



004616155

*В.Ка -*

КАЛЬНОЙ ВАЛЕНТИН СТЕПАНОВИЧ

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МАТЕРЕЙ,  
СЫНОВЬЯ И ДОЧЕРИ КОТОРЫХ БОЛЬНЫ АЛКОГОЛИЗМОМ  
(КЛИНИКА, ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ)**

14.01.27 – наркология

14.01.06 - психиатрия

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**- 0 ДЕК 2010**

Москва 2010

Работа выполнена в государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава (ректор – д.м.н., проф. Галимзянов Х.М.)

**Научные руководители:**

доктор медицинских наук  
Дудко Тарас Николаевич

кандидат медицинских наук  
Бисалиев Рафаэль Валерьевич

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор  
Москаленко Валентина Дмитриевна

доктор медицинских наук, профессор  
Курашов Андрей Сергеевич

**Ведущая организация:** ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России.

Защита состоится 28 декабря 2010 года в 10<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д 208.051.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций при НИЦ наркологии Минздравсоцразвития России по адресу: (119002, г. Москва, Малый Могильцевский переулок, д. 3).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке НИЦ наркологии по адресу: 119002, г. Москва Малый Могильцевский переулок, д. 3.

Автореферат разослан 28 » ноябрь 2010 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат биологических наук

Львова Ольга Фёдоровна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Злоупотребление алкоголем и алкоголизм представляют одну из серьезных медико-социальных проблем современного общества, так как пьянство и алкоголизм, в силу присущего им разрушительного потенциала, значительно усиливают негативные социальные процессы и порождают новые неблагоприятные условия и обстоятельства (Альтшулер В.Б. 1994; Заиграев А.И., 2002). Реальное потребление алкоголя в РФ достигает 15 литров спирта в год на душу населения (Голикова Т.А., 2010). В то время как в ряде стран эта величина составляет 2 – 3 л. (причем значительная часть этого объема выпивается в виде слабоалкогольных коктейлей) (Халтурина Д.А., 2007). Согласно статистическим отчетам в течение 2007 года специализированными учреждениями Минздравсоцразвития РФ зарегистрировано 3 млн. 355 тыс. больных наркологическими расстройствами, то есть 2358,7 человек в расчете на 100 тыс. населения, или около 2,4% общей численности населения. При этом большинство зарегистрированных – это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями (82,7% от общего числа зарегистрированных больных) (Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2009).

Одной из особенностей аддиктивного поведения является выраженный характер созависимости (Москаленко В.Д., 2002). «Созависимость определяется как комплекс расстройств, в первую очередь психопатологических, возникающих у ближайших членов микроокружения больного химической зависимостью, приводящих к развитию устойчивых расстройств психического и соматического здоровья созависимых и появлению новых (болезненных) форм и их поведения и адаптации» (Благов Л.Н., 2005).

В доступной отечественной и зарубежной литературе имеются отдельные публикации, посвященные изучению клинико-психопатологических особенностей аутоагрессивного поведения женщин, мужья которых больны алкоголизмом и опийной наркоманией (Меринов А.В., 2001; Бисалнев Р.В., 2008). В то же время отсутствуют данные по клиническим аспектам суицидального поведения матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом. Принимая во внимание концепцию параллелизма проявлений химической зависимости и созависимости (Москаленко В.Д., 2002) можно предположить, что в формировании суицидального поведения созависимых лиц определяющее значение играет личностная патология. Поэтому для достижения стабильного психического состояния у созависимых лиц, равно как для достижения стойкой ремиссии и снижения прогрессивности наркологических заболеваний у больных членов семей необходим акцент на смягчение личностной и характерологической патологии (Даренский И.Д., Демина М.В., Чирко В.В., 2009).

В свете вышесказанного, представляется актуальным исследование, направленные на более глубокий анализ суицидального поведения матерей, взрослые дети которых больны алкогольной зависимостью и разработка эффективных подходов по его коррекции и профилактике.

### ***Цель исследования***

Целью настоящего исследования явилось изучение феноменологии суицидального поведения матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом, а также разработка рекомендаций по ранней диагностике и профилактике суицидального поведения.

### ***Задачи исследования***

1. Определить предикторы суицидального поведения матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом.
2. Изучить и описать клинические особенности суицидального поведения матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом.
3. На основе полученных результатов разработать практические рекомендации по ранней диагностике и профилактике суицидального поведения у матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом.

### ***Научная новизна***

Впервые определены предикторы суицидального поведения матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом.

Впервые на репрезентативном клиническом материале изучены проявления суицидальной аутоагрессии матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом.

Впервые разработаны комплексные дифференцированные программы по ранней диагностике и профилактике суицидального поведения матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом.

### ***Положения, выносимые на защиту***

1. Клиническими предикторами суицидального поведения матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом, являются: психопатологическая отягощенность невротическими расстройствами, алкоголизмом, отягощенный акушерский анамнез обследуемых женщин, суицидальная смертность среди родственников, акцентуации, психопатии, невротические расстройства, девиантное поведение.

К социальным предикторам относятся: типы воспитания «гипопротекция», «возложение на ребенка повышенной моральной ответственности» «кумир семьи», семейное положение (вдовство и связанное с ним чувство одиночества) низкий материальный статус и социальная депривация.

2. Суицидальное поведение матерей, «взрослые» дети которых зависимы от алкоголя, клинически представлено антивитальными переживаниями, суицидальными мыслями, суицидальными замыслами и суицидальными попытками. При этом преобладают суицидальные мысли и суицидные попытки.

Парасуицидальное расстройство проявляется тремя типами поведения: депрессивным, демонстративно-шаптаным и аффективно-возбудимым. Различные варианты аффективных расстройств находятся в определенной взаимосвязи с личностными особенностями созависимых женщин.

3. В процессе терапии и реабилитации предложена комплексная психотерапевтическая программа по актуализации в сознании созависимых женщин понимания суицидальной направленности своего поведения, по разрушению

аутоагрессивных шаблонов реагирования, выработке новых стилей поведения и формированию конструктивных способов достижения стабильного уравновешенного психического состояния в обществе и в семье.

#### ***Практическая ценность исследования***

Внедрение полученных результатов в практику даст возможность проводить раннюю диагностику паттернов суицидального поведения матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом.

В результате отмечено снижение суицидальных тенденций после проведенной комплексной терапии и, как следствие этого, уменьшение риска аутоагрессии и других форм деструктивного поведения у матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом.

#### ***Внедрение в практику***

1. Полученные результаты внедрены в работу отделения социальной и медицинской реабилитации Областного наркологического диспансера (ОНД), наркологического учебно-научно-лечебного центра (НУНЛЦ) при Астраханской государственной медицинской академии (АГМА).

2. Результаты работы используются в преподавании на профильных кафедрах Астраханской государственной медицинской академии.

#### ***Апробация работы и публикации***

Основные положения и выводы доложены:

- на научно-практических конференциях медицинского центра «Акснатрика» Астрахань, 2007 - 2009 гг.

- на научно-практических конференциях наркологического учебно-научно-лечебного центра АГМА Росздрава Астрахань, 2005 - 2009 гг.

- на заседаниях Проблемной комиссии по клинической наркологии Национального научного центра наркологии Москва, 2008, 2010 гг.

По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, в том числе 5 статьи в журналах, рекомендуемых ВАК для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций.

#### ***Структура диссертации***

Диссертация состоит из введения, пяти глав (обзор литературы, материалы и методы исследования, результаты собственных исследований – три главы), заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Материалы диссертации изложены на 109 страницах машинописного текста, включая 14 таблиц и 10 рисунков. Указатель литературы содержит список 182 работ, из них - 140 отечественных и 42 - зарубежных авторов.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

За период 2006-2009 гг. на базе наркологического учебно-научно-лечебного центра (НУНЛЦ) Астраханской государственной медицинской академии проведено выборочное исследование матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом. Общий объем исследуемой выборки составил 109 чел. Длительность созависимости, то есть проживание в семье с больным алко-

лизмом была от 4-х до 18-ти лет и составила в среднем 8,6 лет. Возраст женщин варьировал от 39 до 58 лет, средний возраст 48,4 лет.

При госпитализации сыновей и дочерей в наркологическое отделение их матери обращались с различными рода жалобами. Им предлагалось пройти обследование, заполнить опросники, индивидуальные карты. Предварительно были изложены цель и задачи настоящего исследования, юридические права на гуманное отношение со стороны специалиста, на оказание квалифицированной консультативной помощи. Соблюдая Конституцию РФ и Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», сбор информации осуществлялся только с добровольного согласия. Одновременно женщинам разъяснялось, что они могут задавать вопросы по заполнению анкеты, требовать пояснения или интерпретации по всем пунктам. Была возможность принять участие на любом этапе клинического исследования.

Следует акцентировать внимание на том факте, что женщины, участвовавшие в исследовании, совершали суицидальные попытки до непосредственного контакта с ними. Поэтому клинико-психопатологический анализ суицидального поведения проводился с помощью ретроспективного метода. Неотложная помощь женщинам-суицидентам проводилась в отделениях больницы Скорой Медицинской Помощи: в токсикологическом отделении при самоотравлениях, в реанимационном и хирургическом отделениях – при самопорезах и самоудушениях. По мере купирования urgentных состояний, психиатром больницы проводился краткосрочный курс (5-7 дней) психофармакотерапии с целью нормализации психического статуса женщины. Назначались антидепрессанты (амитриптилин – 150-250 мг/сут, анафранил – 100-150 мг/сут); транквилизаторы (диазепам – 15-30 мг/сут, нозепам – 20-40 мг/сут, грандаксин – 150 мг/сут); ноотропы и общеукрепляющая терапия (витамины). После выписки из стационара женщинам были даны рекомендации по дальнейшему наблюдению у психиатра или психиатра-нарколога. Одним из преимуществ обращения женщин в наш центр был возможность сохранить свою анонимность.

Критерия исключения: 1) возраст более 60-ти лет; 2) психические и поведенческие нарушения, вследствие употребления психоактивных веществ (F10 – F19) у обследуемых женщин и их мужей; 3) эндогенные психические заболевания (шизофрения и другие бредовые расстройства – F20 – F23); 4) острые психотические состояния; 5) тяжелые органические поражения ЦНС (F00 – F005, F07 – F09); 6) умственная недостаточность (легкая и умеренная) (F70; F71); 7) соматические и неврологические расстройства в стадии обострения.

Наследственная отягощенность аффективной патологией у женщин выявлена по первой степени родства и фиксировалась у пяти человек, что составляет 4,6%. Отягощенность невротическими расстройствами отмечена у трех человек (2,8%). Наследственная отягощенность алкоголизмом наблюдалась у 22-х человек (20,2%), отягощенность наркоманиями – у трех человек (2,8%). Черепно-мозговые травмы констатировались у пяти женщин (4,6%).

Распространенность суицидальных форм поведения у родителей и других родственников обследуемых женщин отражена в таблице 1.

Таблица 1

## Суицидальное поведение у родственников обследуемых женщин

суицидальное поведение	абс.	%
<i>Матери (n=39)</i>		
суицидальные мысли	15	38,5
суицидальные попытки	6	15,4
<i>Отцы (n=26)</i>		
суицидальные мысли	8	30,8
суицидальные попытки	4	15,4
<i>Другие родственники (n=43)</i>		
суицидальные мысли	10	23,5
суицидальные попытки	3	7,0

Сенситивная акцентуация выявлена у 12 человек, что составляет 6,1%; истероидная акцентуация – у 17 человек (15,6%). У 12 человек (11,0%) отмечена возбудимая психопатия. Другими словами, степень выраженности характерологических отклонений была различной: от акцентуаций до психопатии.

Девиантное поведение (бродяжничество, воровство, агрессивность, хулиганские действия) было установлено у трех человек (2,8%).

Воспитание по типу «гиперпротекция» (51,4%) характеризовалось постоянным контролем над любыми проявлениями поведения обследуемых. Не допускались позиции в отстаивании собственного мнения. Гипопротекция (11,0%) чаще исходила от отца. Отцы фактически не уделяли внимание к своим детям и пренебрегали их потребностями. Дети в таких семьях вели себя своевольно, без должного уважения родителей, семью воспринимали как обузу. При неустойчивом стиле воспитания (10,0%) выявлялась смена отношений с переходами от строгости к потворству или от значительного внимания к эмоциональной отверженности. Воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности (20,2%) чаще отражалась на дочерях. При этом подходе требования к детям были высоки. Этим обстоятельством их родители оправдывали применяемый строгий контроль. Воспитание по типу «кумир семьи» (2,8%) проявлялось отсутствием в воспитании запретов, исполнялись все прихоти и капризы ребенка.

Подавляющее большинство из них были замужними, а именно 78 человек, что составляет 71,6%. Вместе с тем, разведенных было 11 человек (10,0%); вдов – 20 человек (18,3%). В единственном браке состояли 72 человека (66,0%), в повторном браке – 6 человек (5,5%). Следует отметить, что, несмотря на высокий удельный вес лиц, состоящих в единственном браке, в семьях чаще фиксировались конфликтные отношения.

В исследуемых семьях превалировал низкий материальный статус, так удельный вес относительно удовлетворительного (38,5%) и неудовлетворительного материального статуса был 20,2%. Хорошее материальное положение было в 41,3% случаях.

Для решения поставленных задач проведен комплекс исследований, включающий в себя следующие методы: 1) клинико-психопатологический; 2) клинико-катамнестический и 3) статистический.

С целью унификации полученных данных в работе использовалась карта обследования. Данная карта позволила получить информацию о возрасте, наследственной отягощенности психическими и наркологическими заболеваниями, особенностей характера и личностного реагирования в условиях хронической психотравмирующей ситуации, разных сторон самочувствия и психосоматического дискомфорта. Детально рассматривались биологические, психологические и социальные факторы, способствующие/препятствующие формированию суицидального поведения, структура и клинические особенности суицидального поведения, мотивы совершения суицидальных поступков, отношение к суицидальной попытке в постсуицидальном периоде.

Клинико-психопатологическое исследование психического состояния матерей, «взрослые» дети которых больны алкоголизмом, позволило оценить структурно-динамические особенности наблюдаемых психопатологических феноменов. Женщины, совершившие суицидальные попытки демонстрировали следы аутогравматизации. При осмотре отмечалось наличие физических дефектов и повреждений, выяснялось их происхождение.

Осознавая относительную точность сведений, сообщаемых обследуемыми женщинами и их родственниками, необходимо подчеркнуть, что это единственный способ получения информации об истории возникновения и развития суицидального намерения. Часть обследуемых женщин предоставила медицинскую документацию, что давало возможность дополнить клиническое обследование результатами параклинических методов.

Продолжительность катамнестического наблюдения женщин была от одного года до четырех лет. Оценка эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий осуществлялась с помощью клинических и социальных критериев.

Статистическая обработка материала проведена с помощью программного пакета Statistica 6.0. Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия  $\chi^2$ -Пирсона.

## **ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

В соответствии с поставленной целью и задачами исследования respondents были поделены на две группы: первая (основная) группа – матери с суицидальным поведением (МАС); вторая группа (сравнения) - матери без суицидального поведения (МА). В первую группу вошли 33 человека (30,2%). Вторую группу составили 76 человек (69,8%).

В обеих группах женщин выявлена психопатологическая отягощенность аффективной патологией (маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, депрессии) по первой степени родства. У матерей с суицидами она обнаружена в 6,1% случаях, у матерей без суицидов – в 3,9%. Достоверно больше лиц группы МАС имели наследственную отягощенность невротическими расстройствами (9,1% и 0,0%). В подавляющем большинстве у родителей обследуемых преобладали невротические реакции и депрессивные неврозы.



Наследственная отягощенность алкоголизмом чаще фиксировалась в группе лиц с суицидальным поведением, по сравнению с женщинами без суицидального поведения (39,4% и 11,8%). Наследственная отягощенность наркоманиями в обеих группах достоверно не различалась, так как в основной группе женщин удельный вес составил 3,0%, в группе сравнения – 2,6%.

Показатель «токсикозы» первого триместра беременности у матерей женщин группы МАС был выше, чем у матерей женщины группы МА (12,1% и 7,9%). Показатель «преждевременные роды» был только у матерей респондентов группы МАС (12,1%). Обращает на себя внимание высокий удельный вес женщин из группы МАС, рожденных с диагнозом «обвитие пуповиной» (21,2% и 0,0%). Женщины, рожденные при помощи «кесарево сечение» было больше в группе МАС (15,2% и 0,0%).

Что касается ЧМТ, то они в преморбиде у матерей первой группы выявлены в 6,1%, у матерей второй группы – в 3,9%.

Был проведен опрос родителей и других родственников на предмет наличия у них суицидального поведения (табл. 2). Предполагалось, что имеющаяся суицидальная активность у родственников существенно влияет на формирование личности с суицидальным поведением.

Таблица 2

Суицидальное поведение у родственников обследуемых женщин				
суицидальное поведение	I группа (МАС) n=33		II группа (МА) n=76	
	абс.	%	абс.	%
<i>Матери (n=39)</i>				
суицидальные мысли	11	28,2	4	10,3
суицидальные попытки	6	15,3	0	0,0
<i>Отцы (n=26)</i>				
суицидальные мысли	7	26,9	1	3,8
суицидальные попытки	3	11,5	1	3,8
<i>Другие родственники (n=43)</i>				
суицидальные мысли	8	18,6	2	4,6
суицидальные попытки	3	6,9	0	0,0

Установлено преобладание суицидальных мыслей и попыток у родственников матерей группы МАС над родственниками женщин 2-ой группы (35,2% и 7,4%). Другими словами, суицидальное поведение у родственников созависимых женщин является важным прогностическим признаком. Суицидальные мысли у респондентов основной группы констатировались в 33,3%, у респондентов второй группы – в 6,6%. Получены высокие значения по суицидальным попыткам (27,3% и 3,9% в виде самоотравления). Суицидальные попытки в виде самопорезов совершили 12,1% группы МАС. Женщины сожалели не столько о том, что совершили суицидальную попытку, сколько о причинении себе «некрасивых» травм.

У матерей обеих групп обнаружена сенситивная акцентуация (12,1% и 3,9%). Показатель «истероидная акцентуация» в группе МАС был больше (36,4% и 6,6%). Обращает на себя внимание высокий удельный вес женщин основной группы с возбудимым типом психопатии (24,2% и 5,3%).

У женщин основной группы показатель «девиантное поведение» был выше, по сравнению с женщинами второй группы (9,1% и 0,0%).

Результаты обработки отражены в таблице 3.

Таблица 3

**Результаты статистических данных по  
клиническим предикторам суицидального поведения**

показатели	значение критерия $\chi^2$ -Пирсона	уровень значимости
<i>Наследственная отягощенность</i>		
аффективная патология	0,235	0,62
невротические расстройства	7,105	<b>0,008</b>
алкоголизм	1,084	<b>0,001</b>
наркомания	0,014	0,90
токсикозы	0,493	0,48
преждевременные роды	9,56	<b>0,002</b>
обвитие пуповины	7,11	<b>0,008</b>
кесарево сечение	12,07	<b>0,001</b>
черепно-мозговые травмы	0,235	0,628
<i>Суицидальное поведение</i>		
суицидальные мысли	13,15	<b>0,001</b>
самоотравление	12,78	<b>0,001</b>
самопорезы	9,56	<b>0,002</b>
<i>Акцентуации</i>		
сенситивная	0,235	0,62
психастеническая	15,51	<b>0,001</b>
<i>Расстройства личности</i>		
эмоционально неустойчивос	8,47	<b>0,004</b>
<i>Девиантное поведение</i>		
	17,23	<b>0,001</b>

Примечание. Жирным шрифтом - уровень значимости  $p < 0,05$ .

Подавляющее большинство обследуемых обеих групп воспитывалось в полных семьях (таблице 4). Что касается женщин, воспитывающихся в неполных семьях, то их количественные выражения между обеими группами были не достоверны. Аналогичная ситуация сложилась и в отношении лиц, воспитывающихся в интернатах. Выпускницы интернатов в течение нескольких лет сохраняли обиду на своих родителей, у них часто снижалось настроение, возникали чувства неполноценности, ненужности, зависти к сверстникам, имеющих родителей.

Таблица 4

**Характеристика семейной структуры**

Структура семьи	I группа (МАС) n=33		II группа (МА) n=76	
	абс.	%	абс.	%
полная семья	24	72,7	57	75,0
неп. семья (матери)	7	21,2	16	21,1
восп. в детском доме	2	6,1	3	3,9
<b>всего</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Примечание. Неп. семья – неполная семья; восп. в детском доме - воспитание

В исследованиях патогенные стили воспитания применялись в семьях обеих групп респондентов (100,0% - группа МАС и 93,4% - группа МА).

Воспитание по типу «гиперпротекция» достоверно реже отмечалось в семьях матерей с суицидальным поведением по сравнению с семьями матерей без суицидального поведения (15,2% против 67,1%). Тогда как воспитание по типу «гипопротекция» чаще наблюдалось в семьях матерей первой группы (27,3% против 3,9%). Неустойчивый стиль воспитания сохранялся в обеих группах практически в равных соотношениях (9,1% и 10,5%). Воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности значимо превышало в родительских семьях основной группы лиц (39,4% против 11,8%). В этих семьях определенная часть «родительских» проблем распределялась на обследуемых женщин. Это касалось не только бытовых вопросов, но и психологических моментов (сохранение семейной «тайны»). Воспитание по типу «кумир семьи» фиксировалось в семьях группы МАС, тогда как таковое отсутствовало в семьях второй группы лиц (9,1% и 0,0%).

Большинство женщин в сравниваемых группах были замужем (72,7% и 71,1%). Это объясняется биологической потребностью индивида в создании семьи, которая, как правило, у женщин является доминирующей. Об этом же свидетельствуют данные по удельному весу женщин, проживающих в единственном браке (63,6% и 67,1%). В повторном браке находилось незначительное количество женщин обеих групп (9,1% и 3,9%). При этом инициаторами разрыва семейных отношений были мужья.

Ожидаемых различий по количеству разведенных женщин с преобладанием их в группе МАС не получено. Более того, наоборот, таковые в основной группе отсутствовали, а в группе сравнения разведенных женщин было 11 человек, что составляет 14,5%. Вдовами являлись 27,3% матерей с суицидальным поведением и 14,5% матерей без суицидального поведения. Обращает на себя внимание тот факт, что среди множества причин смертности мужей женщин первой группы в 33,3% было вождение автомобиля в нетрезвом состоянии. Впоследствии женщины длительное время испытывали чувство тоски, разочарования, отмечались нарушения сна и аппетита.

Материальное положение как «хорошее» определили 39,4% из первой группы и 42,1% из второй группы. Относительно «удовлетворительное» материальное положение достоверно меньше было в семьях лиц группы МАС (21,2% и 46,1%). Однако «неудовлетворительный» материальный статус чаще фиксировался у женщин основной группы (39,4% и 11,8%).

Количество женщин с неполным средним образованием было 0,0% - группа МАС против 7,9% - группа МА; со средним образованием - 6,1% против 9,2%. Среднее специальное образование достоверно чаще констатировалось у женщин первой группы (84,8% против 63,2%), тогда как высшее образование реже фиксировалось у женщин основной группы (9,1% и 19,7%).

Исследование состояния социальной депривации позволило установить, что 82,4% созависимых женщин основной группы в течение не менее 9-20 лет (в среднем 11,3 года) были неудовлетворены своей жизнью или, как они отмеча-

ли, «недополучали необходимого - ни света, ни радости». При этом они акцентировали внимание на чувстве одиночества, низком материальном состоянии, постоянных семейных конфликтах, пьянстве детей, плохом соматоневрологическом самочувствии, отсутствии средств на получение качественной медицинской помощи. У созависимых группы сравнения состояние социальной депривации установлено в 20,3% случаев, т.е. в четыре раза реже, чем у женщин с суицидальным поведением.

Результаты статистической обработки представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Результаты статистических данных  
по социальным предикторам суицидального поведения**

показатели	значение критерия $\chi^2$ -Пирсона	уровень значимости
<i>Структура семьи</i>		
полная семья	0,182	0,67
неполная семья (матери)	0,001	0,98
воспитание в детском доме	0,06	0,81
<i>Стили воспитания</i>		
гиперпротекция	24,86	<b>0,001</b>
гипопротекция	12,78	<b>0,001</b>
неустойчивый стиль	0,052	0,81
возл. на ребенка повышенной моральной ответственности	10,84	<b>0,001</b>
«кумир» семьи	7,11	<b>0,008</b>
<i>Семейное положение</i>		
замужние	0,032	0,85
разведенные	5,31	<b>0,02</b>
вдовы	1,95	0,16
первый брак	0,123	0,72
повторный брак	0,17	0,27
<i>Материальное положение</i>		
хорошее	0,007	0,79
удовлетворительное	3,68	<b>0,04</b>
неудовлетворительное	10,84	<b>0,001</b>
<i>Образование</i>		
неполное среднее	2,76	0,09
среднее	0,113	0,72
среднее специальное	5,13	<b>0,024</b>
высшее	1,89	0,16

Примечание. **Жирным** шрифтом выделены значения, где уровень значимости  $p < 0,05$ ; возл. – воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Суицидальное поведение* – все проявления суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения (Гиндикин В.Я., 1997).

Клиника суицидального поведения была описана у 33-х матерей (из 109), у которых констатировались суицидальные формы аутоагрессии.

Оценка форм суицидального поведения проводилась в соответствии с отечественной классификацией (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1981).

*Антивита́льные переживания* наблюдались у 15,2% обследуемых женщин. Они характеризовались отсутствием желания жить или желательности близкой смерти. Преобладали жалобы на сниженное настроение, нарушения сна и аппетита. Антивита́льные переживания озвучивались вскользь в виде «мне надосло», «сколько можно терпеть». При целенаправленном опросе не было выявлено четких идей активного ухода из жизни. В структуре *суицидальных мыслей* (42,4%) присутствовали различные размышления о феномене самоубийства как таковом, проекции его на себя, раздумья о смысле своего существования. Однако вопросы о способе самоубийства, месте и времени его реализации были на втором плане. Более конкретные представления о способе и средствах самоубийства содержали *суицидальные замыслы*, которые констатировались в 21,2% случаях. Тогда как время и место носили неопределенный характер.

Анализировались случаи парасуицидов. Термин «парасуицид» применяется в том случае, если диагностируется «несмертельное намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий» (Ефремов В.С., 2004).

Суицидальные попытки были обнаружены у 18 человек (54,5%). Способы суицидальных действий включали: самоотравления – 33,3%; самоповреждения – 12,1%; самоповешения – 9,1%.

В клинко-динамическом аспекте суицидальные попытки совершались женщинами после пяти лет совместного проживания с алкогользависимым больным – 12,1%; после восьми лет – 18,2%; после 10 лет – 24,2%.

Мотивы суицидальных попыток были представлены следующими образом: самонаказание – 16,6%; отказ от существования – 27,7%; месть – 44,4%; протест – 5,6%.

По клиническим проявлениям и условиям возникновения суицидальные эпизоды были поделены на 3 группы: депрессивные – 15,2%, демонстративно-шантажные – 33,3% и аффективно-возбудимые – 6,1%.

Группа женщин с депрессивными парасуицидами характеризовалась длительным интервалом (от нескольких суток до недели) между возникновением намерения лишить себя жизни и его реализацией. Это свидетельствует о пролонгированном характере пресуицидального периода. Имело место обдуманность и спланированность суицидальной попытки. Суицидальные мысли возникали задолго до суицида. В пресуицидальный период матери пытались найти выход из сложившейся ситуации: занимались поиском клиники, врача для алкогользависимого больного, консультировались с подругами по поводу возникновения суицидальных тенденций. В клиническом статусе отмечались сниженное настроение, склонность к мрачным и пессимистическим оценкам происходящего, неверие в собственные силы, пропадал аппетит, нарушался сон, они становились замкнутыми и молчаливыми, обнаруживались самоосуждающие тенденции. Поводами суицидальных попыток чаще всего являлись микросоциальные конфликты (60,0%). Причинами конфликтов были: грубость и оскорб-

ления со стороны алкогользависимых больных, вымогательство и воровство ими денежных средств. Потеря близкого человека (мужа) стала психотравмирующим фактором в 40,0% случаев. В качестве доминирующих мотивов суицидальных действий были самонаказание при наличии идей самообвинения (60,0%) и отказ от существования в силу его бесперспективности (40,0%). Частота совершения суицидальных попыток в этой группе составила: самоповешения – 60,0% и самопорезы – 40,0%.

Демонстративно-шантажное суицидальное поведение характеризовалось рентной мотивацией, отсутствием истинного намерения лишиться жизни. Продолжительность пресуицидального периода составляла от нескольких минут до одного часа. Демонстрация суицидальной готовности осуществлялась посредством написания прощальных писем, записок, телефонных звонков своим родственникам, заявлений с угрозами совершения суицидальной попытки. Так как демонстрация суицида была адресована к близким родственникам, суицидальные попытки осуществлялись дома. Аффективные расстройства проявлялись эмоциональной лабильностью, возбудимостью, раздражительностью, капризностью, плаксивостью, экспрессивностью, постоянным стремлением привлечь к себе внимание. Ведущим психогенным фактором реализации суицидальных попыток также были микросоциальные конфликты (63,6%). Зачастую конфликты между матерью и ее «взрослым» ребенком заканчивались избиением родителя. Вдовство как причина суицидальных поступков отмечена в 36,4% случаев. Психологическими мотивами суицидальных действий были месть (72,7%) за утраченное к себе внимание и отказ от существования (27,3%) вследствие невозможности вызвать сочувствие, или изменить ситуацию в выгодном для себя направлении. Способами совершения суицидальных попыток были исключительно самоотравления (100,0%). Женщины не отрицали, что выбранный способ самоубийства был обусловлен его малой травматичностью и отсутствием обезображивающих шрамов и иных косметических дефектов. В постсуицидальный период 100,0% женщин объяснили свое поведение тем, что на них «не обращают внимания».

Аффективно-возбудимые суицидальные действия так же, как и демонстративно-шантажные, совершались без истинного намерения лишиться жизни, однако отличались от последних отсутствием планирования и демонстрации суицидальных действий. Длительность пресуицидального периода была до нескольких минут. Твердому суицидальному решению предшествовало дополнительное психогенное воздействие, суицидальные попытки совершались внезапно, на высоте аффекта, по типу реакций «короткого замыкания». Аффективные проявления характеризовались дисфорично-угрюмым фоном настроения, реакциями негодования, обиды, отчаяния, раздражения, гнева. Отмечалась сниженная способность к объективной оценке окружающей действительности с чрезмерной фиксацией на психотравмирующих факторах. Поводами суицидальных попыток во всех случаях (100,0%) были микросоциальные конфликты. Впоследствии высказывалось разочарование по поводу произошедшего. В то же время отсутствовало глубокое осмысление, раскаяние, осознание возможно-

сти развития необратимых последствий. Среди психологических смыслов суицидальных попыток в этой группе были мотивы протеста (50,0%) и отказа от существования (50,0%). Среди способов реализации парасуицида у женщин были самопорезы (100,0%). В постсуицидальный период (50,0%) обследованных считали, что суицидальные попытки были спровоцированы необоснованными требованиями, порицанием и осуждением со стороны ближайшего окружения, родственников.

В группе женщин с депрессивными суицидальными действиями фиксировалась сенситивная (11,1%) акцентуация; в группе женщин с демонстративно-шантажными суицидальными попытками - истероидная акцентуация (27,7%) и возбудимая психопатия (33,3%) и в группе респондентов с аффективно-возбудимыми парасуицидами - возбудимая психопатия (11,1%).

У сенситивных личностей выявлялись робость, застенчивость, они испытывали трудности в установлении контактов с одноклассниками. В период школьного обучения их отличала исполнительность, ответственность и прилежное отношение к учебе. Вместе с тем, отмечалась повышенная впечатлительность, мнимость и обидчивость на замечания учителей, родителей. Все это сопровождалось чувством собственной неполноценности.

Что касается обследованных с истероидной акцентуацией, то для них были характерны демонстративность, капризность. В случае, когда родители обследованных женщин не могли выполнить их просьбу (чаще это покупки определенных вещей) по каким-либо причинам, респонденты могли устроить скандал с громким плачем, заламыванием рук и обвинениями в адрес родителей о недостойном к ним внимании.

Возбудимые черты характера у женщин с демонстративно-шантажными суицидальными попытками с аффективно-возбудимыми парасуицидами были обусловлены конституциональными факторами. Такие нарушения поведения как повышенная возбудимость, несдержанность, агрессивность, изменчивость настроения были свойственны им с детского возраста (5-7 лет). К аффективным нарушениям присоединялись и другие патохарактерологические нарушения: демонстративность, театральность, под влиянием внешних обстоятельств возникали кратковременные дисфорические состояния. У женщин с возбудимыми чертами отмечалось девиантное поведение (9,1%).

Проведенный анализ психопатологических расстройств женщин в постсуицидальном периоде позволил выявить следующие формы личностной патологии: расстройства личности - 44,4%; (F60; F60.1) и расстройства приспособительных реакций (F43.2) - 38,8%.

У матерей с личностной патологией, совершивших депрессивные парасуициды, декомпенсация проявлялась невротическим типом: астено-невротическим синдромом (11,1%). Женщины отмечали бессоницу, головную боль, нарушение аппетита, тревожность, учащенное сердцебиение, колебания АД, повышенное потоотделение. У 16,6% личностная патология не выявлялась, декомпенсация проявлялась транзиторными невротическими реакциями с превалированием астено-депрессивной симптоматики.

У матерей, с личностной патологией, совершивших демонстративно-шантажные парасуициды, декомпенсация проявлялась аффективным и невротическим типами: эксплозивно-дисфорическим синдромом (33,3%). Психопатологическая симптоматика была представлена раздражительностью, возбуждением, вспыльчивостью, недовольством собой и своим ребенком. Истеро-невротическим синдромом (27,7%). В клинической картине наблюдались незначительное эмоциональное напряжение, раздражительность, нарушения сна, демонстративность.

У матерей, с личностной патологией, совершивших аффективно-возбуждаемые суициды, декомпенсация проявлялась аффективным типом: синдромом аффективной неустойчивости (11,1%): колебания настроения с аффективными вспышками, вплоть до плаксивости, постоянной напряженностью и неустойчивостью при принятии ответственных решений.

### **КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Основной целью профилактической программы матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом, являлось дезактуализация суицидального поведения, что достигалось: ослаблением частоты и интенсивности психопатологической симптоматики; восстановлением личностного и социального статусов женщины, за счет изменения своего отношения к психотравмирующей проблеме и избавления от деструктивных форм поведения и аутоагрессии.

Предлагаемый концептуальный подход имел ряд особенностей, которые определялись не только целью и задачами настоящего исследования, но и обстоятельствами проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. К ним относятся: 1) Добровольное, лично мотивированное участие в программе; реализация программы в амбулаторных условиях. 2) Преимущественное использование психотерапевтических методов и техник. Ранее сообщалось, что женщины поступали к нам на лечение после медикаментозного купирования суицидального состояния в условиях стационара. Обследуемые женщины категорически отказывались от применения лекарственных психотропных средств, как в виду их предубеждения к лекарственной терапии, которая, по их мнению, «может принести вред», так и вследствие высокой стоимости лекарственных средств. На наш взгляд, основная причина отказа от употребления психотропных средств заключалась в непонимании возникшей проблемы, снижении критики к конкретной психотравмирующей ситуации и стремлении женщины скрыть факт суицидальной попытки. Так как, согласно их убеждениям, употребление лекарственных средств якобы сформирует у родственников неверное представление об их психическом состоянии и негативно повлияет на родственные отношения. 3) Применение краткосрочных (до шести месяцев) и среднесрочных (не менее одного года) программ психотерапии; предпочтительное использование методов групповой психотерапии.

Психотерапевтическая работа начиналась с индивидуальной консультации, в ходе которой изучались особенности развития, условия воспитания испытуе-



мых, психологический климат семьи, психическое состояние женщин. Одновременно консультация носила информационно-просветительский характер. На занятиях (в индивидуальной и групповой формах) излагались: современные концепции этиопатогенеза зависимости/созависимости, клинические проявления этих феноменов, последствия, способы отреагирования чувств, динамика освобождения от созависимости.

В основной группе женщин обязательно рассматривались психологические, философские и клинические аспекты феномена аутоагрессии. Следует отметить, что при изложении материала учитывались образовательный статус женщины, степень их психологической готовности воспринимать полученную информацию и высказывать свою точку зрения. Объем образовательной части программы занимал 7-8 часов (занятия по 1,5-2 часа 3 раза в неделю).

На сеансах рациональной психотерапии формировалось адекватное отношение к имеющейся алкогольной проблеме в семье. Так как чаще сведения по этой проблеме заимствовались из средств массовой информации, от друзей, у которых в семье есть больной алкоголизмом. Для коррекции устоявшейся точки зрения им объяснялось, что за консультацией следует обращаться к специалистам соответствующего профиля. Работа проводилась с помощью логических убеждений, цитирования данных научных источников, иллюстрации клинических примеров.

Высокую эффективность показали сеансы гипнотерапии. Они у матерей проводились следующим образом. Вначале с помощью музыкального сопровождения и формул успокоения, дремоты, тяжести и тепла во всем теле достигалось состояние сна. В дальнейшем гипнотические внушения были направлены на стабилизацию психического статуса, нейтрализацию аффективных расстройств, нормализацию сна, соматического статуса и семейных отношений, восстановление здоровья, работоспособности, доверия среди коллег и знакомых. Состояние релаксации побуждало их спокойно осмыслить создавшуюся ситуацию и по-иному посмотреть на семейные проблемы.

Трансовые состояния у женщин группы МАС использовались для внушения жизнеутверждающих установок. Обращалось внимание на деструктивность состояния созависимости. Кроме того, формулировки внушения содержали информацию, направленную на нивелирование комплекса неполноценности, чувства вины. Продолжительность курса гипнотерапии составляла 10-15 сеансов по 30-40 минут. Сеансы проводились индивидуально и в группах.

Полученные эффекты закреплялись на сеансах аутогенной тренировки. Предполагалось, что, обучив женщин методам саморегуляции, удастся помочь им самостоятельно справляться со стрессовыми ситуациями, купировать интенсивные негативные эмоции и тем самым повысить самооценку. Аутогенная тренировка также проводилась индивидуально и в групповой форме, 10-15 сеансов по 20-30 минут

Когнитивное реструктурирование психики женщин осуществлялось с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии, которая проводилась индивидуально и в группе. Задачами психотерапии являлись: формирование адек-

ватного когнитивного функционирования, повышение фрустрационной толерантности, овладение женщинами навыками, расширяющих их адаптационные возможности.

В основной группе женщин, придерживаясь общих принципов когнитивной психотерапии, осуществлялась поэтапная работа по выявлению актуализации и систематизации косвенных признаков суицидального намерения: снижение настроения и социальной активности, возникновение мыслей о бесперспективности будущего и нежелательности своего существования.

Для нейтрализации аффективных состояний, возникающих, как правило, при ожидании срыва, либо при рецидиве наркологического заболевания у сына или дочери, использовались техники десенситизации. Матери представляли образы, связанные со страхом рецидива алкоголизма у ее ребенка. При ощущении максимальных проявлений женщины сразу переключались на состояние релаксации. Это упражнение за период занятия закреплялось несколько раз.

В основной группе матерей дополнительно использовались техники десенситизации, направленные на дезактуализацию суицидальных тенденций. Соблюдался тот же принцип. Продолжительность курса когнитивно-поведенческой психотерапии составляла от 10 до 30-ти сеансов, 2-3 раза в неделю по 1-1,5 часа.

Среди методов семейной психотерапии эффективными были циркулярное (системное) интервью и метод экстернализации проблемы. Психотерапевтическая работа велась как индивидуально с женщинами, так и совместно с их больными детьми.

Метод циркулярного (системного) интервью позволял не только получать сведения о проблеме, но и одновременно осуществлять психотерапевтические интервенции. Циркулярные вопросы помогали женщинам осознать, что позиция «Либо я умру, либо он» является непродуктивной, саморазрушающей. В результате прежние патологические конструкции подвергались «утилизации» с постепенным формированием новых.

Консультирование матерей группы МАС сопровождалось вербализацией и демонстрацией внутрисемейных стилей отношений, способствующих актуализации суицидальных тенденций.

При применении метода экстернализации проблемы психотерапевтическая тактика была построена таким образом, чтобы женщины воспринимали семейную проблему с позиции «наблюдателя». Это позволило открыть им доступ к перспективам ресурсов. Женщины должны были охарактеризовать те чувства, которые возникали при таком подходе.

В группе женщин МАС дополнительно анализировались ситуации по совершению суицидальных попыток. Матери, абстрагируясь от себя, давали независимую оценку этим эпизодам, вербализировали иные продуктивные стратегии поведения. Продолжительность курса семейной психотерапии составляла от 10 до 20-ти сеансов, 2-3 раза в неделю по 1,5-2 часа.

На сеансах групповой психотерапии осуществлялась коррекция нарушенных межличностных отношений и закрепление адекватных форм реагирования

в процессе группового воздействия.

Наиболее обсуждаемые темы на сеансах групповой психотерапии у женщин с суицидальным поведением были: «Болезнь», «Смысл существования», «Почему люди совершают попытки самоубийства».

Занятия проводились в малых закрытых группах (7-9 человек), один раз в неделю, продолжительностью 2-2,5 часа, 10-15 встреч.

**Оценка эффективности.** Нами предложены клинические и социальные критерии, позволяющие не только оценивать эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, но и строить определенные прогнозы в отношении развития суицидоопасных состояний у матерей, сыновья и дочери которых больны алкогольной зависимостью

На начальном этапе программы (через несколько сеансов в течение 2-3 недель) от лечения отказались 15,2% женщин группы МАС и 40,8% женщин группы МА. Женщины ссылались на повышенную занятость, финансовую неостоятельность и на легкомысленное предположение – «все обойдется». Случаев ухудшения клинического состояния в период проведения психотерапии не наблюдалось (таблица 6).

У женщин группы МАС выявлялась высокая мотивация в терапии. Вероятно, это связано с переживаемыми чувствами страха, тревоги за свою жизнь. Женщины, совершившие намеренные попытки самоубийства, так же как и те, которые не преследовали в реализации суицидальной попытки летального исхода, выражали сожаление по поводу случившегося.

На значительное улучшение психического состояния, оптимистичность собственных взглядов на будущее указали 48,5% женщин первой группы и 25,0% женщин второй группы. Клинически это подтверждалось снижением до полного исчезновения депрессивной симптоматики в большей степени у женщин группы МАС (54,5% против 18,4%). Основная масса женщин группы МА (81,6%) выражала сомнения по выздоровлению своего больного ребенка, и поэтому у них основное время суток преобладал сниженный фон настроения. По мере прохождения психотерапии у подавляющего большинства матерей с суицидальным поведением отмечалась нормализация психического статуса за счет купирования состояния внутренней напряженности, раздражительности, вспыльчивости, неустойчивости настроения.

Состояние астении было купировано в обеих группах женщин, и, что очень важно, в более половины случаев (57,6% и 55,3%). Помимо посещения психотерапевтических сеансов, женщинам рекомендовались ежедневные прогулки на свежем воздухе, контрастный душ, занятия физической культурой и просмотр телепередач юмористического содержания.

Продолжительный, без частых просыпаний сон констатировался в обеих группах матерей (66,7% и 52,6%). Со слов обследуемых женщин сны были приятного или нейтрального содержания. Состояние пробуждения характеризовалось бодростью, отсутствием разбитости и слабости. Вышеизложенные факты подтверждаются купированием у представительниц обеих групп такого сим-

птома как тяжесть в голове. То же самое относится к симптомам «головные боли» и «головокружение».

Таблица 6

**Терапевтическая эффективность программы  
(катамнестическое наблюдение 12 месяцев)**

группы	МАС		МА	
	абс.	%	абс.	%
всего	33	30,2	76	69,8
отказались от лечения	5	15,2	31	40,8
<i>Купирование психопатологических симптомов</i>				
пониженное настроение	16	48,5	19	25,0
депрессия	18	54,5	14	18,4
внутренняя напряженность	12	36,4	6	7,9
раздражительность	16	48,5	14	18,4
вспыльчивость	22	66,7	11	14,5
неустойчивость настроения	21	63,6	4	5,3
астения	19	57,6	42	55,3
нарушения сна	22	66,7	40	52,6
<i>Купирование соматовегетативных расстройств</i>				
тяжесть в голове	11	33,3	26	34,2
головные боли	8	24,2	10	13,2
головокружение	11	33,3	22	28,9
нарушения аппетита	14	42,4	12	15,8
колебания артериального давления	17	51,5	38	50,0
сердцебиения	13	39,4	9	11,8
<i>Деактуализация суицидального поведения</i>				
антивитальные переживания	4	12,1	0,0	0,0
суицидальные мысли	15	45,5	0,0	0,0
суицидальные замыслы	8	24,2	0,0	0,0
повторные суицидальные попытки	0	0,0	0,0	0,0
<i>Восстановление семейного и социального статуса</i>				
бесконфликтные семейные отношения	22	66,7	11	14,5
распределение обязанностей в семье	13	39,4	9	11,8
социальная активность	15	45,5	25	32,9
отношения к/на работе	9	27,3	9	11,8
регулярность посещения группы	22	66,7	14	18,4
выполнение заданий по программе	17	51,5	10	13,2

По мере стабилизации психики, у обследуемых женщин нормализовался аппетит, особенно это было выражено у женщин группы МАС (57,6% и 15,8%). Нормализацию аппетита матери считали одним из «видных» критериев эффективности. Контроль АД осуществлялся двукратным измерением на протяжении 2-3 месяцев. Через 1,5 месяца от начала терапии АД в более половине случаев в обеих группах женщин находилось в пределах 110/70 – 130/90 мм рт. ст.

Достоверные результаты получены по показателю «сердцебиения». Выраженность этого симптома свидетельствует о дисфункции вегетативной системы и, как правило, сопровождается аффективными расстройствами: тревожностью, страхом смерти. При наличии сердцебиения женщины испытывали указанные

эмоции, были вынуждены более двух раз в день вызывать бригаду скорой помощи. Купирование этого симптома (39,4% - группа МАС и 11,8% - группа МА) обеспечивало женщинам спокойствие, уверенность в завтрашнем дне, ощущение «снятие ограничений жизнедеятельности».

Весьма показательны значения по дезактуализации суицидального поведения. В целом снижение суицидальной активности фиксировалось в 81,8% случаев. Это подтверждалось не только вербальным отрицанием наличия суицидальных мыслей, но и продолжительными клиническими наблюдениями и в ряде случаев объективными данными. Как указывалось выше, женщины сожалели о совершенных суицидальных попытках. Суицидальные мысли не возникали. Женщины критически и объективно оценивали ситуации, связанные с суицидальными намерениями, полагая, что в генезе суицидальных форм поведения важную роль играет состояние отчаяния. Обращает на себя внимание факт отсутствия повторных суицидальных попыток. Сохранение собственной жизни и забота о здоровье, по мнению матерей, являются основополагающими.

Эффективность психотерапевтических мероприятий подтверждается констатацией бесконфликтных отношений внутри семьи, которых значимо больше было в семьях матерей с суицидальным поведением (66,7% и 14,5%). Женщины группы МАС во взаимоотношениях с детьми старались находить компромиссные решения, женщины группы сравнения чаще выдвигали собственные требования без учета мнения сына или дочери, так как последние «не должны что-то предпринимать самостоятельно».

Отмечено достоверное различие по равномерному распределению ответственности в семье (39,4% - группа МАС и 11,8% - группа МА). По вопросам, касающихся лечения алкогольной зависимости, выбора клиники, врача, покупки медикаментозных средств, мать занимала позицию помощника. До терапии инициатива исходила от матери. Положительным моментом было и то, что часть бытовых проблем занимались больные алкоголизмом сын или дочь.

Возрастание социальной активности в сравниваемых группах выражалось в расширении круга общения, то есть общение с лицами, не имеющих алкогольных проблем в семье. Женщины стали следить за своим внешним видом, совершать покупки, посещать парикмахерские, спортивные клубы.

Позитивное отношение к работе и нормальные отношения с коллегами, администрацией преобладали у матерей группы МАС (27,3% и 11,8%). Первоначально отрицательное отношение к работе и коллегам было обусловлено состоянием страха разглашения их «суицидальной тайны». Клинический статус был представлен повышенной тревожностью, замкнутостью, сниженным настроением. Матери считали, что все окружающие пытались выведать причину совершения суицидальной попытки лишь для удовлетворения любопытства. Впоследствии проработав данную проблему на индивидуальных и групповых занятиях, отношение изменилось в лучшую сторону. Работа воспринималась женщинами как средство помогающее забыть все неприятности, они могли легко поделиться своими проблемами с коллегами. Положительное отношение к работе было связано с ощущением причастности к происходящим событиям.

Подавляющее большинство матерей из группы МА сообщили, что психологически не готовы раскрыться в группе.

Отношение к социуму выражается посещением групповых занятий. В количественном и в качественном выражении показатель «регулярность посещения группы» превалировал в группе МАС (66,7% и 18,4%). На занятиях женщины проявляли большую активность и заинтересованность в полном восстановлении. Они охотно делились своими проблемами, вступали в дискуссии, выглядели эмоционально раскрепощенными.

Помимо посещений занятий, женщины первой группы по сравнению с женщинами второй группы неукоснительно выполняли домашние задания по программе (51,5% и 13,2%). Женщины группы МАС рассказывали о своих впечатлениях по домашнему заданию, уточняли и проясняли вопросы, демонстрировали успехи в группе, периодически просили повторить задание. Для закрепления полученных результатов и придания уверенности окружающим, каждой из участниц предлагалось выступить в роли руководителя группы. Результаты обработки отражены в таблице 7.

Таблица 7

**Результаты статистических данных  
по критериям эффективности профилактической программы**

<b>показатели</b>	<b>значение критерия <math>\chi^2</math>-Пирсона</b>	<b>уровень значимости</b>
<i>Участие в программе</i>		
отказались от лечения	6,84	<b>0,008</b>
<i>Купирование психопатологических симптомов</i>		
пониженное настроение	5,82	<b>0,01</b>
депрессия	14,48	<b>0,001</b>
внутренняя напряженность	13,53	<b>0,001</b>
раздражительность	10,43	<b>0,001</b>
вспыльчивость	29,69	<b>0,001</b>
неустойчивость настроения	44,36	<b>0,001</b>
астения	0,05	0,82
нарушения сна	1,85	0,17
<i>Купирование соматовегетативных расстройств</i>		
тяжесть в голове	0,008	0,92
головные боли	2,05	0,15
головокружение	0,21	0,64
нарушения аппетита	8,99	<b>0,003</b>
колебания артериального давления	0,021	0,88
сердцебиения	3,75	<b>0,05</b>
<i>Дезактуализация суицидального поведения</i>		
антивитальные переживания	9,56	<b>0,002</b>
суицидальные мысли	40,06	<b>0,001</b>
суицидальные замыслы	19,88	<b>0,001</b>
<i>Восстановление семейного и социального статуса</i>		
бесконфликтные семейные отношения	29,69	<b>0,001</b>
распределение обязанностей в семье	3,75	<b>0,05</b>
социальная активность	0,56	0,21
отношения к/на работе	3,97	<b>0,04</b>
регулярность посещения группы	24,21	<b>0,001</b>
выполнение заданий по программе		

Примечание. **Жирным** шрифтом выделены значения, где уровень значимости  $p \leq 0,05$ .

## ВЫВОДЫ

1. К выявленным в процессе исследования клиническим предикторам суицидального поведения матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом, относятся:

- отягощенность алкоголизмом;
- суицидальное поведение родственников обследованных женщин;
- психопатологическая отягощенность невротическими расстройствами;
- патология родов и беременности родителей обследованных женщин;
- акцентуации (психастенический тип);
- расстройства личности (эмоционально неустойчивый тип);
- девиантное поведение.

К социальным предикторам суицидального поведения относятся:

- патогенные стили воспитания;
- низкий материальный статус и социальная депривация.

2. Суицидальное поведение созависимых матерей клинически представлено аптвительными переживаниями, суицидальными мыслями, суицидальными замыслами и суицидальными попытками. При этом максимальное количество представлено суицидальными мыслями (42,4%) и суицидальными попытками (54,5%).

Парасуицидальное поведение проявляется в рамках трех типов: депрессивное (15,2%), демонстративно-шантажное (33,3%) и аффективно-возбудимое (6,1%). Способами реализации суицидального намерения являлись самоотравления, самопорезы и самоповешения.

Основными мотивами суицидальных попыток у созависимых матерей являлись самоубийство, отказ от существования, месть и протест, обусловленные алкоголизацией их больных родственников.

3. В зависимости от парасуицидального поведения выявлены синдромы личностной декомпенсации: у женщин с депрессивным суицидальным поведением - астено-невротический синдром; с демонстративно-шантажным суицидальным поведением - эксплозивно-дисфорический и истеро - невротический синдромы; с аффективно-возбудимым суицидальным поведением - синдром аффективной неустойчивости. Установленные нарушения аффективной сферы находятся в определенной взаимосвязи с их личностными особенностями.

4. Основными лечебно-реабилитационными технологиями, которые позволили получить положительный эффект в процессе психотерапии суицидального поведения у созависимых матерей, являлись: рациональная психотерапия, система образования и тренингов по вопросам созависимости (гипнотерапия, аутогенная тренировка, когнитивно-поведенческая семейная и групповая психотерапия).

5. Эффективность предложенной лечебно-реабилитационной программы нашло отражение в таких показателях:

- купирование психопатологической симптоматики: пониженного настроения (48,5%), депрессии (54,5%), раздражительности (48,5%) и вспыльчивости (66,7%);

- купирование соматовегетативных расстройств: нарушения аппетита (42,4%), сердцебиения (39,4%) и колебания артериального давления (51,5%);
- значительное снижение случаев суицидального поведения (81,8%);
- улучшение качества жизни: нормализация семейных отношений (66,7%), повышение социальной активности (45,5%), социально-психологическая и социально-трудовая реадаптация (94,0%).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Матери, дети которых больны алкоголизмом, представляют собой группу повышенного суицидального риска и поэтому нуждаются в профилактическом наблюдении у психиатра или психиатра-нарколога. Данные по предикторам суицидального риска должны учитываться при проведении мероприятий по суицидальной превенции. Поэтому, в программы курсов усовершенствования врачей различных специальностей следует ввести раздел по суицидологии с обязательным использованием информации о суицидальном поведении женщин, дети которых зависимы от алкоголя или других психоактивных веществ

2. Результаты исследования могут быть использованы не только в прогнозировании возможного суицидального риска у данного контингента лиц, а также для проведения дифференцированных методов лечения и реабилитации.

Профилактическая работа должна включать информационно - просветительский блок, психотерапевтическую работу, направленную на дезактуализацию у матерей суицидальной активности поведения, выработку продуктивных копинг-механизмов, повышение фрустрационной толерантности.

4. В качестве основных методов психотерапии, направленных на нейтрализацию антивитальных механизмов у матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом, рекомендовано использовать: рациональную психотерапию, гипнотерапию, аутогенную тренировку, когнитивно-поведенческую семейную и групповую психотерапию

5. Полученные результаты, отражающие выраженность снижения суицидальной активности у обследуемого контингента лиц, позволяют рекомендовать программу в работу кризисных центров, учреждений психиатрического и наркологического профиля.



## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Бисалиев Р.В., Кальной В.С., Миронова А.А., Кречина Е.В., Старкова Е.В., Абдулхайрова Р.Б. Аутоагрессивное поведение при алкоголизме и наркоманиях // Тезисы работ молодых ученых Астраханской государственной медицинской академии: Материалы конференции молодых ученых АГМА. 08 февраля, 2007, Астрахань, 2007. – С. 10 – 11.
2. Бисалиев Р.В., Кальной В.С., Смагина А.А. Созависимость и аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // Наркология. - 2008. - №5. - С. 58-66.
3. Бисалиев Р.В., Кальной В.С. Аутоагрессивного поведение при психических и наркологических расстройствах // Психическое здоровье. - 2009. - №1. - С. 58 - 65.
4. Бисалиев Р.В., Зубкова Т.Н., Кальной В.С., Куц О.А., Марселин А.Д. Агрессия как психосоциальный феномен // Психическое здоровье. - 2009. - №3. - С. 55 - 61.
5. Бисалиев Р.В., Кальной В.С. Оценка эффективности программы профилактики суицидального поведения у матерей, сыновья и дочери которых больны алкоголизмом // Вопросы наркологии. - 2010. - №1. - С. 74 – 81.
6. Бисалиев Р.В., Кальной В.С. Программа профилактики суицидального поведения у матерей, дети которых больны алкоголизмом // Вопросы наркологии. 2010. №2. С. 65 – 71.
7. Бисалиев Р.В., Дудко Т.Н., Кальной В.С. Суицидальное поведение в семьях больных алкогольной зависимостью. - Астрахань: ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2010 – 118 с.

Подписано в печать 17.11.2010.  
Уч.-изд. л. 1,6. Усл. печ. л. 1,5.  
Заказ № 2266. Тираж 100 экз.

---

Оттиражировано в Издательском доме «Астраханский университет»  
414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 20  
Тел. (8512) 48-53-47 (отдел маркетинга), 48-53-45 (магазин);  
тел. 48-53-44, тел./факс (8512) 48-53-46  
E-mail: [asupress@yandex.ru](mailto:asupress@yandex.ru)