 97–105.
8. Рутан Дж., Стоун У. Психодинамическая групповая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – С. 208.
9. Сидренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Речь, 2000. – 350 с.

10. Собчик Л.Н. Модифицированная методика Сонди (тест восьми влечений). (Метод портретных выборов – адаптированный вариант Сонди, практическое руководство). – СПб.: Речь, 2002. – 124 с.
11. Холодная М.А. Когнитивные стили: О природе индивидуального ума. Учебное пособие. – М.: Пер Се, 2002. – 304 с.
12. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
13. Evans J., Williams J.M.G., O'Loughlin S., Howells K. Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients // J. Psychol. Med. – 1992. – Vol. 22. – P. 399–405.
14. Levenson M., Neuringer C. Problem-solving behavior in suicidal adolescents // J. Consul. Clin. Psychol. – 1971. – Vol. 37. – P. 433–436.
15. Linehan M.M. et al. Interpersonal problem solving and parasuicide // J. Cogn. Therapy Res. – 1987. – Vol. 11. – P. 1–12.
16. Messer B. Reflection-Impulsivity: A review // Psychol. Bulletin. – 1976. – Vol. 7. – P. 251–268.
17. Schroder H.M., Driver M.J., Streufert S. Levels of information processing // Thought & Personality / P.W.Warr (Ed.). – Baltimore, 1970. – P. 174–191.
18. Williams J.M.G., Pollock L.R. The psychology of suicidal behaviour // The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / K.Hawton, K. van Heeringen (Eds.). – J.Wiley & Sons, 2000. – P. 81–93.

ROLE OF PERSONALITY TRAITS IN PREDICTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDERS

S. V. Kharitonov, V. F. Voitsekh

172 suicide attempters with diagnosed personality disorders (F60 in ICD-10) have been investigated for presence of cognitive disturbances, affective tension, impulsive behaviors, accumulation of affect and psychalgia. Instruments used: "completing the sentence" technique, Strelau Inventory, Sondy test (L.Sobchik's modification), J.Kagan's "Matching Familiar Figures Test", E. Schneiderman's estimation of psychic pain intensity, and the Beck's Inventory.

This research is an attempt to investigate the role of intellectual and affective characteristics of suicide attempters diagnosed as different personality disorders in committing suicide. Certain links have been found between combinations of the phenomena studied and the variant of suicidal behavior in patients with impulsive suicide attempts, with prolonged prasuicidal condition and passive suicide ideas. Essentially, these phenomena could be interpreted as protective factors for suicides.