МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ПО ПРОГРАММЕ МАГИСТРАТУРЫ

ЕФРЕМОВА ИЛЬИ СЕРГЕЕВИЧА

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Выполнил:
Студент 3 курса очно-заочной формы обучения
Направление подготовки: 37.04.01 Психология
Профиль: Клиническая психология

Допущено к защите в ГЭК и проверено на
объем заимствования:81.97% оригинальности

Заведующий кафедрой
доцент, кандидат психологических наук
(ученая степень, ученое звание)

_____ / С.И. Галяутдинова
(подпись) (И.О. Фамилия)

Руководитель
доцент, кандидат психологических наук
(ученая степень, ученое звание)

_____ / С.И. Галяутдинова
(подпись) (И.О. Фамилия)

«___»_____2020 г.

УФА – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение		3
1	Суицидальное поведение как предмет психологического исследования	8
1.1	Концепции суицидального поведения в работах отечественных и зарубежных авторов	8
1.2	Суицидальное поведение лиц, страдающих алкогольной зависимостью	11
1.3	Социальные и психологические факторы риска суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью	17
2	Эмпирическое исследование роли некоторых социальных и психологических факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью	27
2.1	Организация эмпирического исследования	27
2.2	Результаты эмпирического исследования	31
2.2.1	Роль социальных факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью	31
2.2.2	Роль психологических факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью	38
Заключение		57
Список использованных источников и литературы		60
Приложения		69

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение является ведущей причиной смертности от внешних причин во всем мире[1]. Ежегодно свыше миллиона жителей Земли совершают законченный суицид [2]. Для Российской Федерации суициды также продолжают оставаться одной из актуальных проблем[3]. Частота законченных самоубийств в России в 2018 году составила 12,2 на 100 тысяч населения, что превышает общемировые показатели[4]. В Республике Башкортостан этот показатель больше чем российский в 1,6 раза и составляет 19,9 на 100 тысяч населения[5]. При этом, некоторые авторы указывают на возможное ухудшение качества официальной статистики суицидов[6]. Один из перспективных путей снижения глобального воздействия самоубийств это выявление факторов риска, которые помогут предсказать возможное суицидальное поведение.

Весьма многочисленную группу риска суицидального поведения составляют пациенты наркологического профиля[7,8]. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 25–50% случаев жертвы самоубийства страдали расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, при этом из всех смертей от самоубийства 22% могут быть отнесены за счет употребления алкоголя[9]. Однако, далеко не все пациенты, страдающие алкогольной зависимостью в течение жизни демонстрируют суицидальное поведение. Это позволяет предположить, что есть дополнительный факторы, которые могут обуславливать суицидальный риск у лиц с алкогольной зависимостью.

---

[1] Centers for Disease Control and Prevention (2011).Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. Retrieved fromwww.cdc.gov/injury/wisqars/index.html

[2] World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide: A framework. Geneva, Switzerland: WHO Press.

[3] Положий Б. С. Суицидальная ситуация в современной России//Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: Научно-практическая конференция: сборник материалов/Под ред. Г.П. Костюка. -2018. -С. 567-574.

[4] Сведения за октябрь-декабрь 2018г. выгружены из Единого государственного реестра записей актов гражданского состояния (ЕГР ЗАГС) 13.12.2018 года. [Электронный ресурс https://www.gks.ru/free_doc/2018/demo/t3_3.xls] (Дата обращения - 04.12.2019 г.)

[5] Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М. О состоянии психотерапевтической службы в республике башкортостан //Всероссийская научно-практическая конференция «Психотерапевтическая помощь. Достижения, задачи и перспективы». (Материалы конференции). - Уфа: с. 146, С.4

[6] Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Суициды и смертность от прочих отравлений: сравнительный анализ трендов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019; 2 (103): 47–54.

[7] Асадуллин А.Р., Асадуллина Г.М., Газизова Н.Р., Ахметова Э.А. Анализ суицидального поведения у потребителей «дизайнерских» наркотических средств // Педагогич. журн. Башкортостана. 2017. № 1. С. 112-117

[8] Радкевич, Л.А. Смертность от суицида и алкоголизма, зависимая от уровня потребления алкогольных напитков./Л.А. Радкевич, А.С. Кабанкин, Д.А. Радкевич//Исследования и практика в медицине. -2017. -Т. 4 (1). -С. 33-39.

[9] Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014.

Цель исследования: определить роль некоторых социальных и психологических факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

Объект исследования: суицидальное поведение у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Предмет исследования: социальные и психологические факторы суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Гипотеза: мы предполагаем, некоторые социальные факторы (гендерная принадлежность, возраст, наличие постоянного партнера, удовлетворенность семейными отношениями, удовлетворенность материальным благополучием, уровень образования) и психологические факторы (тревожность, депрессивные проявления) играют некоторую роль в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Задачи исследования:

1. Проанализировать современное состояние суицидального поведения, изучить основные концепции суицидального поведения в работах отечественных и зарубежных авторов
2. Подобрать и обосновать методы и методики, отвечающие целям и задачам исследования. Разработать критерии включения, невключения и исключения испытуемых в исследование.
3. Изучить и проанализировать роль психологических факторов, а именно депрессивных и тревожных переживаний в суицидальном поведении лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Оценить взаимосвязь суицидального поведения и тревожности, депрессивных проявлений.
4. Провести анализ роли социальных факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Осуществить гендерный анализ распространенности и интенсивности суицидального поведения. Изучить взаимосвязь возраста, уровня образования, успешности социального функционирования, удовлетворенности материальным состоянием и стабильности заработка, семейного положения испытуемого, а также удовлетворенности испытуемым семейными отношениями и наличия и интенсивности суицидальных проявлений.

Материалы и методы. Были использованы методы: теоретические методы, позволяющие анализировать литературу, соответствующую изучаемой проблеме; эмпирические методы, в виде психодиагностических методик; метод интервьюирования; а также методы обработки данных, включающие в себя: количественный (статистический) и качественный (дифференциация материала по группам, анализ) методы.

В исследование было включено 124 пациент в возрасте от 23 до 55 лет, средний возраст составил 41,52 ± 8,14 (Медиана = 41). Среди испытуемых 29% (36/124) женского пола, 71% (88/124) мужского пола. Все пациенты проходили курс стационарной терапии в Республиканском наркологическом диспансере №1 города Уфы в феврале – октябре 2019 года. Все испытуемые, попавшие в итоговую выборку, соответствовали критериям включения: наличие верифицированного диагноза F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя»; период наблюдения в наркологической службе более года; подписанное добровольное информированное согласие; возраст не младше 18 и не старше 55 лет. Критериями невключения стали: наличие на момент обследования абстинентного синдрома; пациент отвечает критериям диагностики зависимости от другого психоактивного вещества, кроме алкоголя и никотина; невозможность проведения клинического интервьюирования по другим причинам; наличие коморбидной психической патологи, а также тяжелой соматической патологией сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. Критериями исключения из исследования стали**:** отказ от участия в исследовании, выявление в процессе клиническое интервьюирование критериев невключения.

Для исследования суицидального поведения применялась Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений (Posner K., et al., 2007), которая позволяет выявить наличие суицидальных мыслей, а также их интенсивность[10].

Для оценки эмоционального состояния использовались следующие психометрические шкалы:

1. Для оценки выраженности депрессивных проявлений была использована Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS, Montgomery S.A., Asberg M., 1979) [11].

2. Для оценки выраженности тревоги у испытуемых была использована Шкала тревоги Гамильтона (1959)[12].

В ходе интервьюирования выявлялись следующие социальные факторы: гендерная принадлежность, возраст, семейное положение, удовлетворенность семейными взаимоотношениями, наличие постоянного заработка, удовлетворенность материальным положением, образование. Также

[10] Kelly Posner, Ph.D.; Maria A. Oquendo, M.D.; Madelyn Gould, Ph.D., M.P.H.; Barbara Stanley, Ph.D.; Mark Davies, M.P.H. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. Am J Psychiatry 2007;164:1035-1043. doi:10.1176/appi.ajp.164.7.1035

[11] Montgomery S.A., Asberg M.A., 1979 г.) [Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979; 134: 382-389

[12] Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology 32:50-55, 1959

применялась шкала социального функционирования (PSP) – валидная и достоверная шкала, позволяющая оценить степень социального функционирования пациента с психическим расстройством. [13]

Для статистической обработки данных были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10, IBM IBM SPSS STATISTICS 22 Statistics 22.

Апробация и внедрение результатов исследования. Отдельные этапы работы, положения диссертации были доложены и обсуждены на международных и российских научных конгрессах и конференциях, в том числе:

1. V межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием для специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья «Современные направления в психиатрии», 23-24 мая 2019 г., г. Волгоград
2. «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход», 30-31 мая 2019 г., Санкт-Петербург
3. 84-я Всероссийская научная конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Вопросы теоретической и практической медицины», 24 апреля 2019 г., г. Уфа
4. Псифест «Легенды Урала», 7-9 июня, г. Уфа.

Автор имеет следующие публикации по теме диссертационного исследования:

Публикации в журналах, включённых в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук:

1. Асадуллин А.Р., Ефремов И.С. Расстройства сна и алкогольная зависимость// Вопросы наркологии. 2019. № 8 (179). С. 44.

Публикации в журналах, индексируемых в Российском индексе научного цитирования:

2. Ефремов И.С. Исследование взаимосвязи суицидального поведения выраженности депрессии у лиц, страдающих алкогольной зависимостью// Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2019. № S1. С. 1566-1570.

[13] MorosiniPLetal. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routing social functioning. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 323-329.

Публикации в сборниках конференций:

3. Ефремов И.С., Насырова Р.Ф., Юлдашев В.Л., Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А. Поиск ассоциаций между депрессивными проявлениями и качеством сна у лиц с алкогольной зависимостью// Психическое здоровье семьи в современном мире: сборник тезисов III Российской конференции с международным участием (Томск, 24–25 октября 2019 г.), С. 115-116

4. Ефремов И.С, Асадуллин А.Р, Ахметова Э.А. Роль некоторых социальных факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью // Биология ва тиббиёт муаммолари. 2019. № 4-1 (114). С. 29-30

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы, который насчитывает 117 источников, 1 приложения, 10 таблиц и 16 рисунков. Общий объём диссертационного исследования – 84 страницы.

1 Суицидальное поведение как предмет психологического исследования

1.1 Концепции суицидального поведения в работах отечественных и зарубежных авторов

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, глобальное бремя самоубийств в мире составляет миллион смертей каждый год [14]. Ежегодная смертность от самоубийств достигает 14,5 самоубийств на 100 000 человек, около одной смерти каждые 40 секунд. Самоубийства можно назвать десятой по значимости причиной смерти во всем мире, и на их долю приходится 1,5% всех смертей [15].

Суицидальное поведение – междисциплинарная проблема, которую уже больше века рассматривают специалисты различных специальностей – врачи, психологи, социологи и др. Первой работой, посвященной суицидальному поведению можно назвать монографию Эмиля Дюркгейма «Le Suicide» (Самоубийство)[16]. Автор предложил первую классификацию суицидального поведения, выделив четыре типа самоубийства: эгоистический, аномический, альтруистический и фаталистический. Можно сказать, что автор заложил социологический подход к суицидальному поведению, рассматривая суицид, как продукт дезинтеграции человека и общества.

Другой подход к суицидальному поведению предлагали корифеи западного психодинамического направления психологии. З. Фрейд описывал суицид в рамках предложенной им модели психики, вводя понятие «инстинкта смерти» - «танатоса», как влечения к смерти[17]. К. Г. Юнг описывал самоубийство, затрагивая вопрос о духовном перерождении, бессознательное желание уйти от жестокой жизни, как - будто бы вернуться в утробу матери посредством наложения на себя рук[18]. Дж. Хиллман рассматривал самоубийство, как способ обретения смерти, на который каждый индивид имеет законное право [19]. А. Адлер описывает самоубийство как стадию регрессии - итог кризиса (застоя), возникающего в попытках человека преодолеть комплекс неполноценности [20].

---

[14] World Report on Violence and Health; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2002.
[15] Levi, F.; La Vecchia, C.; Lucchini, F.; Negri, E.; Saxena, S.; Maulik, P.K.; Saraceno, B. Trends in mortality from suicide, 1965−99. Acta Psychiatr. Scand. 2003, 108, 341-349.
[16] Дюркгейм Э. Самоубийство: социол. этюд. – СПб.: Союз, 1998. – 493 с.
[17] Фрейд 3. Печаль и меланхолия // Психология эмоций: тексты / под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. 2-е изд. – М., 1993. – С. 215-223.
[18] Юнг К.Г. Конфликты детской души: [сб.]. – М.: Канон, 1995. – 333 с.
[19] Хиллман Д. Самоубийство и душа. – М.: Коги-то-Центр, 2004. – 271 с.
[20] Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Фонд «Закон. грамотность», 1995. – 291 с.

И.П. Павлов в лекции «О самоубийствах» причиной суицидов указывает нервные расстройства, вызванные социальными потрясениями, а также «падение инстинкта достижения цели», которое заключается в снижении интереса к жизни. Автор указывает, что для человека необходимо правильно практиковать этот инстинкт – ставить цели и преодолевать препятствия на пути к ним [21]. Другой представить поведенческого направления Г.С. Салливан описывает суицид, как попытку разрешить неразрешимый конфликт, создающий тревогу и угрозу безопасности, воспринимаемый индивидом как невыносимый. При этом самоубийство является агрессией по отношению к другим, которая направлена на себя. Представить когнитивно-поведенческого направления психологии А.Т. Бек рассматривал самоубийство, как следствие негибкости мышление, при котором оптимальным решением жизненных трудностей человек видит уход их жизни[22].

Рассматривая концепции суицидального поведения, В.А. Руженков и соавторы предложили рассматривать концепции суицидального поведения в зависимости от того, в рамках какой науки разрабатывалась конкретная концепция. Авторы выделили следующие концепции суицидального поведения: антропологическую, психологическую, социологическую, генетическую, биохимическую, клиническую (психиатрическую) и эклектическую концепции[23].

Н.А. Ноздрина и соавторы предлагают иную классификацию концепций суицидального поведения. Авторы выделяют три основные концепции: психологическую, социологическую и психопатологическую[24].

Положий Б.С. предложил модель суицидального поведения, продолжающую теории суицидального диатеза. Автор выделил детерминанты первого, второго и третьего ранга[25]. К детерминантам первого ранга были отнесены условия, являющиеся необходимым для возникновения суицидального поведения. Среди этих условий были выделены биологические, клинические и личностно-психологические. Детерминанты второго ранга, в свою очередь, не являются обязательными, но повышают риск суицидального

---

21 И.П. Павлов: PRO ET CONTRA. [Электронная издание - https://biography.wikireading.ru/247030] (Дата обращения – 14.12.2019 г.)

[22] Hopelessness and eventual suicide: a 10-year pro-spective study of patients hospitalized with suicidal ideation / A.T. Beck [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1985. –Vol. 142, № 5. – P. 559-563.

[23] Руженков Виктор Александрович, Руженкова Виктория Викторовна, Боева Алевтина Викторовна Концепции суицидального поведения // Суицидология. 2012. №4 (9). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptsii-suitsidalnogo-povedeniya (дата обращения: 13.01.2020).

[24] Ноздрина Н.А., Платонов М.Р., Федоренко С.А. Концепции суицидального поведения // Символ науки. 2017. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptsii-suitsidalnogo-povedeniya-1 (дата обращения: 17.01.2020).

[25] Положий Борис Сергеевич Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. №1 (18). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptualnaya-model-suitsidalnogo-povedeniya (дата обращения: 10.01.2020).

поведения. К ним автор относит критические жизненные события, которые могут быть триггерами суицидального процесса. К детерминантам третьего ранга автор относит факторы социального неблагополучия, этнокультурные факторы. Суицидальное поведение рассматривается, как динамический процесс, проходящий в своем развитии ряд этапов, а именно: досуицидальный, пресуицидальный, реализация суицидальных намерений и постсуицидальный.

П.Б. Зотов также указывает на стадийность и динамичность суицидального поведения[26]. Автор указывает, что формирование суицидального поведения чаще протекает постепенно, от малоосознаваемых внутренних форм до суицидальной попытки. При этом профилактическая работа доступна на самых ранних этапах.

Описывая суицидальное поведение, мы понимаем определение, данное Всемирной организацией здравоохранения. Суицидальное поведение (англ. – suicidal behaviour) это поведение человека, включающее мысли о суициде, планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид [27].

О'Кэрролл П.В. и др. определили самоубийство, как «акт с летальным исходом, который умерший, зная или ожидая летального исхода, инициировал и осуществил с целью реализации этого исхода»[28]. В дальнейшем, данное определение было несколько переработано Сильверманом М.М. и соавторами[29]. В работе ученые основывались на наличии или отсутствии суицидального намерения, а также наличие или отсутствие самоповреждения. Авторы разделили суицидальное поведение на четыре порядка по уровню выраженности, где суицид – это событие четвертого порядка, то есть максимально выраженное суицидальное поведение. К первому порядку авторы отнесли мысли о суициде, разделив их по степени на случайные, приходящие, постоянные, пассивные, активные. Между суицидальными мыслями и суицидальной попыткой ранжируется широкий поведенческий пласт, включающий – разговоры о самоубийстве, просмотр контента о самоубийстве, подготовительные действия и др.

В нашей работе, мы ориентировались на определение, данное Всемирной организацией здравоохранения, самоубийство – это акт, совершаемый кем-то, кто намеревается убить себя. Термины «самоубийство» и «суицид»

---

[26] Зотов П.Б. Суицидальное поведение: роль «Внешнего ключа», как элемента суицидальной динамики и объекта психотерапии // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2015. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/suitsidalnoe-povedenie-rol-vneshnego-klyucha-kak-elementa-suitsidalnoy-dinamiki-i-obekta-psihoterapii (дата обращения: 12.01.2020).

[27] Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.

[28] O'Carroll, P.W.; Berman, A.L.; Maris, R.W.; Moscicki, E.K.; Tanney, B.L.; Silverman, M.M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav. 1996, 26, 237-252.

[29] Silverman, M.M.; Berman, A.L.; Sanddal, N.D.; O'Carroll P, W.; Joiner, T.E. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007, 37, 264-277.

синонимичны и обозначают акт умышленного убийства самого себя. То есть – суицид – это законченная суицидальная попытка, независимо от намерения умереть. Опираясь на доклад Всемирной организации здравоохранения, мы определили суицидальную попытку (англ. – suicide attempt), как любой вид суицидального поведения, сопровождающееся нанесением себе вреда, самоотравлением, нанесения себе травмы или иного повреждения, независимо от намерения и исхода попытки. При этом следует отметить, что к суицидальным попыткам также относят самоповреждения без суицидальных намерений, носящих демонстративный или иной характер. Однако точно установить наличие суицидального намерения в ряде случаев нелегко, поскольку суицидент может скрывать намерение, или не иметь осознанного намерения при его наличии.

При этом от истинной суицидальной попытки следует отличать аутоагрессивное поведение или самоповреждение без суицидального намерения. Не всегда суицидальная попытка сопровождается намерением индивида совершить самоубийство[30]. Под самоповреждением мы понимаем действие, которое не направлено на убийство человека, а скорее на умышленное причинение вреда, например порез, часто с целью привлечь к себе внимание.

Таким образом, проанализировав представленные концепции, мы определили суицидальное поведение как поведение человека, включающее мысли о суициде, планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид. В своей работе мы придерживаемся концепции, что суицидальное поведение – динамический процесс, развитие которого чаще происходит течении длительного времени.

1.2 Суицидальное поведение лиц, страдающих алкогольной зависимостью

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 25–50% случаев жертвы самоубийства страдали расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, при этом из всех смертей от самоубийства 22% могут быть отнесены за счет употребления алкоголя[31]. Отдельные исследования завершенных самоубийств также показывают, что на долю лиц, страдающих хронической алкогольной зависимостью приходится 20-40% всех завершённых суицидов [32]. Посмертные исследования тел

[30] De Leo, D.; Burgis, S.; Bertolote, J.M.; Kerkhof, A.J.; Bille-Brahe, U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHo/EURO multicentre Study. Crisis 2006, 27, 4-15.
[31] Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014.
[32] Duffy, J.; Kreitman, N. Risk factors for suicide and undetermined death among in-patient alcoholics in Scotland. Addiction 1993, 88, 757-766.

суицидентов, проведенные в разных странах мира, показывают, что алкоголь был в крови 20-48% лиц, совершивших законченный суицид[33, 34, 35, 36].

Расстройство употребления алкоголя включает в себя алкогольную зависимость и злоупотребление алкоголем, которые могут быть диагностированы только при отсутствии зависимости. Злоупотребление определяется как повторное употребление алкоголя, приводящее к нарушению межличностных, социальных отношений и профессиональное функционирование, перед лицом физической опасности или юридических проблем, и продолжалось, несмотря на все вышеперечисленные риски. В нашей работе, мы изучали лиц с верифицированным диагнозом F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя» [37]. Алкогольная зависимость может быть диагностирована при наличии трех и более из перечисленных симптомов в 12-месячный период: наличие сильного желания или труднопреодолимой тяги к алкоголю; снижение способности контролировать количество и длительность потребления алкоголя; наличие абстинентного синдрома при прекращении (или снижении количества) потребления алкоголя; повышение толерантности к алкоголю; поглощение употреблением алкоголя, который занимает центральное место в интересах пациента; пациент продолжает потреблять алкоголь, не смотря на осознание вреда.

На существовании связи между употреблением алкоголя и суицидальным поведением, указывал еще Э. Крепелин [38]. В дальнейшем это утверждение было более убедительно обосновано в 1960-х годов [39, 40, 41] и подтверждено в последние годы [42, 43]. Различные классические исследования выявили большую распространенность самоубийств среди лиц, страдающих алкогольной

---

[33] Ferrada-Noli, M.; Ormstad, K.; Asberg, M. Pathoanatomic findings and blood alcohol analysis at autopsy (BAC) in forensic diagnoses of undetermined suicide. A cross-cultural study. Forensic Sci. Int. 1996, 78, 157-163.

[34] Ohberg, A.; Vuori, E.; Ojanpera, I.; Lonngvist, J. Alcohol and drugs in suicides. Br. J. Psychiatry 1996, 169, 75-80.

[35] Varnik, A.; Kolves, K.; Vali, M.; Tooding, L.M.; Wasserman, D. Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? Addiction 2007, 102, 251-256.

[36] Garlow, S.J. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. Am. J. Psychiatry 2002, 159, 615-619.

[37] Коллектив авторов. Психические расстройства и расстройства поведения(F00 - F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. - 512 с

[38] Kraepelin, E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte, 6. vollständig umgearbeitete Auflage. Zweiter Band, Klinische Psychiatrie; Verlag von Johann Ambrosius Barth: Leipzig, Germany, 1899.

[39] Reimer, F. Alkohol und Selbstmord bei Seeleuten (Alcoholism and suicide in sailors). Offentl.Gesundheitsdienst 1964, 26, 423-426.

[40] Stenback, A.; Achte, K.A.; Rimon, R.H. Physical disease, hypochondria, and alcohol addiction in suicides committed by mental hospital patients. Br. J. Psychiatry 1965, 111, 933-937.

[41] James, I.P. Blood alcohol levels following successful suicide. Q. J. Stud. Alcohol 1966, 27, 23-29.

[42] Bernal, M.; Haro, J.M.; Bernert, S.; Brugha, T.; de Graaf, R.; Bruffaerts, R.; Lepine, J.P.; de Girolamo, G.; Vilagut, G.; Gasquet, I.; Torres, J.V.; Kovess, V.; Heider, D.; Neeleman, J.; Kessler, R.; Alonso, J. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. J. Affect Disord. 2007, 101, 27-34.

[43] Conner, K.R.; Duberstein, P.R. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. Alcohol Clin. Exp. Res. 2004, 28, 6S-17S.

зависимостью[44, 45, 46]. Меннингер К.А. рассматривал саму алкогольную аддикцию как форму хронического самоубийства, и как фактор, способствующий суицидальной попытке [47].

Исследователи, проводившие, как лонгитюдные, так и поперечные исследования агрегатного уровня, обычно сообщают о значимой, положительной связи между потреблением алкоголя и суицидом [48, 49, 50]. Метаанализ когортных исследований показал, что алкогольные и наркотические расстройства выраженной степени часто ассоциируются с суицидальным поведением[51]. Исследование, ориентированное на подростков, не выявило причинно-следственных связей связи между алкогольным поведением в целом и попытками суицида, но авторы сообщают о наличии значимой взаимосвязи между расстройствами, связанными с алкоголем, и попытками самоубийства [52]. В другом популяционном исследовании приводятся данные, что при наличии расстройств, связанных с потреблением алкоголя, чаще наблюдается суицидальное поведение, в частности лица, имеющие проблемы с алкоголем чаще находились на стадии планирования суицида[53].

Большинство исследований, посвященных употреблению алкоголя и суициду, были сосредоточены на суицидальной идее или попытке самоубийства, а не законченном самоубийстве, что связано с методологическими трудностями изучения законченных суицидов[54]. Встречаются немногочисленные работы исследователей, проведенные методом психологического вскрытия (метод включает сбор всей доступной информации о погибших посредством структурированных опросов членов семьи,

---

[44] Wilhelmsen, L.; Elmfeldt, D.; Wedel, H. Cause of death in relation to social and alcoholic problems among Swedish men aged 35−44 years. Acta Med. Scand. 1983, 213, 263-268.

[45] Knop, J.; Fischer, A. Duodenal ulcer, suicide, psychopathology and alcoholism. Acta Psychiatr. Scand. 1981, 63, 346-355.

[46] Fawcett, J.; Scheftner, W.; Clark, D.; Hedeker, D.; Gibbons, R.; Coryell, W. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. Am. J. Psychiatry 1987, 144, 35-40.

[47] Menninger, K.A. Man against Himself; Harcourt, Brace: New York, NY, USA, 1938.

[48] Caces, F.; Harford, T. Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United States, 1934–1987. J. Stud. Alcohol 1998, 59, 455-461.

[49] Pridemore, W.A.; Chamlin, M.B. A time-series analysis of the impact of heavy drinking on homicide and suicide mortality in Russia, 1956−2002. Addiction 2006, 101, 1719-1729.

[50] Razvodovsky, Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970−2005. Crisis 2007, 28, 61-66.

[51] Harris, E.C.; Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br. J. Psychiatry 1997, 170, 205-228.

[52] Chatterji, P.; Dave, D.; Kaestner, R.; Markowitz, S. Alcohol abuse and suicide attempts amongyouth. Econ. Hum. Biol. 2004, 2, 159-180.

[53] Scocco, P.; de Girolamo, G.; Vilagut, G.; Alonso, J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders—World Mental Health study. Compr. Psychiatry 2008, 49, 13-21.

[54] Flensborg-Madsen, T.; Knop, J.; Mortensen, E.L.; Becker, U.; Sher, L.; Gronbaek, M. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide—irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. Psychiatry Res. 2009, 167, 123-130.

родственников или друзей, а также посещения медицинского персонала, кроме того, информация собирается из имеющихся медицинских и психиатрических записей, других документов и судебно-медицинской экспертизы), которые также показывают связь между потреблением алкоголя и суицидальным поведением[55,56]. Несмотря на ограниченную статистическую мощь, в исследованиях проводимых методом психологического вскрытия в разных странах на протяжении разных десятилетий последовательно документировались что расстройства настроения и потребления психоактивных веществ, в частности алкоголизм, являются наиболее распространенными у лиц, совершавших по крайней мере одну суицидальную попытку [57,58,59,60]. Связь между употреблением алкоголя и самоубийствами также была показана с в обзорных исследованиях потребления алкоголя в различных странах мира [61, 62]. Результаты ряда популяционных исследований из нескольких европейских стран указывают на более сильное влияние потребления алкоголя на суицид в странах с низким уровнем потребления спирта на душу населения, чем в странах с высоким уровнем потребления[63, 64, 65, 66, 67]. Несколько исследований типа «случай-контроль» на индивидуальном уровне показали высокую распространенность злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости среди жертв самоубийств [68, 69]. Колвес К. и соавторы также сообщают, что 68% мужчин и 29% женщин, совершивших самоубийство, ретроспективно

---

[55] Cavanagh, J.T.; Carson, A.J.; Sharpe, M.; Lawrie, S.M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol. Med. 2003, 33, 395-405.

[56] Lesage, A.D.; Boyer, R.; Grunberg, F.; Vanier, C.; Morissette, R.; Menard-Buteau, C.; Loyer, M. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. Am. J. Psychiatry 1994, 151, 1063-1068.

[57] Rich, C.L.; Ricketts, J.E.; Fowler, R.C.; Young, D. Some differences between men and women who commit suicide. Am. J. Psychiatry 1988, 145, 718-722.

[58] Barraclough, B.; Bunch, J.; Nelson, B.; Sainsbury, P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br. J. Psychiatry 1974, 125, 355-373.

[59] Duberstein, P.R.; Conwell, Y.; Caine, E.D. Age differences in the personality characteristics of suicide completers: preliminary findings from a psychological autopsy study. Psychiatry 1994, 57, 213-224.

[60] Conwell, Y.; Duberstein, P.R.; Cox, C.; Herrmann, J.H.; Forbes, N.T.; Caine, E.D. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. Am. J. Psychiatry 1996, 153, 1001-1008.

[61] Gruenewald, P.J.; Ponicki, W.R.; Mitchell, P.R. Suicide rates and alcohol consumption in theUnited States, 1970−89. Addiction 1995, 90, 1063-1075.

[62] Lester, D. The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations. Alcohol Alcohol. 1995, 30, 465-468.

[63] Norstrom, T. Alcohol and suicide in Scandinavia. Br. J. Addict 1988, 83, 553-559.

[64] Skog, O.J. Alcohol and suicide in Denmark 1911−24—experiences from a ‘natural experiment’. Addiction 1993, 88, 1189-1193.

[65] Rossow, I. Suicide, alcohol, and divorce; aspects of gender and family integration. Addiction 1993, 88, 1659-1665.

[66] Ramstedt, M. Alcohol and suicide in 14 European countries. Addiction 2001, 96, S59-S75.

[67] Norstrom, T.; Ramstedt, M. Mortality and population drinking: a review of the literature. Drug Alcohol Rev. 2005, 24, 537-547.

[68] Kolves, K.; Varnik, A.; Tooding, L.M.; Wasserman, D. The role of alcohol in suicide: a casecontrol psychological autopsy study. Psychol. Med. 2006, 36, 923-930.

[69] , Pirkola, S.P.; Isometsa, E.T.; Heikkinen, M.E.; Lonnqvist, J.K. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. Alcohol Alcohol. 2000, 35, 70-75.

соответствовали критериям, по которым можно было бы предположить у нех наличие злоупотребления алкоголем или алкогольную зависимость [70].

Распространенность суицидальных попыток, независимо от намерения умереть, у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью превышает распространенность в общей популяции. По данным ряда авторов, около 40% из всех пациентов, обращающихся за лечением от алкогольной зависимости, сообщают, по крайней мере, об одной попытке суицида в различные периоды жизни [71, 72, 73]. Бек А. и соавторы обнаружили, что алкоголизм был самым сильным одиночным предиктором последующего завершенного суицида в выборке лиц, имеющие в анамнезе попытку суицида [74,75].

В 1997 году Харрис Е.К. и соавторы в метаанализе проанализировали работы, связанные с алкогольной зависимостью и злоупотреблением алкоголем, охватывающие население свыше 45 000 человек отдельные лица [76]. Они обнаружили, что риск самоубийства в указанной группе, почти в шесть раз выше, чем в основной популяции, при этом, суицидальный риск для женщин был в 20 раз выше, чем для мужчин. Мерфи Г.Е. и соавторы изучили 50 случаев самоубийств и обнаружили, что расстройство употребления алкоголя было основным диагнозом у 23% суицидентов и сопутствующим диагнозом в 37% случаев [77]. Конвелл Ю. и соавторы провели исследование в Нью-Йорке и выявили, что злоупотребление алкоголем присутствовало в анамнезе у 56% лиц, совершивших самоубийство [78].

Лайт Д.М. и соавторы исследовали связь между употреблением алкоголя и суицидальным поведением с помощью данных лонгитюдных исследований учащихся младших и старших классов средней школы, проживающих в пригороде [79]. Результаты исследования указывают на возможное наличие

---

[70] Kolves, K.; Varnik, A.; Tooding, L.M.; Wasserman, D. The role of alcohol in suicide: a casecontrol psychological autopsy study. Psychol. Med. 2006, 36, 923-930.

[71] Anderson, B.A.; Howard, M.O.; Walker, R.D.; Suchinsky, R.T. Characteristics of substanceabusing veterans attempting suicide: a national study. Psychol. Rep. 1995, 77, 1231-1242.

[72] Koller, G.; Preuss, U.W.; Bottlender, M.; Wenzel, K.; Soyka, M. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2002, 252, 155-160.

[73] Roy, A. Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. J. Affect Disord. 2003, 77, 267-271.

[74] Beck, A.T.; Steer, R.A. Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. J. Affect Disord. 1989, 17, 203-209.

[75] Beck, A.T.; Steer, R.A.; Trexler, L.D. Alcohol abuse and eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of alcohol-abusing suicide attempters. J. Stud. Alcohol 1989, 50, 202-209.

[76] Harris, E.C.; Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br. J. Psychiatry 1997, 170, 205-228.

[77] Murphy, G.E.; Wetzel, R.D.; Robins, E.; McEvoy, L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch. Gen. Psychiatry 1992, 49, 459-463.

[78] Conwell, Y.; Duberstein, P.R.; Cox, C.; Herrmann, J.H.; Forbes, N.T.; Caine, E.D. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. Am. J. Psychiatry 1996, 153, 1001-1008.

[79] Light, J.M.; Grube, J.W.; Madden, P.A.; Gover, J. Adolescent alcohol use and suicidal ideation: a nonrecursive model. Addict. Behav. 2003, 28, 705-724.

причинно-следственной связи между расстройствами, связанными с приемом алкоголя и суицидальным поведением у подростков мужского и женского пола. Однако полученные результаты ограничены несколькими факторами. Во – первых, все испытуемые, принявшие участие в исследовании, на момент исследования уже имели проблемы, связанные с потреблением алкоголя, вплоть до алкогольной зависимости. Во – вторых, подростковые суициды в регионе проживания исследуемых лиц (штат Каролина, Соединенные Штаты Америки) не являются распространенной проблемой. В – третьих, методом исследования было наблюдение, что не позволяет указать на наличие причинно следственных связей. Другое исследование было проведено Своном М.Х и соавторами. Ученые исследовали взаимосвязи между инициацией употребления алкоголя в подростковом возрасте и последующим суицидальным поведением среди подростков мужского и женского пола. Был проведен поперечный срез более чем 13 000 старшеклассников в США. Авторы пришли к выводу, что инициация употребления алкоголя в детском возрасте была значимо ассоциируема с суицидальными мыслями и попытками самоубийства при взрослении, по сравнению с лицами, не употреблявших алкоголь в детском возрасте. Однако в конечной многомерной модели повышенная вероятность суицидальные идеи и попытки самоубийства также были значительно связаны с депрессивными проявлениями, сексуальным насилием, физическим насилием и другими факторами [80]. Аналогичные результаты были получены в результате сравнительного анализа данных о подростковом употреблении алкоголя при сравнении подростков, которые употребляют алкоголь и нет [81]. Мёрфи Г.Е. и Ветцел Р.Д. также в своей работе указывают, что у лиц, страдающих хронической алкогольной зависимостью вероятность законченной суицидальной попытки в 60-120 раз выше, чем у психически здоровых лиц [82].

Таким образом, можно сделать заключение, что расстройства, связанные с приемом алкоголя и алкогольная зависимость рассматриваются как фактор суицидального риска. Но при этом, взаимосвязь носит сложный и многогранный характер, что выражается в том, что далеко не у всех лиц, страдающих алкогольной зависимостью имеет место суицидальное поведение. Не смотря на наличие большого количества публикаций, есть мнение о недостаточности разработанности темы суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью и мы можем к нему присоединиться. Липси М.В. и соавторы провели обзор литературы, касающийся темы насилия и

[80] Swahn, M.H.; Bossarte, R.M. Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 youth risk behavior survey. J. Adolesc. Health 2007, 41, 175-181.
[81] Chatterji, P.; Dave, D.; Kaestner, R.; Markowitz, S. Alcohol abuse and suicide attempts among youth. Econ. Hum. Biol. 2004, 2, 159-180.
[82] Murphy, G.E.; Wetzel, R.D. The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch. Gen. Psychiatry 1990, 47, 383-392.

потребления алкоголя и сделали заключения, что исследование причинно-следственной роли потребления алкоголя в суицидальном поведении является недостаточным, вопрос остается открытым[83]. Описанные феномены создают почву для дальнейших исследований и определения дополнительных факторов риска, а также опосредующих предикторов, которые с большей вероятностью позволят проводить профилактику суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

1.3 Социальные и психологические факторы риска суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

Опираясь на динамическую модель суицидального процесса, можно предположить, что в большинстве случаев, путь от появления невнятных суицидальных мыслей к суицидальной попытке занимает довольно продолжительное время, что делает крайне важной и актуальной раннюю диагностику суицидального риска. В нашей работе мы выделили социальные и психологические факторы суицидального риска. К социальным факторам риска можно отнести гендерную принадлежность, возраст, социальный статус, материальное благополучие и другие. Психологические факторы риска включают в себя особенности протекания психических процессов, психических состояний, а также наличие и выраженность отдельных черт личности.

В рамках концепции суицидального риска Б.С. Положего отсутствие социальной поддержки, религиозные убеждения и отсутствие собственной семьи можно отнести к детерминантам второго порядка – факторы, предрасполагающие к суицидальному поведению, но не являются обязательными условиями возникновения суицидального поведения. Социальное неблагополучие, безработицу, социальные кризисы, эмиграцию, этнокультурные факторы ученый относит к детерминантам третьего ранга[84]. Автор высказывает предположение, что при росте неблагоприятных социальных условий, резко возрастает риск суицидального поведения у лиц, имеющих соответствующую предрасположенность (в рамках концепции суицидального диатеза).

Ряд исследователей изучали половые особенности суицидального риска у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Мерфи Г.Е. и соавторы

---

[83] Lipsey, M.W.; Wilson, D.B.; Cohen, M.A.; Derzon, J.H. Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. In Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues; Galanter, M., Begleiter, H., Eds.; Plenum Press: New York, NY, USA, 1997; pp. 245-282

[84] Положий Борис Сергеевич Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. №1 (18). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptualnaya-model-suitsidalnogo-povedeniya (дата обращения: 17.01.2020).

указывают на половые различия в суицидальном риске, которые, по мнению авторов, обусловлены общественным отношением к женщинам, которое санкционирует возможность женщины обратиться за помощью, а также особенности менталитета женщин, позволяющих воспользоваться возможностью получить помощь [85, 86, 87]. При этом, обращение мужчины за аналогичной психологической помощью порицались, что делало мужчин более уязвимыми и обеспечивало рост влияния потребления алкоголя на суицидальное поведение. Следует уточнить, что указанные тенденции характерны для западного типа общества, который также характерен для ряда регионов России и не применимы к обществам с иным менталитетом [88]. Однако в более поздних исследованиях не удалось обнаружить влияние пола на связь между алкогольной зависимостью и серьезными суицидальными попытками [89].

Социологические интерпретации включают в себя гипотезу о том, что острое употребление алкоголя приводит к усилению социальной напряженности [90]. Различные авторы описывают вклад различных социальных факторов в суицидальный риск лиц, страдающих хронической алкогольной зависимостью. Например, ряд авторов выделяют безработицу, наличие долгов и социальную изоляцию[91, 92].

Прюсс У.В. и соавторы в крупном исследовании с участием 3190 человек с алкогольной зависимостью, продемонстрировали связь между попытками самоубийства и такими социальными факторами, как отсутствие постоянного места работы, недавний развод или размолвка с супругом и невысокий уровень образования [93].

Немало работ посвящено взаимосвязи семейных отношений и суицидального риска. Гроллман Е. и соавторы в своей работе указывает, что семейные отношения взаимосвязаны с суицидальным риском. По мнению авторов, в наименьшей степени суицидальному риску подвержены супружеские

---

[85] Murphy, G.E. Why women are less likely than men to commit suicide. Compr. Psychiatry 1998, 39, 165-175.

[86] Murphy, G.E.; Armstrong, J.W., Jr.; Hermele, S.L.; Fischer, J.R.; Clendenin, W.W. Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. Arch. Gen. Psychiatry 1979, 36, 65-69.

[87] Robins, E.; Gassner, S.; Kayes, J.; Wilkinson, R.H., Jr.; Murphy, G.E. The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. Am. J. Psychiatry 1959, 115, 724-733.

[88] Canetto, S.S.; Lester, D. Gender and the primary prevention of suicide mortality. Suicide Life Threat Behav. 1995, 25, 58-69.

[89] Conner, K.R.; Beautrais, A.L.; Conwell, Y. Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: analyses of Canterbury Suicide Project data. Alcohol Clin. Exp. Res. 2003, 27, 1156-1161.

[90] Skog, O.J. Alcohol and suicide-Durkheim revisited. Acta Sociol. 1991, 34, 193-20

[91] Magne Ingvar, U.; Ojehagen, A.; Traskman Bendz, L. Suicide attempters with and without reported overconsumption of alcohol and tranquillizers. Nord J. Psychiatry 1997, 51, 415-421.

[92] Merrill, J.; Milner, G.; Owens, J.; Vale, A. Alcohol and attempted suicide. Br. J. Addict. 1992, 7, 83-89.

[93] Preuss, U.W.; Schuckit, M.A.; Smith, T.L.; Danko, G.P.; Buckman, K.; Bierut, L.; Bucholz, K.K.; Hesselbrock, M.N.; Hesselbrock, V.M.; Reich, T. Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. Alcohol Clin. Exp. Res. 2002, 26, 471-477.

пары, среди которых еще меньше – пары, имеющие детей. Наибольший риск у лиц, никогда не состоявших в браке, вдовцов и вдов и разведенных [94]. Копелло А.Г. и соавторы в своем обзоре пришли к выводу: что люди с расстройствами употребления наркотиков и алкоголя часто ведут себя деструктивно по отношению к родственникам и семьям [95]. При этом, наиболее страдают близкие родственники и члены семьи: дети, партнеры, братья и сестры, родители [96].

Вольк-Вассерман Д. указывает, что пациенты, злоупотребляющие психоактивными веществами, обычно разрывают отношения со значимым людьми непосредственно перед суицидальной попыткой, что может быть дополнительным фактором риска суицидального поведения. Можно предположить, что недавний разрыв отношений может быть фактором суицидального риска[97]. При этом, суицидальные намеки или угрозы со стороны лица, имеющего алкогольную или наркотическую зависимость обычно не воспринимались партнёром всерьез, даже когда ранее имела место попытка самоубийства. Также автор указывает, что родители лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами и совершающих суицидальные попытки, опасаясь, что их дети совершат самоубийство, часто показывают симптомы неврозов.

Маршал М.П. выдвинул две конкурирующие гипотезы, связанные с расстройством употребления алкоголя и семейным функционированием: 1) алкогольная зависимость деструктивно влияет на брак; 2) расстройство употребления алкоголя является вторичным по отношению к супружеской дисфункции и имеет тенденцию стабилизировать брак и, возможно, предотвратить его распад [98]. В ходе проведения исследования, результаты частично подтвердили, что употребление алкоголя негативно влияет на супружеские отношения, является одной из возможных причин более высокого уровня насилия в браке.

Веллеман Р. и Темплтон Л. исследовали семейные отношения лиц мужского пола, злоупотреблявших алкоголем и совершивших в дальнейшем суицид, а также описали влияние на сыновей и дочерей наркотизации и алкоголизации их родителей. Авторы указывают, что потомки лиц с алкогольной зависимостью с большей вероятностью испытывают чувство

---

[94] Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. 2-nd ed. – Beacon: Hill Press, 1988. – 457 p.
[95] Copello, A.G.; Velleman, R.D.; Templeton, L.J. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. Drug Alcohol Rev. 2005, 24, 369-385.
[96] Velleman, R.; Templeton, L. Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. Eur. Addict. Res. 2003, 9, 103-112.
[97] Wolk-Wasserman, D. Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. Acta Psychiatr. Scand. 1986, 73, 481-499.
[98] Marshal, M.P. For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. Clin. Psychol. Rev. 2003, 23, 959-997.

вины, отстранены от родителей, избегают общения с ними. Такие дети рано начинают уходить из дома. При этом неблагоприятный семейный климат негативно влияет на психологическое состояние лица, злоупотребляющего алкоголем и создает дополнительную нагрузку, что может усилить суицидальный риск[99]. Авторы также указывают, что супруги будущих суицидентов, злоупотреблявших алкоголем, значительно чаще реагировали на напряженные отношения с детьми гневом, чем мужчины, в будущем совершившие самоубийство, а также чем супруги мужчин, которые не совершили самоубийство в будущем. Таким образом, можно предположить, что негативные отношения в семье связаны с суицидальным риском. Дети родителей с расстройством употребления алкоголя, которые завершили жизнь самоубийством с меньшей вероятностью чувствовали себя виноватыми или брошенными, чем дети, совершившие самоубийство, не связанное с алкоголем. Также ученые заметили, что злоупотребление алкоголем перед самоубийством изменяет аффективные реакции на суицид у супругов и детей суицидента. При этом реакция родственников суицидента на суицид сильно зависит от характера самого суицида. Эмоциональные реакции у выживших различаются, причем супруги и родители страдают значительно больше, чем дети, независимо от возраста детей [100]. Родители суицидента проявляли больше печали, депрессивных переживаний, испытывали чувства бессилия и вины, в то время как супруги чувствовали себя более покинутыми и злыми. Их гнев был направлен на суицидента значительно больше, чем у супругов, чей суицидальный партнер не имел проблем с алкоголем[101]. Указанные данные позволяют ретроспективно оценить отношения в семьях лиц, страдающих алкоголизмом как негативные, что в том числе могло стать фактором риска суицидального поведения. К сожалению, на настоящий момент данный вопрос остается открытым.

Среди психологических коррелятов или факторов суицидального риска наиболее часто рассматриваются расстройства эмоций[102,103], тревожность[104],

---

[99] Velleman, R.; Templeton, L. Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. Eur. Addict. Res. 2003, 9, 103-112.

[100] Tall, K.; Kolves, K.; Sisask, M.; Varnik, A. Do survivors respond differently when alcohol abuse complicates suicide? Findings from the psychological autopsy study in Estonia. Drug Alcohol Depend. 2008, 95, 129-133.

[101] Worden, J.W. Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner; Hove: New York, NY, USA, 2001.

[102] Bernal, M.; Haro, J.M.; Bernert, S.; Brugha, T.; de Graaf, R.; Bruffaerts, R.; Lepine, J.P.; de Girolamo, G.; Vilagut, G.; Gasquet, I.; Torres, J.V.; Kovess, V.; Heider, D.; Neeleman, J.; Kessler, R.; Alonso, J. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. J. Affect Disord. 2007, 101, 27-34.

[103] Möller, H.J. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2003, 108, 73-80.

[104] Allebeck, P.; Allgulander, C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behavior and substance abuse. Acta Psychiatr. Scand. 1990, 81, 565-570.

депрессивные проявления[105]. Корнелиус Д.Р. и др. указывают, что пациенты, имеющие алкогольную зависимость, должны быть оценены на предмет суицидальных мыслей всякий раз, когда у них наблюдается наличие депрессивных или тревожных переживаний, когда у них наблюдается рецидив алкоголизации, а также всякий раз, когда в их жизни имело место социальное потрясение – развод, потеря близкого человека и другие[106]. При этом, некоторые аффективные нарушения сами по себе могут быть связаны с потреблением алкоголя [107,108].

Некоторые авторы описывают наличие взаимосвязи между употреблением алкоголя, импульсивностью и риском самоубийства [109,110]. Импульсивные попытки самоубийства часто встречаются у пациентов с расстройствами, связанными с потреблением алкоголя [111, 112]. Войнар и др. исследовали корреляты импульсивных и неимпульсивных суицидальных попыток у 154 госпитализированных пациента с алкогольной зависимостью. О попытках суицида сообщили 43% опрошенных пациента, 62% из которых высоко оценили свою импульсивность. Единственный существенный фактор, который отличал пациентов, которые совершали импульсивные суицидальные попытки, от пациентов, у которых имели место неимпульсивные суицидальные попытки был более высокий уровень поведенческой импульсивности, как индивидуальной особенности испытуемого [113]. Состояние опьянения может спровоцировать нанесение себе телесных повреждений, не только за счет усиления импульсивности, но и за счет депрессивных мыслей и чувства безнадежности, которые могут быть спровоцированы злоупотреблением алкоголя, одновременно устраняя препятствующие суицидальному поведению поведенческие барьеры[114].

---

[105] Beautrais, A.L.; Joyce, P.R.; Mulder, R.T.; Fergusson, D.M.; Deavoll, B.J.; Nightingale, S.K. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. Am. J. Psychiatry 1996, 153, 1009-1014.

[106] Cornelius, J.R.; Clark, D.B.; Salloum, I.M.; Bukstein, O.G.; Kelly, T.M. Interventions in suicidal alcoholics. Alcohol Clin. Exp. Res. 2004, 28, 89S-96S.

[107] Widiger, T.A.; Frances, A.J.; Pincus, H.A.; First, M.B.; Ross, R.; Davis, W. DSM-IV Sourcebook; American Psychiatric Publishing: Washington, DC, USA, 1994.

[108] Sher, K.J.; Grekin, E.R. Alcohol and affect regulation. In Handbook of Emotion Regulation; Gross, J., Ed.; Guilford: New York, NY, USA, 2007; pp. 560-580.

[109] Conner, K.R. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. Suicide Life Threat Behav. 2004, 34, 89-98.

[110] Conner, K.R.; Duberstein, P.R. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. Alcohol Clin. Exp. Res. 2004, 28,
6S-17S.

[111] Ikeda, R.M.; Kresnow, M.J.; Mercy, J.A.; Powell, K.E.; Simon, T.R.; Potter, L.B.; Durant, T.M.; Swahn, M.H. Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. Suicide Life Threat Behav. 2001, 32, 60-67.

[112] Conner, K.R. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. Suicide Life Threat Behav. 2004, 34, 89-98.

[113] Wojnar, M.; Ilgen, M.A.; Czyz, E.; Strobbe, S.; Klimkiewicz, A.; Jakubczyk, A.; Glass, J.; Brower, K.J. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. J. Affect Disord. 2009, 115, 131-139.

[114] Skog, O.J. Alcohol and suicide-Durkheim revisited. Acta Sociol. 1991, 34, 193-206.

Одним из предикторов импульсивного суицидального поведения указали Саймон и др. Авторы обнаружили, что у людей, которые совершали импульсивные попытки самоубийства, выявлялись более высокие показатели агрессивного поведения, чем те, кто совершал неимпульсивные попытки самоубийства [115]. Они выдвинули гипотезу, что снижение поведенческого контроля, в значительной степени зависящее от таких факторов, как злоупотребление алкоголем, является важным фактора риска импульсивного суицидального поведения. По мнению автора, потребление алкоголя может привести к снижению контроля над импульсивностью, также затормаживая мышление и снижая способность планировать, а также сужая внимание, что в итоге повышают риск суицидальной попытки. Однако, несмотря на более высокие показатели импульсивных попыток и более высокий уровень летальности у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, степень употребления алкоголя не отличалось в момент совершения суицидальной попытки суицидентами, совершившими импульсивный суицид и лицами, совершившими заранее спланированный суицид [116,117, 118].

Еще одним фактором предлагают рассматривать степень расторможенности, возникающих в момент потребления алкоголя, которое заключается в снижении психологических и физиологических барьеров, которые в нормальном состоянии препятствуют самоповреждению[119]. По данным ряда авторов когнитивное сужение (суженное внимание, которое уменьшает количество вариантов при восприятии потенциальных решений) часто предшествует суицидальному поведению[120]. В дальнейших исследованиях подтвердилось, что алкоголь вызывает когнитивное сужение, затрудняющий процесс принятия решения, за счет снижения количества вариантов, что делает вероятным импульсивную суицидальную попытку[121].

---

[115] Simon, O.R.; Swann, A.C.; Powell, K.E.; Potter, L.B.; Kresnow, M.J.; O'Carroll, P.W. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. Suicide Life Threat Behav. 2001, 32,
49-59.

[116] Simon, O.R.; Swann, A.C.; Powell, K.E.; Potter, L.B.; Kresnow, M.J.; O'Carroll, P.W. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. Suicide Life Threat Behav. 2001, 32,
49-59.

[117] Conner, K.R.; Hesselbrock, V.M.; Schuckit, M.A.; Hirsch, J.K.; Knox, K.L.; Meldrum, S.; Bucholz, K.K.; Kramer, J.; Kuperman, S.; Preuss, U.; Soyka, M. Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. J. Stud. Alcohol 2006, 67, 95-101.

[118] Williams, R.L.; Gutsch, K.U.; Kazelskis, R.; Verstegen, J.P.; Scanlon, J. An investigation of relationships between level of alcohol use impairment and personality characteristics. Addict Behav. 1980, 5, 107-112.

[119] Kresnow, M.; Powell, K.E.; Webb, K.B.; Mercy, J.A.; Potter, L.B.; Simon, T.A.; Ikeda, R.M.; Frankowski, R. Assigning time-linked exposure status to controls in unmatched case-control studies: alcohol use and nearly lethal suicide attempts. Stat. Med. 2001, 20, 1479-1485.

[120] Shneidman, E.S. Definition of Suicide; Aronson: Northvale, NJ, USA, 1985.

[121] Steele, C.M.; Josephs, R.A. Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects. Am. Psychol. 1990,45, 921-933.

Было высказано предположение, что алкоголь может влиять на индивидуальное решение о законченном самоубийстве, но по данному вопросу проведено мало исследований.[122]

Хаффорд М.Р. предложил четыре гипотезы взаимоотношения суицидального поведения и злоупотребления алкоголем [123]: 1) усиление психологического дистресса, включая безнадежность, одиночество и депрессивные переживания; 2) увеличение вероятности и частоты агрессивного поведения, включая аутоагрессивное; 3) неоправдание ожиданий индивида подталкивающее развитие суицидальных идей к суицидальным действиям; 4) сужение внимания и подавление эффективных стратегий совладания со стрессом.

Как один из признаков досуицидального этапа Положий Б.С. выделяет периодическое состояние ангедонии, которое заключается в выраженном ослаблении положительных эмоций, которые не достигают уровня депрессии[124]. Расстройства настроения, в частности тревожные и депрессивные проявления могут рассматриваться в качестве факторов риска суицидального поведения.

Ряд авторов обнаружили, что долгосрочное клиническое течение тяжелой депрессии у подростков, коморбидное с алкогольной зависимостью, в подростковой популяции обеспечивало более высокий риск суицидальной попытки[125, 126]. Есть также данные, что алкогольная зависимость ухудшает реакцию пациентов на лечение антидепресантами, что может способствовать дополнительному суицидальному риску. В связи с чем, ключевым фактором профилактики самоубийств при выраженных депрессивных проявлениях рекомендуют срочную госпитализацию пациента, страдающего алкогольной зависимостью и имеющего выраженные аффективные нарушения [127].

Бартельс С.Д. и соавторы также сообщили, что употребление алкоголя коррелировало с депрессией и суицидальным поведением, при этом, депрессивные проявления в статистической модели внесли наибольший вклад в

---

[122] Hayward, L.; Zubrick, S.R.; Silburn, S. Blood alcohol levels in suicide cases. J. Epidemiol. Community Health 1992, 6, 256-260.

[123] Hufford, M.R. Alcohol and suicidal behavior. Clin. Psychol. Rev. 2001, 21, 797-811.

[124] Положий Борис Сергеевич Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. №1 (18). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptualnaya-model-suitsidalnogo-povedeniya (дата обращения: 19.01.2020).

[125] Cornelius, J.R.; Clark, D.B.; Bukstein, O.G.; Birmaher, B.; Salloum, I.M.; Brown, S.A. Acute phase and five-year follow-up study of fluoxetine in adolescents with major depression and a comorbid substance use disorder: a review. Addict Behav. 2005, 30, 1824-1833.

[126] Oslin, D.W. Treatment of late-life depression complicated by alcohol dependence. Am. J. eriatr. Psychiatry 2005, 13, 491-500.

[127] Hoyer, E.H.; Licht, R.W.; Mortensen, P.B. Risk factors of suicide in inpatients and recently discharged patients with affective disorders. A case-control study. Eur. Psychiatry 2009, 24, 317-321.

риск самоубийства[128]. Салливан Л.Е. и др. обнаружили, что проблемы с алкоголем чаще встречаются у людей с выраженными депрессивными проявлениями, чем в общей популяции [129]. Дюмас А. и соавторы обнаружили, что злоупотребление алкоголем, алкогольная зависимость, употребление или зависимость от психоактивных веществ повышают риск самоубийства у лиц с выраженными депрессивными проявлениями. Кроме того, более высокий уровень импульсивности и агрессии часто ассоциировался с самоубийством у пациентов с депрессивными переживаниями [130]. Ахаронович Е. и др. обнаружили, что депрессивные проявления и депрессии любой выраженности повышают риск возникновения попытка суицида у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ [131]. Тревожность и тревожные расстройства также указываются рядом исследователей, как важные факторы риска суицидального поведения[132,133].

Таким образом, взаимосвязь между злоупотреблением алкоголем и факторами риска суицидального поведения, к которым можно отнести расстройства настроения, депрессивные проявления и тревожность, а также некоторые социальные факторы риска, является сложной и многогранны, что требует дальнейшей разработки проблемы в эмпирических исследованиях.

---

[128] Bartels, S.J.; Drake, R.E.; McHugo, G.J. Alcohol abuse, depression, and suicidal behavior in schizophrenia. Am. J. Psychiatry 1992, 149, 394-395.

[129] Sullivan, L.E.; Fiellin, D.A.; O'Connor, P.G. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. Am. J. Med. 2005, 118, 330-341.

[130] Dumais, A.; Lesage, A.D.; Alda, M.; Rouleau, G.; Dumont, M.; Chawky, N.; Roy, M.; Mann, J.J.; Benkelfat, C.; Turecki, G. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. Am. J. Psychiatry 2005, 162, 2116-2124.

[131] Aharonovich, E.; Liu, X.; Nunes, E.; Hasin, D.S. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. Am J Psychiatry 2002, 159, 1600-1602.

[132] National Suicide Prevention Lifeline (2015). Suicide Risk Factors [online]. http://www.suicidepreventionlifeline.org/learn/riskfactors.aspx (Accessed October 16, 2015)

[133] American Association of Suicidology (2015). Warning Signs & Risk Factors [online]. http://www.suicidology.org/ncpys/warning-signs-risk-factors (Accessed October 16, 2015).

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

Таким образом, в первом параграфе первой главы мы рассмотрели основные концепции суицидального поведения, привели основные определения суицидального поведения и указали, что можно отнести к суицидальному поведению. Суицидальное поведение определяется, как поведение человека, включающее мысли о суициде, планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид. В своей работе мы придерживаемся концепции, что суицидальное поведение – динамический процесс, развитие которого чаще происходит течении длительного времени. Определяя самоубийство, мы ориентировались на определение, данное Всемирной организацией здравоохранения. Термины «самоубийство» и «суицид» мы рассматриваем как синонимичные, которые обозначают акт умышленного убийства самого себя. То есть – суицид – это законченная суицидальная попытка, независимо от намерения умереть. Опираясь на доклад Всемирной организации здравоохранения, мы определили суицидальную попытку, как любой вид суицидального поведения, сопровождающееся нанесением себе вреда, самоотравлением, нанесения себе травмы или иного повреждения, независимо от намерения и исхода попытки. Под самоповреждением мы понимаем действие, которое не направлено на убийство человека, а скорее на умышленное причинение вреда, например порез, часто с целью привлечь к себе внимание.

Во втором параграфе мы рассмотрели литературу, посвященную взаимосвязи суицидального поведения и расстройств потребления алкоголя, в том числе алкогольной зависимость и можем сделать заключение что расстройства, связанные с приемом алкоголя и алкогольная зависимость рассматриваются как самостоятельный фактор суицидального риска, который можно отнести к детерминантам второго порядка (в рамках концепции суицидального риска Б.С. Положего), то есть необаятельным условиям суицидального поведения, но делающим его вероятность более высокой. При этом взаимосвязь носит сложный и многогранный характер, что выражается в том, что далеко не у всех лиц, страдающие алкогольной зависимостью имеет место суицидальное поведение. Описанные феномены создают почву для дальнейших исследований и определения дополнительных факторов риска, а также опосредующих предикторов, которые с большей вероятностью позволят проводить профилактику суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

В третьем параграфе мы рассмотрели литературу, посвященную отдельным социальным и психологическим факторам риска суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Можно сделать заключение, что взаимосвязь между злоупотреблением алкоголем и факторами риска суицидального поведения носит сложный характер К факторам риска можно отнести сниженный фон настроения, депрессивные проявления, тревожность, импульсивность, отдельные индивидуальные черты личности, а также социальными факторы риска, к которым относится безработица, семейное положение, качество жизни и другие.

2 Эмпирическое исследование роли некоторых социальных и психологических факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

2.1 Организация эмпирического исследования

Суицидальное поведение является ведущей причиной смертности от внешних причин во всем мире[134].Ежегодно свыше миллиона жителей Земли совершают законченный суицид [135]. Для Российской Федерации суициды также продолжают оставаться одной из актуальных проблем[136]. Частота законченных суицидов в России в 2018 году составила 12,2 на 100 тысяч населения, что превышает общемировые показатели [137]. В Республике Башкортостан этот показатель превышает российский в 1,6 раза и составляет 19,9 на 100 тысяч населения[138]. При этом, некоторые авторы указывают на возможное ухудшение качества официальной статистики суицидов [139]. Один из перспективных путей снижения глобального воздействия самоубийств это выявление факторов риска, которые помогут предсказать возможное суицидальное поведение.

Весьма многочисленную группу риска суицидального поведения составляют пациенты наркологического профиля[140,141]. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 25–50% случаев жертвы самоубийства страдали расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, при этом из всех смертей от самоубийства 22% могут быть отнесены за счет употребления алкоголя[142]. Однако, далеко не все пациенты, страдающие алкогольной зависимостью в течении жизни

---

[134] Centers for Disease Control and Prevention (2011).Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. Retrieved fromwww.cdc.gov/injury/wisqars/index.html

[135] World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide: A framework. Geneva, Switzerland: WHO Press.

[136] Положий Б. С. Суицидальная ситуация в современной России//Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: Научно-практическая конференция: сборник материалов/Под ред. Г.П. Костюка. -2018. -С. 567-574.

[137] Сведения за октябрь-декабрь 2018г. выгружены из Единого государственного реестра записей актов гражданского состояния (ЕГР ЗАГС) 13.12.2018 года. [Электронный ресурс https://www.gks.ru/free_doc/2018/demo/t3_3.xls] (Дата обращения - 04.12.2019 г.)

[138] Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М. О состоянии психотерапевтической службы в республике башкортостан //Всероссийская научно-практическая конференция «Психотерапевтическая помощь. Достижения, задачи и перспективы». (Материалы конференции). - Уфа: с. 146, С.4

[139] Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Суициды и смертность от прочих отравлений: сравнительный анализ трендов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019; 2 (103): 47–54.

[140] Асадуллин А.Р., Асадуллина Г.М., Газизова Н.Р., Ахметова Э.А. Анализ суицидального поведения у потребителей «дизайнерских» наркотических средств // Педагогич. журн. Башкортостана. 2017. № 1. С. 112-117

[141] Радкевич, Л.А. Смертность от суицида и алкоголизма, зависимая от уровня потребления алкогольных напитков./Л.А. Радкевич, А.С. Кабанкин, Д.А. Радкевич//Исследования и практика в медицине. -2017. -Т. 4 (1). -С. 33-39.

[142] Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014.

демонстрируют суицидальное поведение. Это позволяет предположить, что есть дополнительный факторы, которые могут обуславливать суицидальный риск у лиц с алкогольной зависимостью.

В результате проведенного анализа источников, посвященных роли некоторых социальных и психологических факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью были сформулированы цель, гипотеза и задачи нашего исследования.

Цель исследования: определить роль некоторых социальных и психологических факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

Объект исследования: суицидальное поведение у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Предмет исследования: социальные и психологические факторы суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Гипотеза: мы предполагаем, некоторые социальные факторы (пол, возраст, наличие постоянного партнера, удовлетворенность семейными отношениями, удовлетворенность материальным благополучием, уровень образования) и психологические факторы (тревожность, депрессивные проявления) играют некоторую роль в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Задачи исследования:

1. Проанализировать современное состояние суицидального поведения, изучить основные концепции суицидального поведения в работах отечественных и зарубежных авторов
2. Подобрать и обосновать методы и методики, отвечающие целям и задачам исследования. Разработать критерии включения, невключения и исключения испытуемых в исследование.
3. Изучить и проанализировать роль психологических факторов, а именно депрессивных и тревожных переживаний в суицидальном поведении лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Оценить взаимосвязь суицидального поведения и тревожности, депрессивных проявлений.
4. Провести анализ роли социальных факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Осуществить гендерный анализ распространенности и интенсивности суицидального поведения. Изучить взаимосвязь возраста, уровня образования, успешности социального функционирования, удовлетворенности материальным состоянием и стабильности заработка, семейного положения испытуемого, а также удовлетворенности испытуемым семейными отношениями и наличия и интенсивности суицидальных проявлений.

Исследование проводилось в несколько этапов:

1. На первом этапе проведен обзор литературы, систематизированы собранные данные о суицидальном поведении лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

2. На втором этапе был определен состав выборки и необходимые для проверки гипотезы методики, описание которых будет приведено ниже.

3. На третьем этапе был осуществлен сбор данных. При сборе части материала были использованы унифицированные бланки. Сбор данных проходил на базе ГБУЗ Республиканского наркологического диспансера №1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан в феврале – октябре 2019 года.

4. На четвертом этапе была проведена обработка собранных материалов, а также были выбраны статистические методы анализа выборки.

5. На пятом этапе был проведен анализ выборки и сделаны выводы, подтверждающие предложенную гипотезу.

В исследование было включено 124 пациент в возрасте от 23 до 55 лет, средний возраст составил 41,52 ± 8,14 (Медиана = 41). Среди испытуемых 29% (36/124) женского пола, 71% (88/124) мужского пола. Все пациенты проходили курс стационарной терапии в Республиканском наркологическом диспансере №1 города Уфы в феврале – октябре 2019 года. Все испытуемые, попавшие в итоговую выборку, соответствовали критериям включения: наличие верифицированного диагноза F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя»; период наблюдения в наркологической службе более года; подписанное добровольное информированное согласие; возраст не младше 18 и не старше 55 лет. Критериями невключения стали: наличие на момент обследования абстинентного синдрома; пациент отвечает критериям диагностики зависимости от другого психоактивного вещества, кроме алкоголя и никотина; невозможность проведения клинического интервьюирования по другим причинам; наличие коморбидной психической патологи:, а также тяжелой соматической патологией сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. Критериями исключения из исследования стали**:** отказ от участия в исследовании, выявление в процессе клиническое интервьюирование критериев невключения.

Респонденты, в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных идей, были разделены на две группы. В группу лиц с наличием суицидальных идей – исследуемую попали 45 испытуемых, среди которых 35% (16/45) женского пола, 65% (29/45) мужского пола. В группу испытуемых без

суицидальных идей, контрольную группу, попали 79 пациентов, среди которых 25% (20/79) женского пола, 75% (59/79) мужского пола.

Для статистической обработки данных были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10, IBM SPSS STATISTICS 22. Обработка проводилась методами параметрического и непараметрического анализа.

Материалы и методы. Были использованы методы: теоретические методы, позволяющие анализировать литературу, соответствующую изучаемой проблеме; эмпирические методы, в виде психодиагностических методик; метод интервьюирования; а также методы обработки данных, включающие в себя: количественный (статистический) и качественный (дифференциация материала по группам, анализ) методы.

Для исследования суицидального поведения применялась Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений (Posner K., et al., 2007), которая позволяет выявить наличие суицидальных мыслей, а также их интенсивность[143].

Для оценки эмоционального состояния использовались следующие психометрические шкалы:

1. Для оценки выраженности депрессивных проявлений была использована Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS, Montgomery S.A., Asberg M., 1979) [144].

2. Для оценки выраженности тревоги у испытуемых была использована Шкала тревоги Гамильтона (1959)[145].

В ходе интервьюирования выявлялись следующие социальные факторы: гендерная принадлежность, возраст, семейное положение, удовлетворенность семейными взаимоотношениями, наличие постоянного заработка, удовлетворенность материальным положением, образование. Также применялась шкала социального функционирования (PSP) – валидная и достоверная шкала, позволяющая оценить степень социального функционирования пациента с психическим расстройством [146].

---

[143] Kelly Posner, Ph.D.; Maria A. Oquendo, M.D.; Madelyn Gould, Ph.D., M.P.H.; Barbara Stanley, Ph.D.; Mark Davies, M.P.H. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. Am J Psychiatry 2007;164:1035-1043. doi:10.1176/appi.ajp.164.7.1035

[144] Montgomery S.A., Asberg M.A., 1979 г.) [Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979; 134: 382-389

[145] Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology 32:50-55, 1959

[146] MorosiniPLetal. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routing social functioning. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 323-329.

Использованные в работе психодиагностические методики соответствуют международным стандартам проведения исследований в области суицидологии и валидизированы для применения в русскоязычных странах или неоднократно использовались в международных исследованиях на русскоязычной популяции.

2.2 Результаты эмпирического исследования

2.2.1 Роль социальных факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

В ходе интервьюирования выявлялись следующие социальные факторы: б гендерная принадлежность, возраст, семейное положение, удовлетворенность семейными взаимоотношениями, наличие постоянного заработка, удовлетворенность материальным положением, образование. Также применялась шкала социального функционирования (PSP).

Для оценки взаимосвязи гендерной принадлежности и суицидального риска, у лиц с хронической алкогольной зависимостью мы решили оценить частоту встречаемости наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида (прерванной или остановленной). Для проведения частотного анализа был применен критерий Хи-квадрат Пирсона. Результаты представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1- Результаты частотного сравнения распространенности суицидального поведения у лиц женского и мужского пола

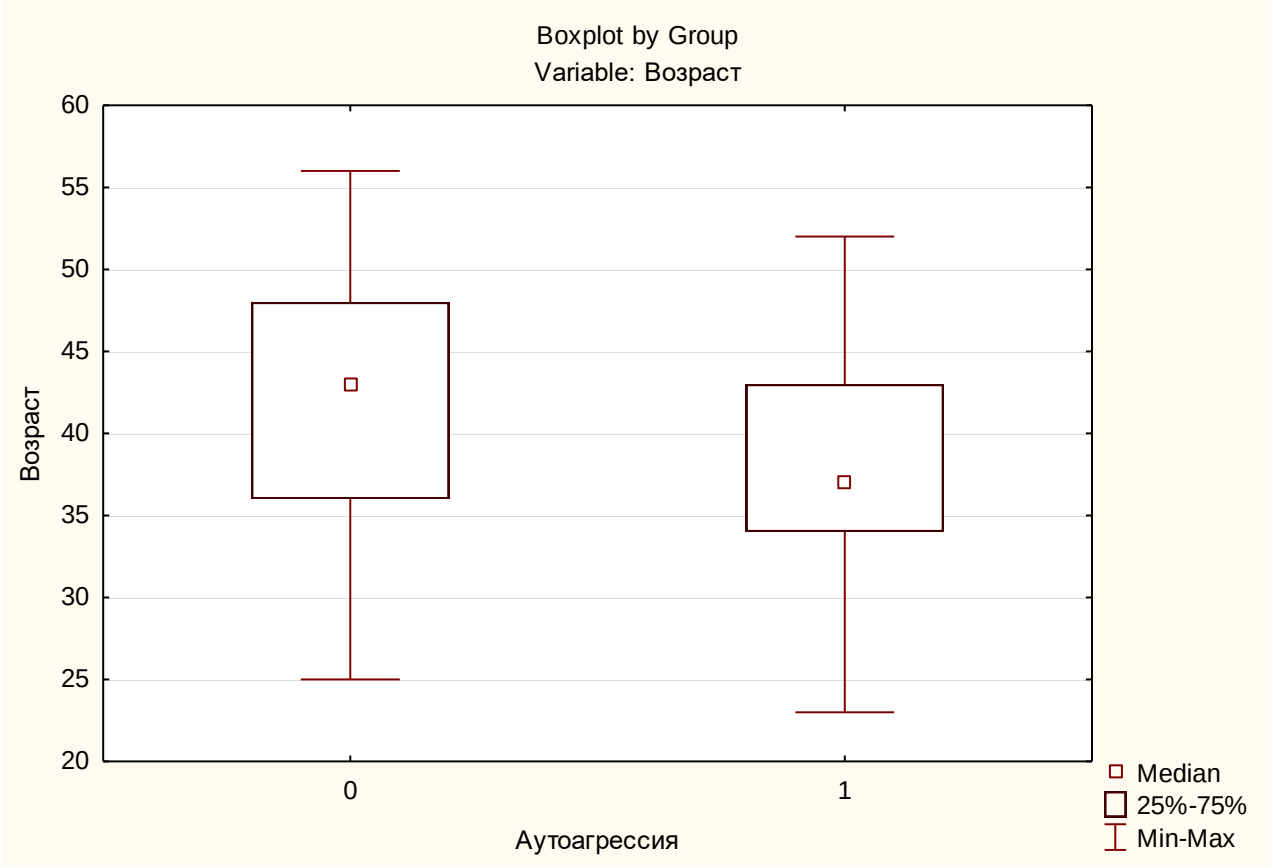
№		% (N), лица мужского пола	% (N), лица женского пола	Значение Хи-квадрата Пирсона	p, Хи-квадрат Пирсона
1.	Суицидальные идеи	33%(29/88)	44%(16/36)	1,459	0,3
2.	Аутоагрессивное поведение	20%(18/88)	22% (8/36)	0,048	0,8
3.	Попытка суицида	11%(10/88)	19%(7/36)	1,410	0,25

По результатам, представленным в таблице, можно видеть, что распространенность наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида в нашей выборке одинаково распространены среди лиц мужского и женского пола. При сравнении интенсивности суицидальных идей у лиц мужского и женского пола

с применением U-критерия Манна - Уитни статистически значимых различий обнаружено не было (p=0,43).

Для исследования взаимосвязи возраста пациента и суицидального поведения было решено сравнить испытуемых в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных идей с применением U-критерия Манна – Уитни. При проведении анализа статистически значимых различий обнаружено не было.
Однако, при сравнении лиц с наличием в анамнезе самопорезов (8 лиц женского пола, 26 лиц мужского пола) и без (28 лиц женского пола и 70 мужского пола) с применением U-критерия Манна – Уитни, была получена статистически значимая разница (p=0,017). Испытуемые, имеющие в анамнезе самоповреждения в виде самопорезов на момент проведения исследования были младше, чем пациенты без самопорезов (Рисунок 2.1).

Рисунок 2.1 - Сравнение возраста испытуемых на момент обследования в зависимости от наличия аутоагрессивного поведения в анамнезе (самопорезов)

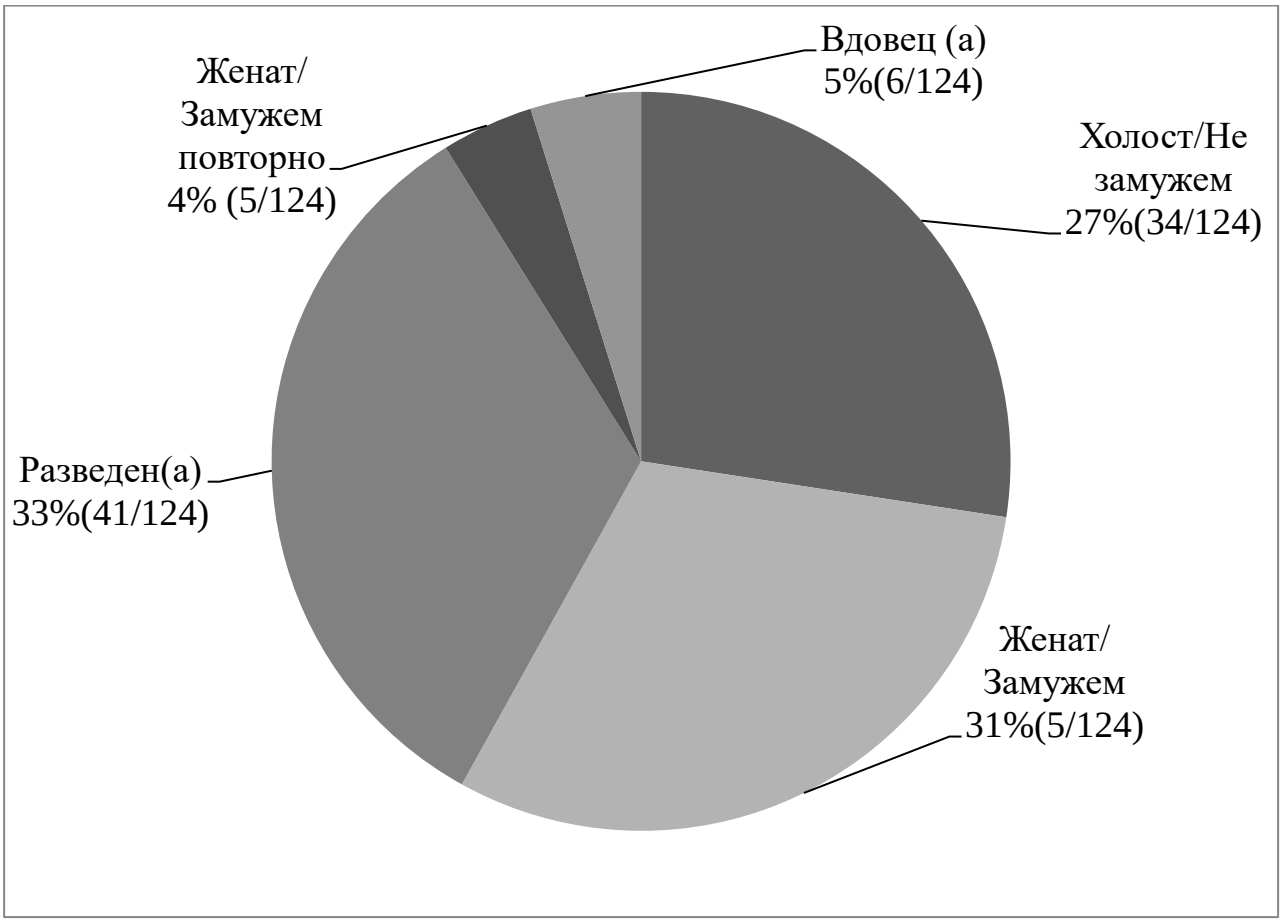


Данный феномен может быть объяснен тем, что у лиц, которые наносили себе самопорезы, также раньше формировалась развитая стадия алкоголизма (по данным анамнеза), следовательно, можно предположить, что эти пациенты раньше начали систематически потреблять алкоголь. Однако, следует сказать, что описанный феномен частично позволяет отнести более ранний возраст к

корреляту аутоагрессивного поведения, но не однозначному фактору риска суицидального поведения. При изучении взаимосвязи возраста испытуемого и интенсивности суицидальных идей с применением метода ранговой корреляции Спирмена, статистически значимой взаимосвязи выявлено не было (R=-0,04; p=0,65).

Мы решили изучить взаимосвязь семейного положения и удовлетворенности семейными отношениями на момент обследования и суицидального поведения респондента. Структура семейного положения испытуемых в выборке представлена на рисунке 2.2.

Рисунок 2.2 - Структура семейного положения респондентов



Для изучения взаимосвязи семейного положения и суицидального поведения, мы решили изучить распространенность суицидальных идей независимо от их выраженности, аутоагрессивного поведения в анамнезе, и попытки суицида в анамнезе у лиц с различным семейным положением был использован частотный анализ и критерий Фишера. Результаты представлены в таблице 2.2. При проведении частотного анализа с применением критерия Фишера, статистически значимых отличий в распространенности суицидального поведения обнаружено не было.

Таблица 2.2 –Встречаемость суицидального поведения у лиц с различным семейным положением

№	Семейное положение	%(N), наличие суицидальных идей	%(N), аутоагрессивное поведение	%(N), попытка суицида
1.	Холост/ Не замужем	38%(13/34)	26%(9/34)	15%(5/34)
2.	Женат / Замужем	30%(11/38)	18%(7/38)	13%(5/38)
3.	Разведен (а)	44%(18/41)	24%(10/41)	17%(7/41)
4.	Женат/Замужем повторно	20%(1/5)	0	0
5.	Вдовец (а)	33%(2/6)	0	0

Для сравнения интенсивности суицидальных идей в зависимости от семейного положения мы применили критерий Краскела-Уоллиса. При проведении анализа, статистически значимых различий между группами обнаружено не было (p=0,3).

Удовлетворенность семейными отношениями оценивалась по ранжированной пятибалльной шкале, где 1- не удовлетворен, 2 – скорее не удовлетворен, 3 – трудно определить, 4 – скорее удовлетворен, 5 – удовлетворен. При сравнении удовлетворённости семейными отношениями респондентов, находящихся в разном семейном положении с применением критерия Краскела-Уоллиса, статистически значимой разницы обнаружено не было. При изучении взаимосвязи удовлетворенности семейными отношениями и интенсивности суицидальных идей в исследуемой выборке с применением метода ранговой корреляции Спирмена. При проведении анализа статистически значимой связи обнаружено не было.

Таким образом, ассоциаций между суицидальным поведением и семейным положением, удовлетворенности семейными отношениями обнаружено не было.

Мы решили изучить взаимосвязи наличия постоянного места работы и удовлетворённости своим материальным положением и суицидального риска испытуемых. Структура занятости в исследуемой выборке представлена на рисунке 2.3.

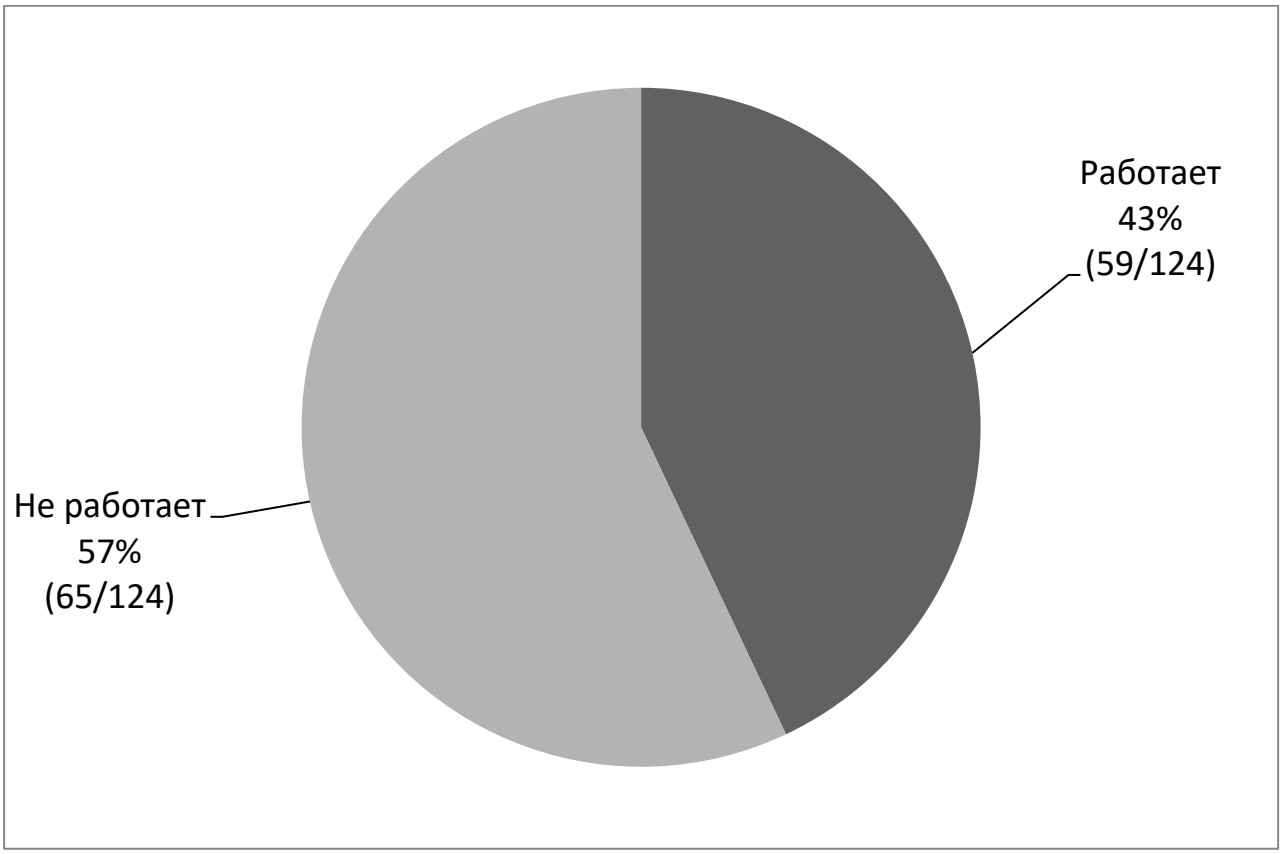
Мы решили оценить частоту встречаемости наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида (прерванной или остановленной) у лиц, имеющих работу и не

имеющих. Для проведения частотного анализа был применен критерий Хи-квадрат Пирсона. Результаты представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3- Результаты частотного анализа распространенности суицидального поведения у лиц женского и мужского пола

№		% (N), Работает	% (N), Не работает	Значение Хи-квадрата Пирсона	p, Хи-квадрат Пирсона
1.	Суицидальные идеи	34%(20/59)	38%(25/65)	0,279	0,59
2.	Аутоагрессивное поведение	22%(13/59)	20%(13/65)	0,077	0,78
3.	Попытка суицида	15% (9/59)	12%(8/65)	0,227	0,63

Рисунок 2.3- Структура занятости респондентов в выборке



По результатам, представленным в таблице, можно видеть, что распространенность наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида в нашей выборке одинаково распространены среди работающих и не работающих лиц. При

сравнении интенсивности суицидальных идей у работающих и не работающих лиц с применением U-критерия Манна - Уитни статистически значимых различий обнаружено не было (p=0,66).

Для оценки частоты встречаемости наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида (прерванной или остановленной) у лиц, удовлетворенных своим материальным положением и нет был применен критерий Хи-квадрат Пирсона. Результаты представлены в таблице 2.4.

Таблица 2.4- Результаты частотного сравнения распространенности суицидального поведения у лиц женского и мужского пола

№		% (N), Материально удовлетворены	% (N), Материально не удовлетворены	Значение Хи-квадрата Пирсона	p, Хи-квадрат Пирсона
1.	Суицидальные идеи	33%(25/76)	42%(20/48)	0,979	0,32
2.	Аутоагрессивное поведение	22%(17/76)	19%(9/48)	0,232	0,63
3.	Попытка суицида	13%(10/76)	14% (7/48)	0,051	0,82

По результатам, представленным в таблице, можно видеть, что распространенность наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида в нашей выборке одинаково распространены среди лиц удовлетворенных и не удовлетворенных своим материальным положением. При сравнении интенсивности суицидальных идей у лиц мужского и женского пола с применением U-критерия Манна - Уитни статистически значимых различий обнаружено не было (p=0,5).

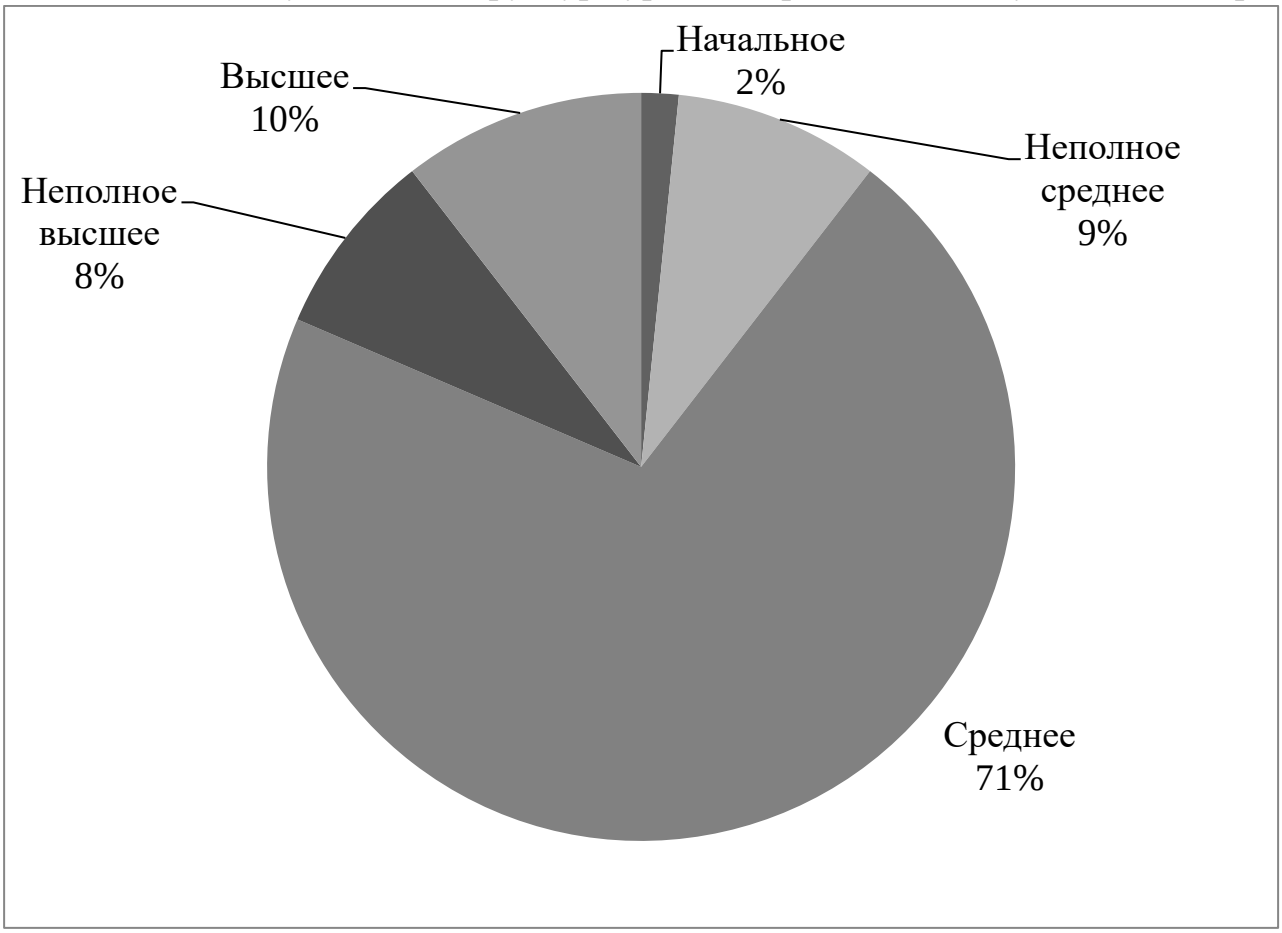
При анализе результатов, полученных с применением шкалы социального функционирования был применен метод ранговой корреляции Спирмена с помощью которого производился поиск корреляционных связей между интенсивностью суицидальных идей и результатами шкалы социального функционирования. Статистически значимых корреляционных связей выявлено не было. Можно предположить, что социальное функционирование не связано с интенсивностью суицидальных идей.

При сравнении респондентов с наличием суицидальных мыслей и без по результатам шкалы социального функционирования с применением U-критерия Манна-Уитни, статистически значимой разницы обнаружено не было.

Можно сделать вывод, что связей между результатами шкалы суицидального функционирования и суицидальным поведением в исследуемой выборке не обнаружено.

Мы решили исследовать взаимосвязь уровня образования и суицидального поведения у лиц, страдающих хронической алкогольной зависимостью. Структура уровня образования в изучаемой выборке представлена на рисунке 2.4.

Рисунок 2.4 - Структура уровня образования в изучаемой выборке



Для оценки частоты встречаемости наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида (прерванной или остановленной) у лиц с различным уровнем образования был использован частотный анализ и критерий Фишера. Результаты представлены в таблице 2.5. При проведении частотного анализа с применением критерия Фишера,

статистически значимых отличий в распространенности суицидального поведения обнаружено не было.

Таблица 2.5 - Встречаемость суицидального поведения у лиц с различным уровнем образования

№	Уровень образования	%(N), наличие суицидальных идей	%(N), аутоагрессивное поведение	%(N), попытка суицида
1.	Начальное	0	(0	0
2.	Неполное среднее	15%(4/26)	23%(6/26)	7%(2/26)
3.	Среднее	35%(31/88)	20%(18/88)	15%(13/88)
4.	Неполное высшее	60% (6/10)	10%(1/10)	10%(1/10)
5.	Высшее	31%(4/13)	7%(1/13)	7%(1/13)

Анализируя результаты, полученные в таблице, бросается в глаза более высокое процентное отношение суицидальных мыслей у лиц с неполным высшим образованием. Следует указать, что в данном случае результат не следует считать значимым в связи с небольшим количеством человек в описываемой группе.

При сравнении интенсивности суицидальных идей у лиц в зависимости от уровня образования применением критерия Краскела-Уоллиса, статистически значимых различий обнаружено не было (p=0,77).

Таким образом, в исследуемой выборке наличия взаимосвязей социальных факторов и суицидального риска выявлено не было. Значимая роль в суицидальном поведении обозначенных социальных факторов выявлено не было, что может быть связано с недостаточной величиной выборки.

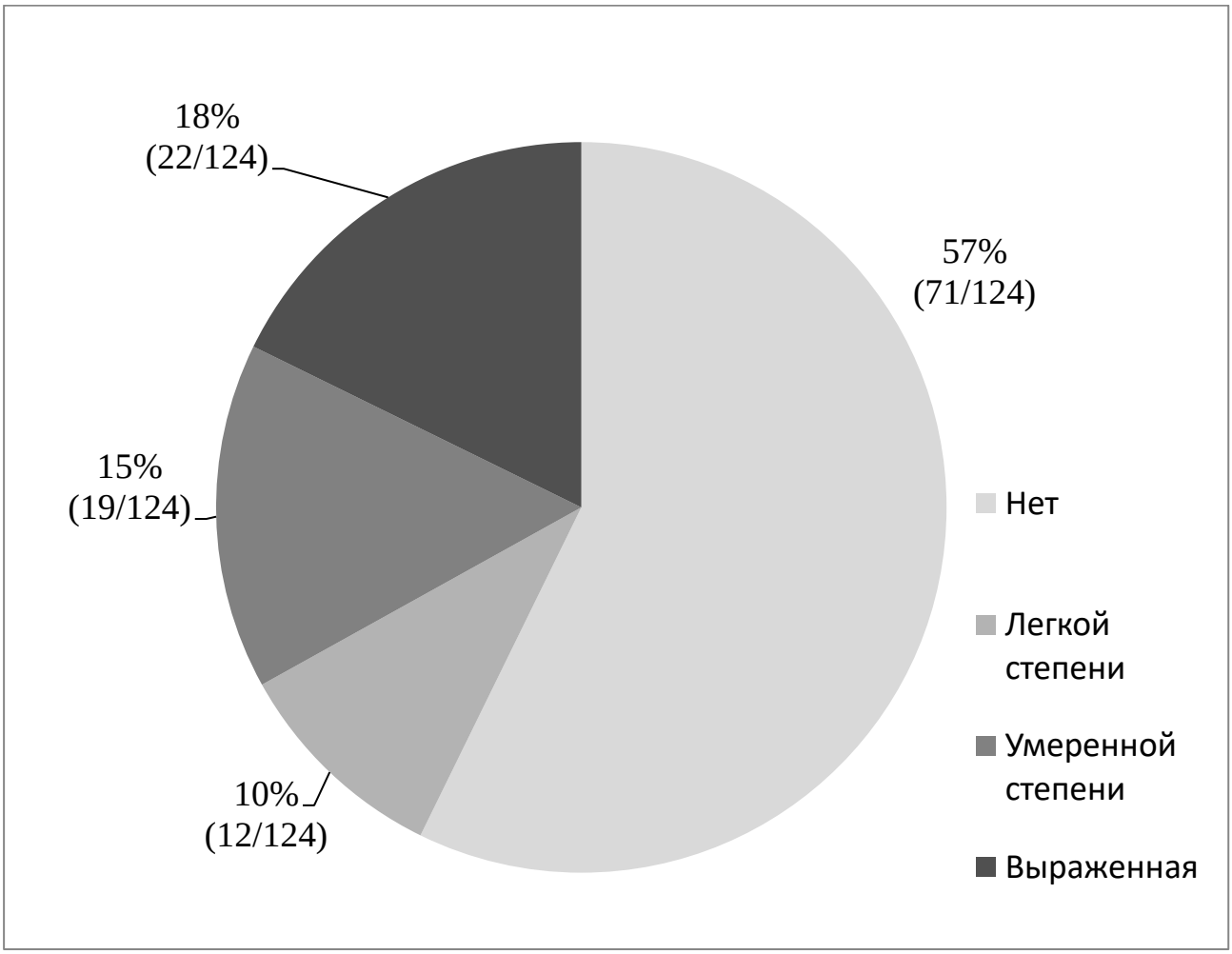
2.2.2 Роль психологических факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

В качестве психологических факторов мы рассматривали эмоциональное состояние испытуемых на момент проведения интервьюирования, а именно наличие и выраженность тревожности и наличие и выраженность депрессивных переживаний. Под понятием тревога мы подразумеваем наличие признаков тревожности, а не нозологическую единицу. Тревога, тревожное состояние и тревожность следует рассматривать как синонимы.

При сравнении групп в зависимости от наличия или отсутствия суицидальных идей, респонденты, как и ранее, были разделены на две группы. В группу лиц с наличием суицидальных идей – исследуемую попали 45 испытуемых, среди которых 35% (16/45) женского пола, 65% (29/45) мужского пола. В группу испытуемых без суицидальных идей, контрольную группу, попали 79 пациентов, среди которых 25% (20/79) женского пола, 75% (59/79) мужского пола.

При анализе данных, полученных при применении шкалы тревоги Гамильтона, были получены следующие результаты. У 45% (56/124) испытуемых были обнаружены признаки тревожности различной степени выраженности. Результаты представлены на рисунке 2.5.

Рисунок 2.5 - Структура тревожности в исследуемой выборке по степени выраженности



Как мы можем наблюдать на представленной диаграмме, большая часть испытуемых не имели признаков наличия тревоги. Выраженность тревоги оценивалась в соответствии с интерпретацией результатов Шкалы тревоги

Гамильтона, где результат до 14 баллов рассматривается как отсутствие тревожности, от 14 до 17 баллов – легкая или незначительная степень тревоги, от 18 до 24 – умеренная выраженность тревоги, от 25 до 30 баллов – выраженная тревога[147].

Для оценки частоты встречаемости наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида (прерванной или остановленной) у лиц с признаками наличия или отсутствия тревоги был применен критерий Хи-квадрат Пирсона. Результаты представлены в таблице 2.6.

Таблица 2.6– Результаты частотного анализа распространенности суицидального поведения у лиц с тревожностью и без

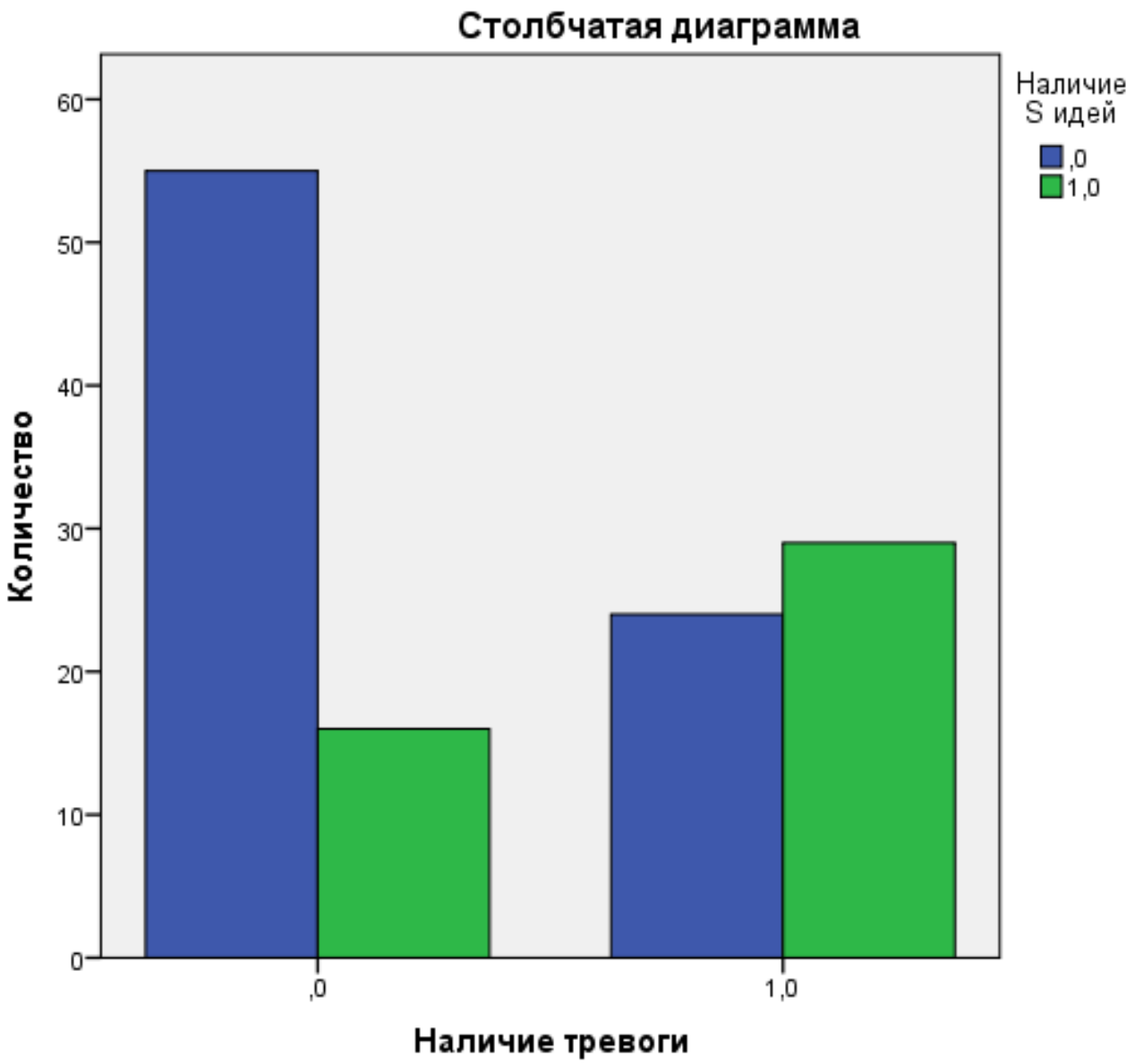
№		% (N), Наличие тревоги	% (N), Отсутствие тревоги	Значение Хи-квадрата Пирсона	p, Хи-квадрат Пирсона
1.	Суицидальные идеи	55%(29/53)	22%(16/71)	13,594	0,000
2.	Аутоагрессивное поведение	30%(16/53)	14%(10/71)	4,749	0,029
3.	Попытка суицида	17%(9/53)	11%(8/71)	0,837	0,432

Делая предварительный вывод из приведенной таблицы можно предположить, что наличие тревожности взаимосвязано с наличием суицидальных мыслей, а также наличием в анамнезе самопорезов, и может служить признаком, требующим повышенного внимания к пациенту. При этом наличие в анамнезе попытки суицида не связаны с наличием тревожности у респондента. Более наглядно распространенность суицидальных идей у лиц с тревожностью и без, можно увидеть на рисунке 2.6 (1-наличие суицидальных идей, 0-отсутствие суицидальных идей).

Мы решили провести сравнение интенсивности суицидальных идей у лиц с наличием и отсутствием тревоги по результатам шкалы тревоги Гамильтона (баллы 14<). Для проведения сравнения был использован U-критерий Манна-Уитни. При проведении анализа была получена статистически значимая разница. У лиц с наличием тревожности, интенсивность суицидальных идей более выражено, чем у лиц без признаков тревожности (Z=-2,5; p=0,004).

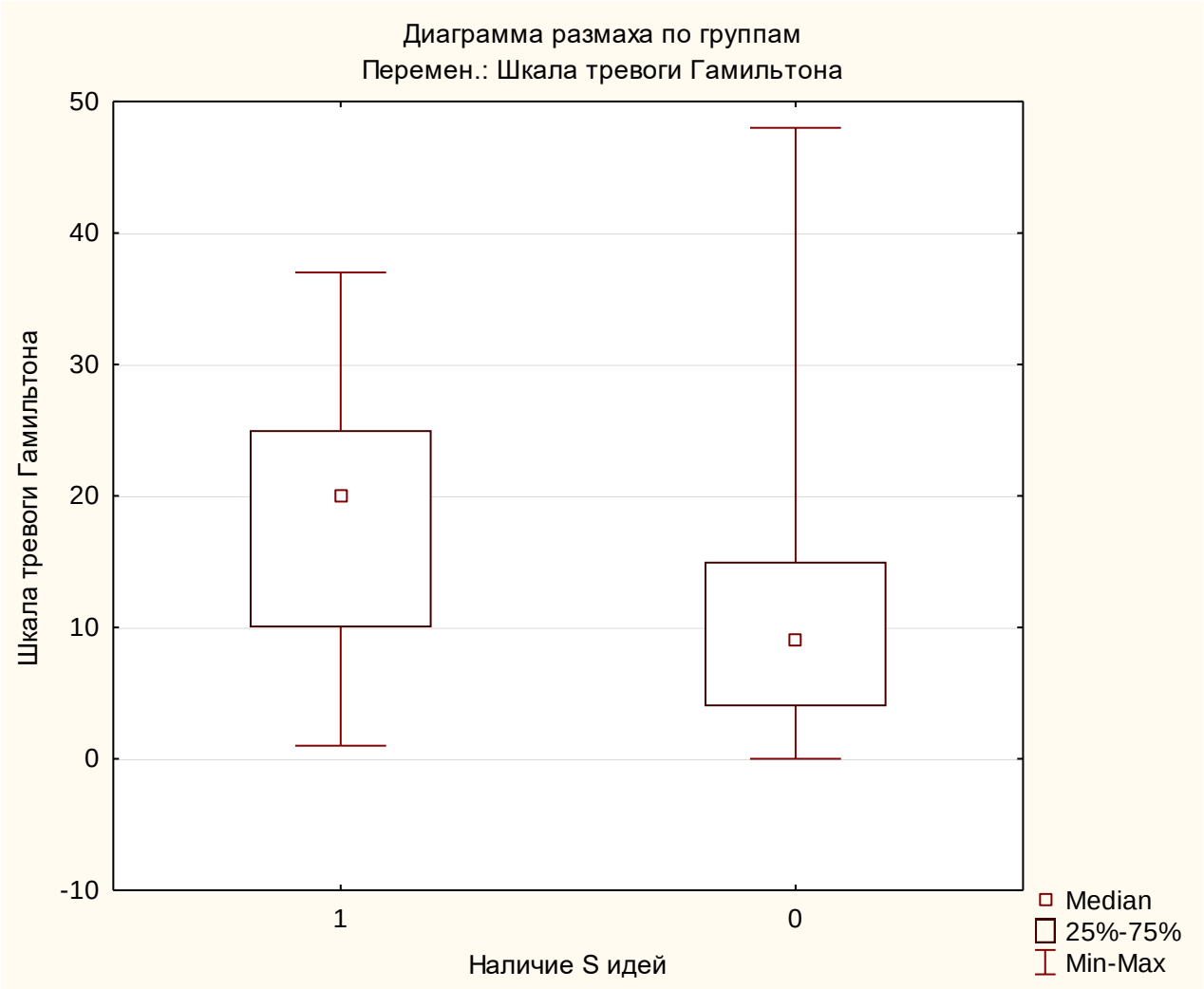
[147] Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology 32:50-55, 1959

Рисунок 2.6 - Распространенность суицидальных идей у испытуемых с наличием тревожности (1) и без (0)



В дальнейшем, мы решили сравнить выраженность тревоги у пациентов с наличием суицидальных идей и без суицидальных идей. Для достижения поставленной задачи был применен U-критерия Манна-Уитни. При проведении анализа, была выявлена статистически значимое различие (Z=-4,02 p=0,00004). В группе пациентов, которые указали на наличие суицидальных идей, были выявлены более высокие показатели тревожности, чем у пациентов без суицидальных идей. Наглядно результат представлен на Рисунке 2.7.

Рисунок 2.7 Выраженность тревожности в группе с наличием суицидальных идей (1) и без (0)



Также мы решили провести сравнение интенсивности суицидальных идей у лиц с различной выраженностью тревожности. Для реализации поставленной задачи был применен критерий Краскела – Уоллиса. При проведении анализа была получена статистически значимая разница (H (3, N=124) =14,385 p=0,0024). Результаты представлены в таблице 2.7.

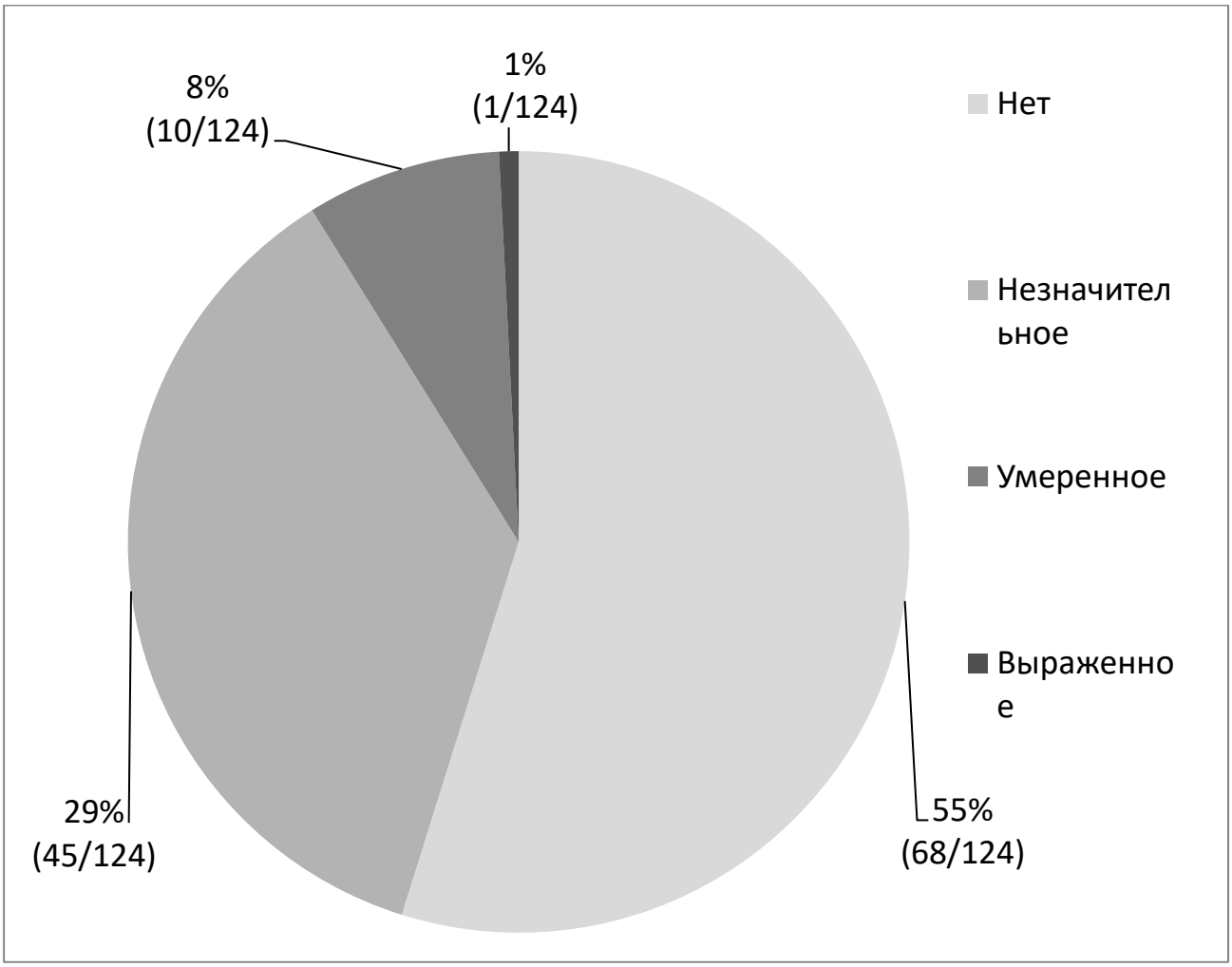
Таблица 2.7– Результаты сравнения интенсивности суицидальных идей у лиц с различной степенью выраженности тревоги

№	Выраженность тревоги	Сумма рангов	Среднее ранг.
1.	Нет	3941,000	55,50704
2.	Легкая степень	642,500	53,54167
3.	Умеренная степень	1556,000	81,89474
4.	Выраженная степень	1610,500	73,20455

Анализируя результаты, представленные в таблице 2.7, можно сделать заключение, что интенсивность суицидальных идей наиболее выражена у лиц с умеренно выраженной и выраженной степенью тревоги, при этом у лиц с легкой степенью выраженности и лиц без признаков тревожности интенсивность суицидальных идей не отличается. Можно сделать предварительный вывод, что наличие умерено или более выраженной тревожности может быть как минимум коррелятом суицидального поведения, причем чем более выражена тревога, тем более выражена интенсивность суицидальных идей у лиц с хронической алкогольной зависимостью.

При анализе данных, полученных при применении шкалы депрессии Монтгомери - Асберга, были получены следующие результаты. У 45% (56/124) испытуемых были обнаружены признаки наличия депрессивных переживаний различной степени выраженности. Результаты представлены на рисунке 2.8.

Рисунок 2.8 - Структура депрессивных проявлений в исследуемой выборке по степени выраженности



Как мы можем наблюдать на представленной диаграмме, большая часть испытуемых не имели признаков наличия депрессивных проявлений. Выраженность депрессивных проявлений оценивалась в соответствии с интерпретацией результатов Шкалы Монтгомери-Асберга, где результат до 6 баллов рассматривается как отсутствие депрессивных проявлений, от 7 до 19 баллов – легкая или незначительная степень депрессивных проявлений, от 20 до 34 – умеренная выраженность депрессивных проявлений, от 34 баллов – выраженные депрессивные проявления.

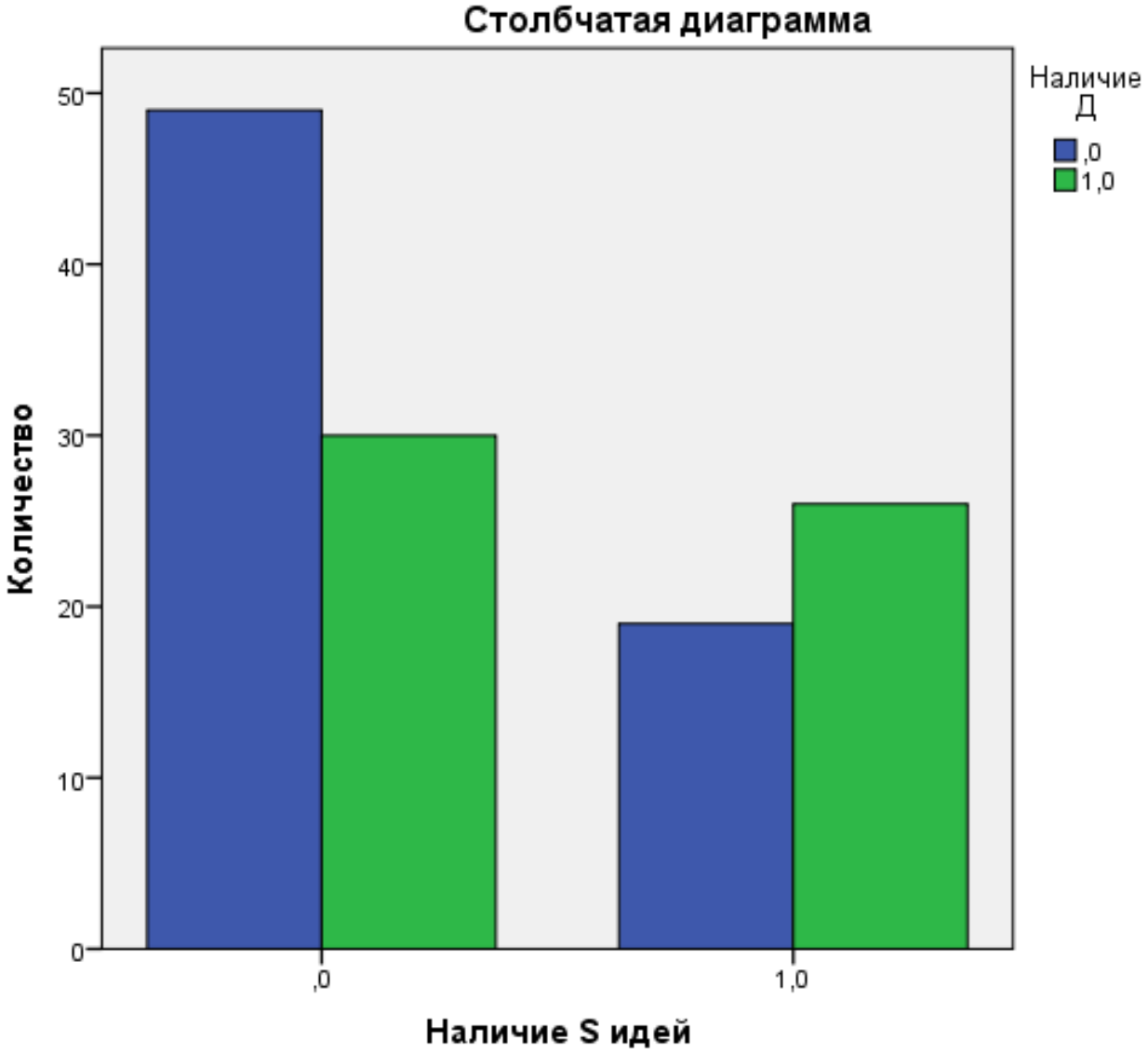
Для оценки частоты встречаемости наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида (прерванной или остановленной) у лиц с признаками наличия или отсутствия депрессивных проявлений был применен критерий Хи-квадрат Пирсона. Результаты представлены в таблице 2.8.

Таблица 2.8 - Результаты частотного анализа распространенности суицидального поведения у лиц с тревожностью и без

№		% (N), Наличие депрессивных проявлений	% (N), Отсутствие депрессивных проявлений	Значение Хи-квадрата Пирсона	p, Хи-квадрат Пирсона
1.	Суицидальные идеи	46%(26/56)	28%(19/68)	4,54	0,033
2.	Аутоагрессивное поведение	21%(12/56)	20,5%(14/68)	0,013	0,9
3.	Попытка суицида	16%(9/56)	12%(8/68)	0,481	0,488

Делая предварительный вывод из приведенной таблицы можно предположить, что наличие депрессивных проявлений взаимосвязано с наличием суицидальных идей. При этом наличие в анамнезе попытки суицида и самоповреждений не связаны с наличием у респондента депрессивных проявлений. Более наглядно распространенность суицидальных идей у лиц с депрессивными проявлениями и без, можно увидеть на рисунке 2.9 (1-наличие суицидальных идей, 0-отсутствие суицидальных идей; Наличие Д – наличие депрессивных проявления, где 1 – присутствуют, 0 - отсутствуют).

Рисунок 2.9 - Распространенность суицидальных идей у испытуемых с наличием депрессивных проявлений (1) и без (0)



В дальнейшем, мы решили сравнить выраженность депрессивных проявлений у пациентов с наличием суицидальных идей и без суицидальных идей. Для достижения поставленной задачи был применен U-критерия Манна-Уитни. При проведении анализа, была выявлена статистически значимое различие (Z=-2,51 p=0,01). В группе пациентов, которые указали на наличие суицидальных идей, были выявлены более высокие показатели депрессивных проявлений, чем у пациентов без суицидальных идей. Наглядно результат представлен на Рисунке 2.10.

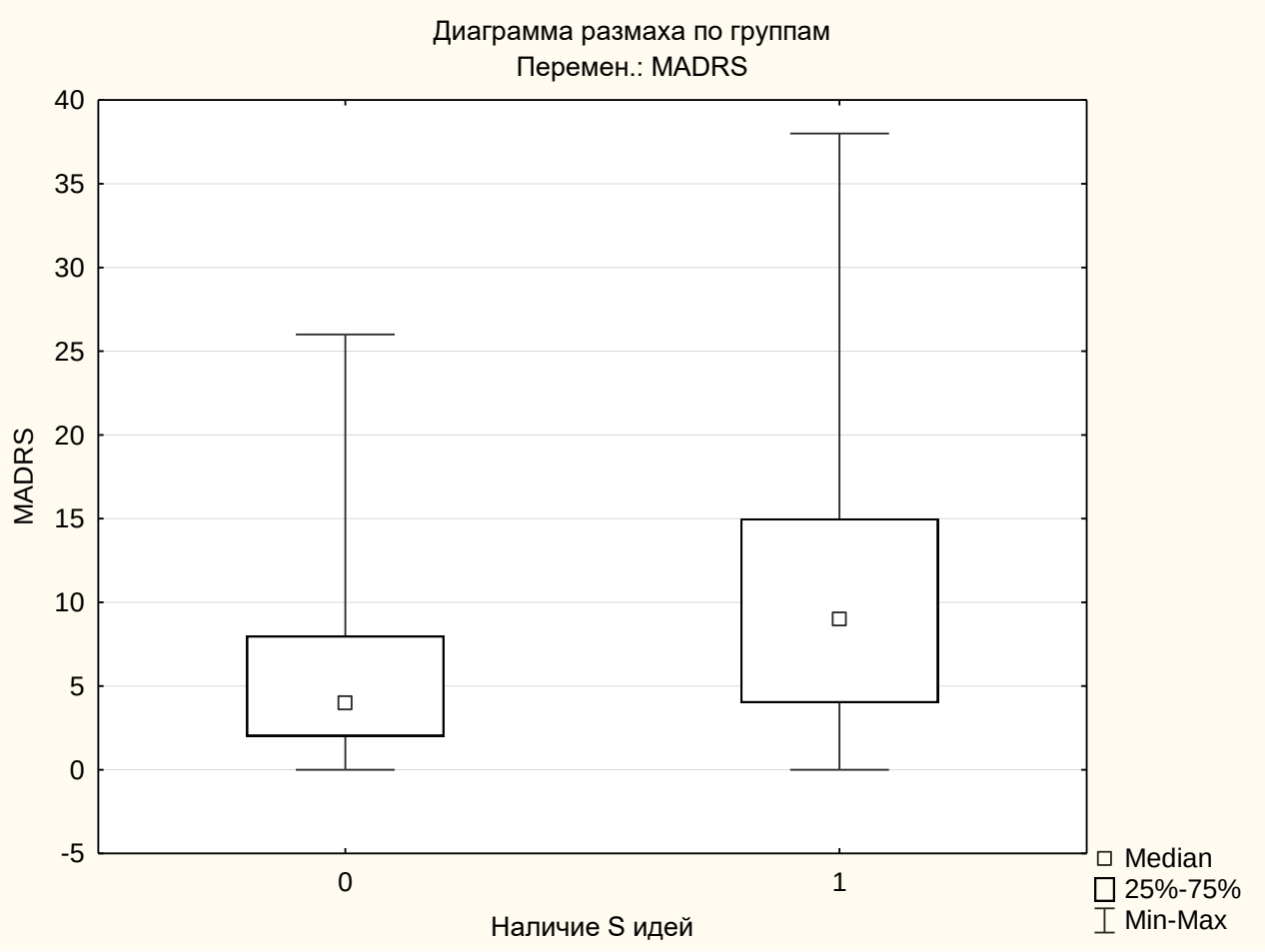
Также мы решили провести сравнение интенсивности суицидальных идей у лиц с различной выраженностью депрессивных проявлений. Для реализации поставленной задачи был применен критерий Краскела–Уоллиса.

При проведении анализа была получена статистически значимая разница (H (3, N=124) =11,3 p=0,0102). Результаты представлены в таблице 2.9.

Таблица 2.9 - Результаты сравнения интенсивности суицидальных идей у лиц с различной степенью выраженности тревоги

№	Выраженность тревоги	Сумма рангов	Среднее ранг.
1.	Нет	3873,500	56,9632
2.	Легкая степень	2897,000	64,3778
3.	Умеренная степень	859,000	85,9000
4.	Выраженная степень	120,500	120,5000

Рисунок 2.10 - Выраженность депрессивных проявлений в группе с наличием суицидальных идей (1) и без (0)

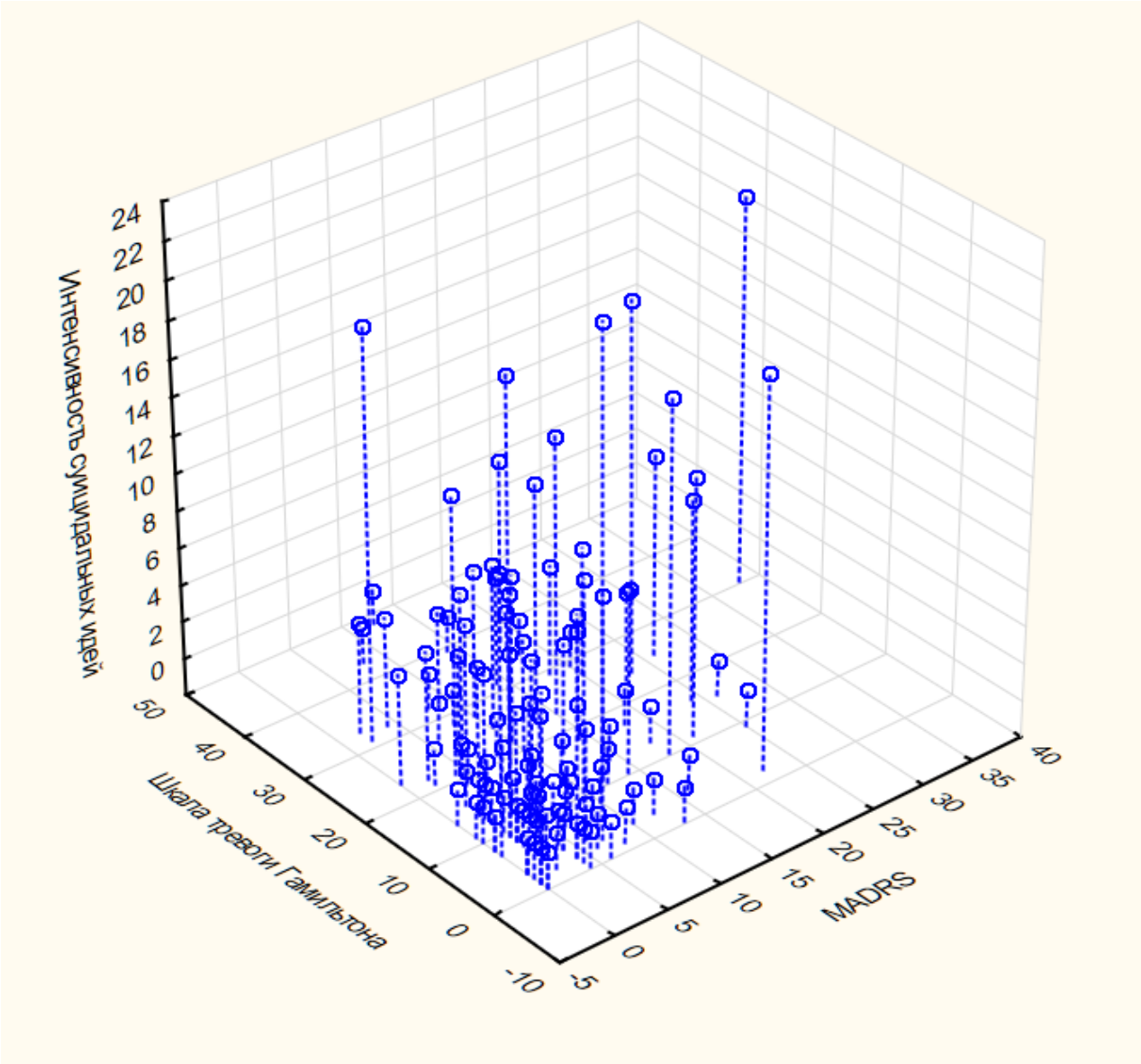


Анализируя результаты, представленные в таблице 2.9, можно сделать заключение, что интенсивность суицидальных идей наиболее выражена у лиц с умеренно выраженными депрессивными проявлениями и постепенно снижается соответственно выраженности депрессивных проявлений. Можно сделать

предварительный вывод, что наличие депрессивные проявления могут быть как минимум коррелятом суицидального поведения, причем чем более выражены депрессивные проявления, тем более выражена интенсивность суицидальных идей у лиц с хронической алкогольной зависимостью.

Для исследования взаимосвязи интенсивности суицидальных идей и выраженности депрессивных проявлений, выраженности тревожности был применен метод ранговой корреляции по Спирмену. При проведении анализа была выявлена статистически значимая положительная корреляционная связь между интенсивностью суицидальных идей и депрессивными проявлениями (R=0,23; p=0,01), выраженностью тревожности (R=0,29; p=0,001). Наглядно результат представлен на рисунке 2.11.

Рисунок 2.11 - Результаты корреляционного анализа интенсивности суицидальных идей, выраженности тревожности и выраженности депрессивных проявлений



Таким образом, мы можем рассматривать в качестве коррелятов суицидального поведения наличие и выраженность тревожности и наличие и выраженность депрессивных проявлений. С целью более полного видения картины, мы решили проанализировать взаимосвязь изучаемых социальных факторов и эмоционального состояния респондента, а именно наличия и выраженности тревожности, а также наличия и выраженности депрессивных переживаний.

Для решения поставленной задачи, в первую очередь, мы применили частотный анализ распространенности наличия тревожности и депрессивных переживаний у мужчин и женщин. Для проведения частотного анализа был применен критерий Хи-квадрат Пирсона. Результаты представлены в таблице 2.10.

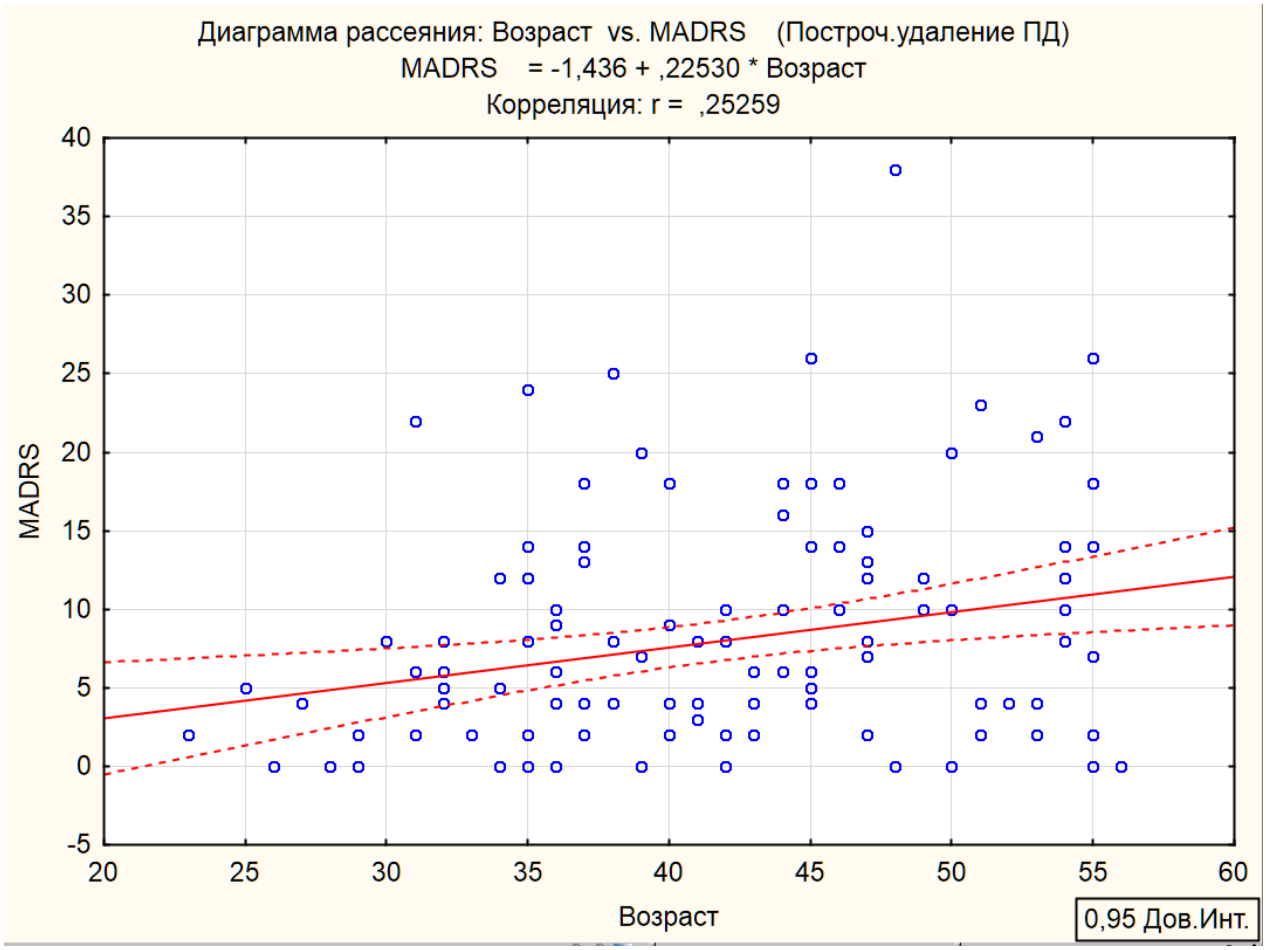
Таблица 2.10- Результаты частотного сравнения распространенности тревожности и депрессивных переживаний у лиц женского и мужского пола

№		% (N), лица мужского пола	% (N), лица женского пола	Значение Хи-квадрата Пирсона	p, Хи-квадрат Пирсона
1.	Наличие тревожности	(36/88)	(17/36)	0,416	0,5
2.	Наличие депрессивных переживаний	(36/88)	(20/36)	2,213	0,137

По результатам, представленным в таблице, можно видеть, что гендерная принадлежность не связан с наличием тревожности или депрессивных проявлений. При сравнении выраженности тревожности и выраженности депрессивных проявлений у лиц мужского и женского пола с применением U-критерия Манна - Уитни статистически значимых различий обнаружено не было ($p>0,05$).

Для изучения взаимосвязи возраста испутуемых и выраженности депрессивных переживаний, выраженности тревожности был использован метод ранговой корреляции по Спирмена. Была выявлена статистически значимая положительначя слабая корреляционная связь между возрастом и выраженностью депрессивных проявлений ($R=0,25$ $p=0,006$). Можно предположить, что взаимосвязь между возрастом и депрессивными проявлениями носит сложный характер и опосредована другими неучтенными факторами. Наглядно результаты корреляционного анализа представлены на рисунке 2.12.

Рисунок 2.12 - Результаты корреляционного анализа выраженности депрессивных проявлений и возраста испытуемых

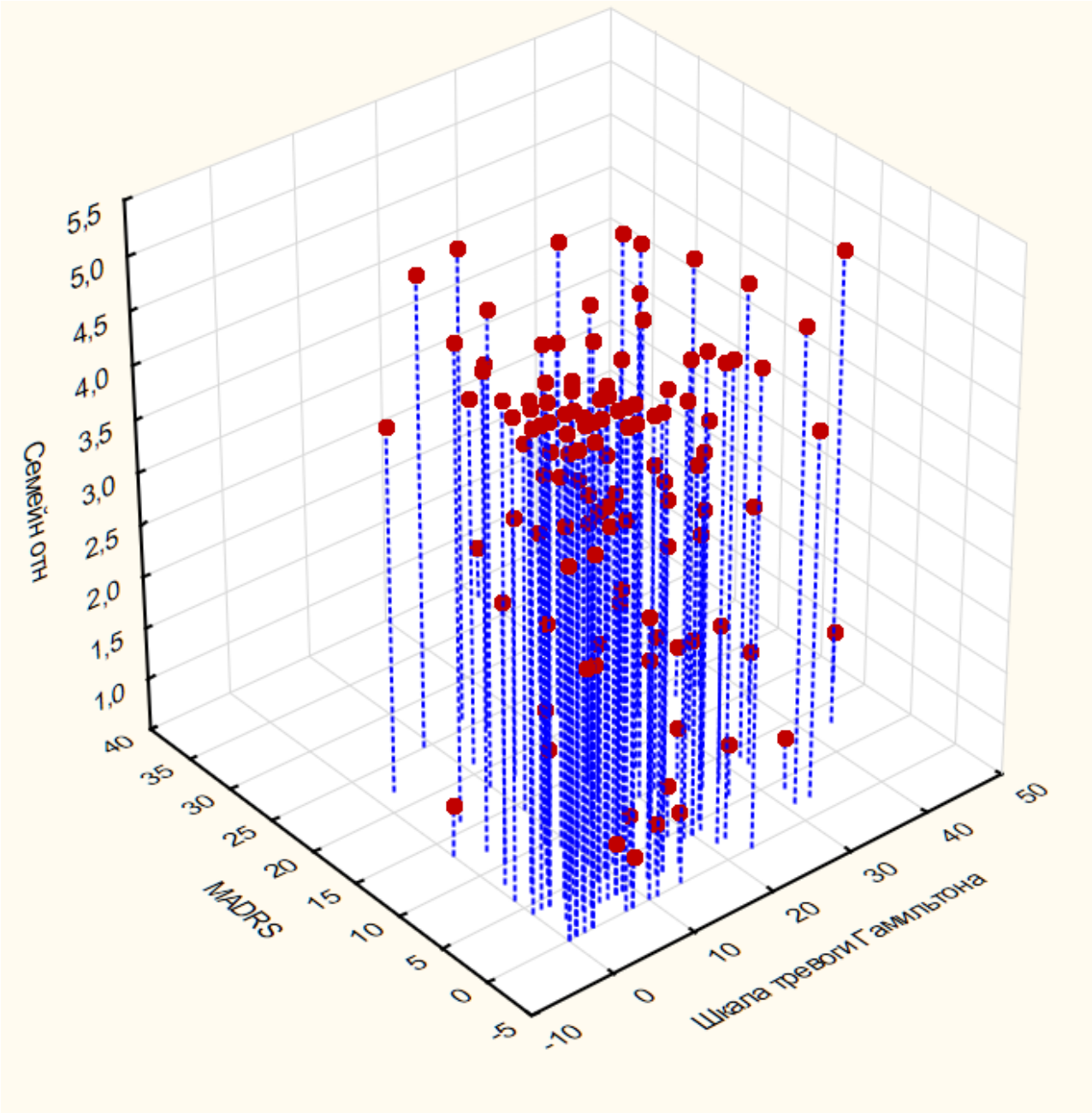


Для изучения взаимосвязи семейного положения и тревожности, депрессивных проявлений, мы решили сравнить выраженность тревожности и депрессивных проявлений в зависимости от семейного положения. Для решения поставленной задачи был применен критерий Краскела-Уоллиса. При проведении анализа, статистически значимых различий между группами обнаружено не было ($p>0,05$).

При изучении взаимосвязи удовлетворенности семейными отношениями и выраженности депрессивных проявлений, выраженности тревожности в исследуемой выборке был применен метод ранговой корреляции Спирмена. В результате проведения анализа была обнаружена статистически значимая отрицательная корреляционная связь между степенью удовлетворенности семейными отношениями и выраженностью тревожности ($R=-0,36$ $p=0,000036$), выраженностью депрессивных переживаний ($R=-0,26$ $p = 0,0027$). Можно сделать заключение, что неудовлетворенность семейными отношениями взаимосвязано с более высокими показателями тревожности и депрессивных переживаний, что позволяет рассматривать удовлетворенность семейными

отношениями как косвенный признак, который может опосредовано оказывать влияние на наличие и выраженность суицидальных идей, что в целом подтверждается данными литературы. Наглядно результаты корреляционного анализа представлены на рисунке 2.13.

Рисунок 2.13 - Корреляционная взаимосвязь удовлетворенности семейными отношениями и выраженности депрессивных проявлений, выраженности тревожности

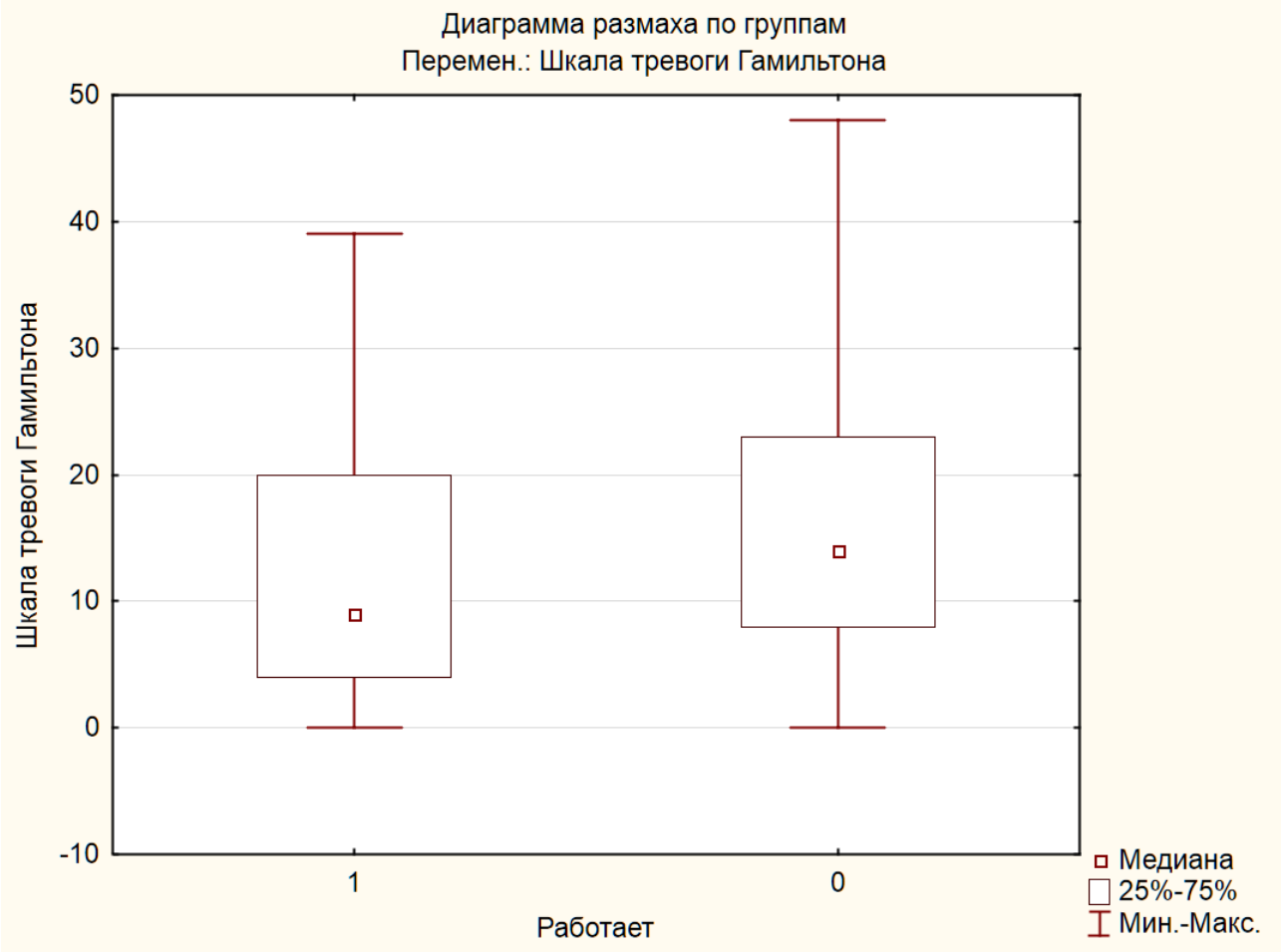


Таким образом, можно предположить, что суицидальный риск может быть опосредовано связан с удовлетворенностью семейными отношениями

респондента, который опосредуется через эмоциональную напряженность, которая выражается в тревожности и депрессивных переживаниях.

Мы решили изучить взаимосвязи наличия постоянного места работы, а также удовлетворенность материальным положением и выраженности тревожности, выраженности депрессивных переживаний. Для решения поставленной задачи, мы сравнили испытуемых, имеющих и не имеющих постоянное место работы с применением U-критерия Манна-Уитни. В результате проведения анализа, была обнаружена статистически значимая разница выраженности тревожности в группах. У лиц, имеющих постоянное место работы, выраженности тревожности была ниже, чем у безработных (Z=-0,19 p=0,028). Наглядно результаты представлены на рисунке № 2.14.

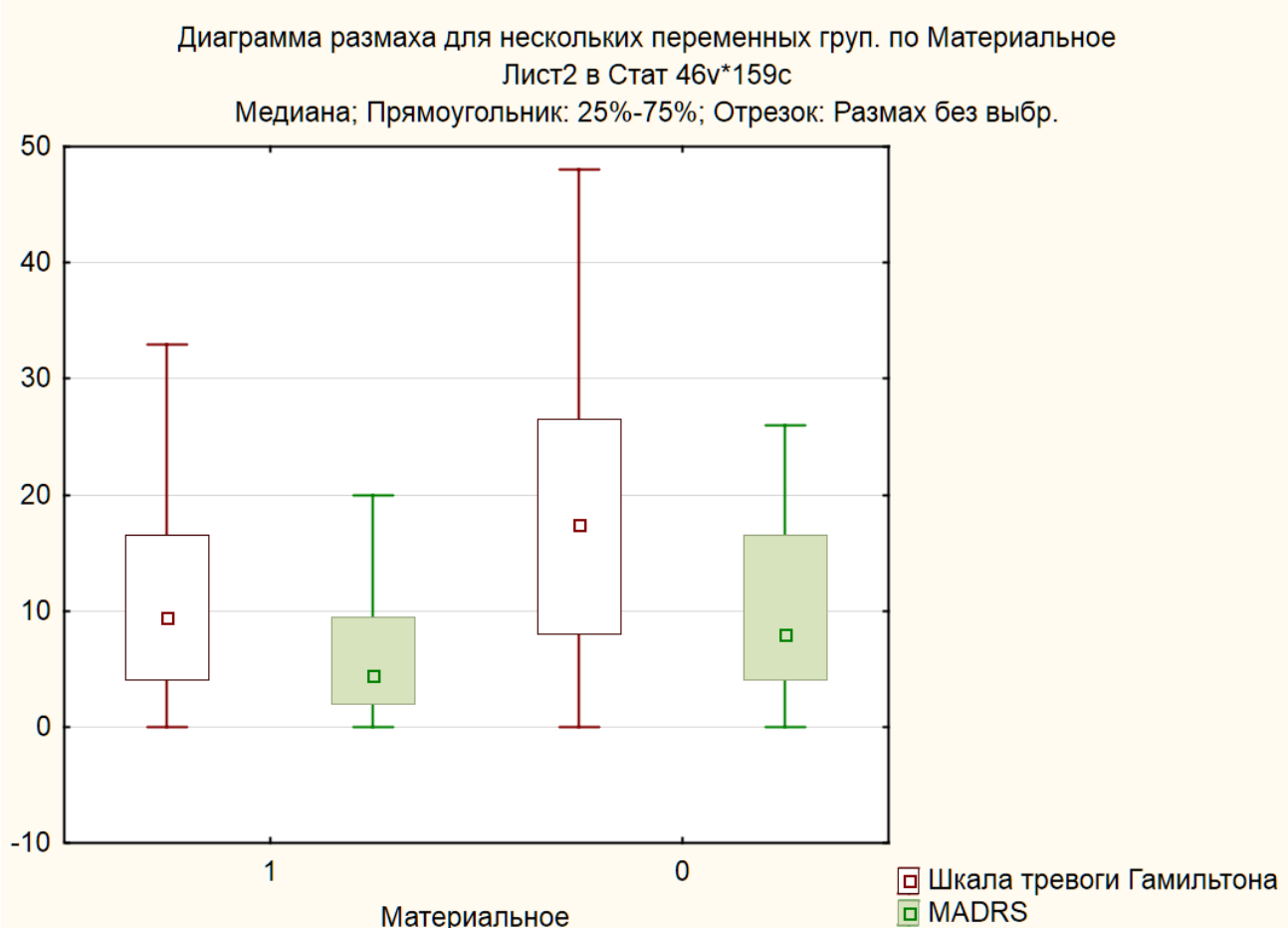
Рисунок 2.14 - Выраженность тревожности в группе работающих и безработных



При сравнении лиц, удовлетворенных и неудовлетворенных своим материальным положением, были обнаружены статистически значимые различия по степени выраженности тревожности и депрессивных переживаний.

У лиц, удовлетворенных своим материальным положением выраженность депрессивных переживаний и тревожности были ниже, чем в группе неудовлетворенных. Наглядно результаты представлены на рисунке № 2.15

Рисунок 2.15 - Выраженность тревожности и депрессивных переживаний в группе удовлетворенных (1) и неудовлетворенных (0) материальным положением

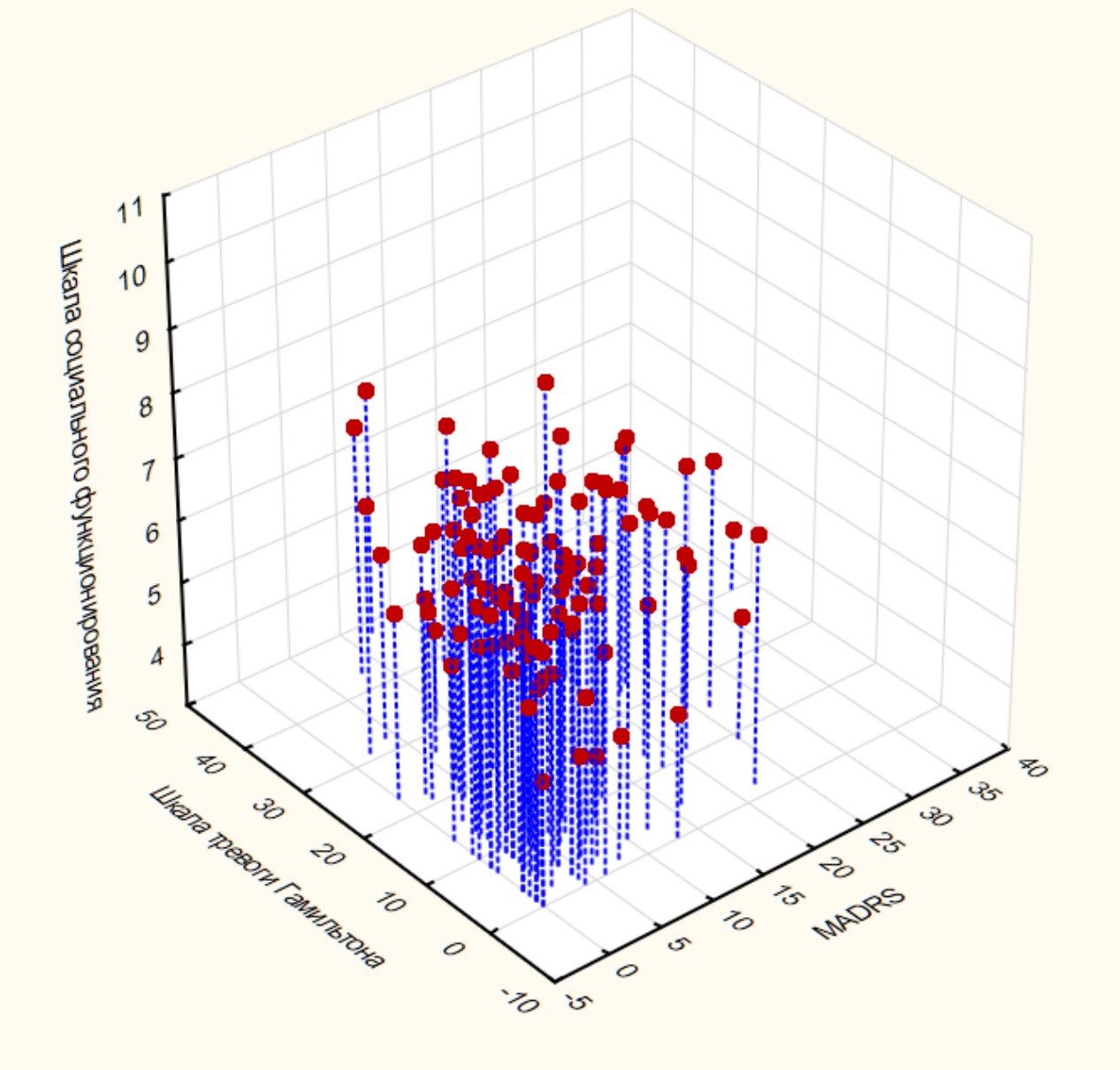


Таким образом, можно сделать заключение, что суицидальный риск может быть опосредовано связан с удовлетворенностью материальным положением и стабильным заработком, который опосредуется через эмоциональную напряженность, которая выражается в тревожности и депрессивных переживаниях

Для изучения взаимосвязи шкалы социального функционирования (PSP) и выраженности депрессивных переживаний, выраженности тревожности был применен метод ранговой корреляции Спирмена. В результате проведения анализа была обнаружена статистически значимая отрицательная корреляционная связь между результатами шкалы социального функционирования и выраженностью тревожности, (R=-0,28 p=0,001), выраженностью депрессивных переживаний (R=-0,28 p = 0,002). Можно

сделать заключение, низкие показатели социального функционирования, которые отражают сложности адаптации в социальной среде, взаимосвязаны с более высокими показателями тревожности и депрессивных переживаний, что позволяет рассматривать нарушения социального функционирования как косвенный признак, который может опосредовано оказывать влияние на наличие и выраженность суицидальных идей. Наглядно результаты корреляционного анализа представлены на рисунке 2.16.

Рисунок 2.16 - Корреляционная взаимосвязь успешности социального функционирования и выраженности депрессивных проявлений, выраженности тревожности



Для изучения роли депрессивных проявлений и тревожности в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью была

предпринята попытка построить регрессионную модель. Нами был выбран метод пошагового построения множественной регрессии. Изначально, в качестве предикторов были включены гендерная принадлежность, возраст, семейное положение, удовлетворенность семейными взаимоотношениями, наличие постоянного заработка, удовлетворенность материальным положением, образование, результаты шкалы социального функционирования (PSP), выраженность депрессивных проявлений, выраженность тревожности.

В дальнейшем в итоговую регрессионную модель вошли следующие предикторы: выраженность депрессивных проявлений, выраженность тревожности, возраст, семейные отношения и наличие супруга. При этом, статистически значимый вклад в суицидальное поведение вносят выраженность тревоги по Шкале тревоги Гамильтона ($b^*=0,29$), выраженность депрессивных проявлений ($b^*=0,21$). Скорректированный R2 модели = 0,14 $p<0,00031$. При исключении прочих предикторов, значимость модели уменьшалась.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

Проанализировав роль некоторых социальных и психологических факторов в суицидальном поведении лиц, страдающих хронической алкогольной зависимостью, можно сделать предварительные выводы.

В ходе анализа оценивалась взаимосвязь суицидального поведения, а именно наличия суицидальных идей любой степени выраженности, наличие в анамнезе нелетального аутоагрессивного поведения (самопорезы), наличие в анамнезе попытки суицида (прерванной или остановленной), интенсовности суицидальных идей и некоторых социальных и психологических факторов. Среди психологических факторов оценивалось наличие и выраженность депрессивных проявлений, наличие и выраженность тревожности. В ходе интервьюирования выявлялись следующие социальные факторы: гендерная принадлежность, возраст, семейное положение, удовлетворенность семейными взаимоотношениями, наличие постоянного заработка, удовлетворенность материальным положением, образование. Также применялась шкала социального функционирования (PSP).

В результате анализа можно сделать следующие выводы. Наличие и выраженность тревожности и депрессивных проявлений являются коррелятами суицидального поведения – его наличия и интенсивности. В нашем исследовании социальные факторы не оказывали прямого влияния на наличие и интенсивность суицидальных идей, однако были обнаружены взаимосвязи некоторых социальных факторов и эмоциональной напряженности, которая выражается в наличии и выраженности депрессивных переживаний и тревожности. Мы пришли к заключению, что суицидальный риск может быть опосредовано связан с удовлетворенностью семейными отношениями респондента. Лица, страдающие алкогольной зависимостью, неудовлетворенные своими отношениями, имеют большую вероятность наличия суицидального поведения. Также мы определили, что низкие показатели социального функционирования, которые отражают сложности адаптации в социальной среде, взаимосвязаны с более высокими показателями тревожности и депрессивных переживаний, что позволяет рассматривать нарушения социального функционирования как косвенный признак, который может опосредовано оказывать влияние на наличие и выраженность суицидальных идей. Можно предположить, что суицидальный риск опосредовано связан с удовлетворенностью материальным положением и стабильным заработком. У лиц, не имеющих постоянного дохода и не удовлетворенных своим материальным положением, возникновение суицидального риска выше. Кроме того, мы определили, что более взрослые

испытуемые в большей степени имели депрессивные переживания и предполагаем, что указанные феномены связаны более сложной связью, опосредованной через факторы, неучтенные в нашем исследовании.

Таким образом, подводя итог, можно в общих чертах обрисовать группу риска суицидального поведения, выявленного в нашем исследовании. К группе риска можно отнести лиц любой гендерной принадлежности, испытывающих эмоциональное напряжение, которое выражается в наличии и выраженности депрессивных переживаний и тревожности, которое с большой вероятностью связано с неудовлетворенных своими семейными отношениями, независимо от состава семьи, неудовлетворенных своим материальным положением, не имеющих стабильного заработка, низкими показателями социальной адаптации и социального функционирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проделанной работы были получены следующие результаты.

В первой главе были представлены и проанализированы основные концепции суицидального поведения, приведены определения суицидального поведения, суицидальной попытки, суицида, самоповреждений. Изучены, представленные в литературе данные взаимосвязях суицидального поведения и расстройств потребления алкоголя, в том числе алкогольной зависимости, установлено, что расстройства, связанные с приемом алкоголя рассматриваются как самостоятельный фактор суицидального риска, который можно отнести к детерминантам второго порядка (в рамках концепции суицидального риска Б.С. Положего). При этом взаимосвязь носит сложный и многогранный характер, что выражается в том, что далеко не у всех лиц, страдающие алкогольной зависимостью имеет место суицидальное поведение. Были рассмотрены работы, посвященные отдельным социальным и психологическим факторам риска суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Были подобраны методики, отвечающие целям и задачам исследования: Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений (Posner K., et al., 2007), которая позволяет выявить наличие суицидальных мыслей, а также их интенсивность; Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS, Montgomery S.A., Asberg M., 1979); Шкала тревоги Гамильтона (1959); Шкала социального функционирования (PSP). В ходе интервьюирования выявлялись следующие социальные факторы: гендерная принадлежность, возраст, семейное положение, удовлетворенность семейными взаимоотношениями, наличие постоянного заработка, удовлетворенность материальным положением, образование.

Было проведено эмпирическое исследование роли некоторых социальных и психологических факторов в суицидальном поведении у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. В исследование было включено 124 пациент в возрасте от 23 до 55 лет, средний возраст составил 41,52 ± 8,14 (Медиана = 41). Среди испытуемых 29% (36/124) женского пола, 71% (88/124) мужского пола. Все пациенты проходили курс стационарной терапии в Республиканском наркологическом диспансере №1 города Уфы в феврале – октябре 2019 года. Все испытуемые, попавшие в итоговую выборку, соответствовали критериям включения: наличие верифицированного диагноза F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя»; период наблюдения в наркологической службе более года; подписанное добровольное информированное согласие; возраст не младше 18 и

не старше 55 лет. Критериями невключения стали: наличие на момент обследования абстинентного синдрома; пациент отвечает критериям диагностики зависимости от другого психоактивного вещества, кроме алкоголя и никотина; невозможность проведения клинического интервьюирования по другим причинам; наличие коморбидной психической патологи:, а также тяжелой соматической патологией сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. Критериями исключения из исследования стали**:** отказ от участия в исследовании, выявление в процессе клиническое интервьюирование критериев невключения.

Анализ полученных данных позволяет подтвердить предложенную рабочую гипотезу и сделать следующие выводы:

1. Наличие и выраженность тревожности и депрессивных проявлений являются коррелятами суицидального поведения – его наличия и интенсивности.

2. Социальные факторы могут оказывать опосредованное эмоциональным состоянием воздействие на суицидальное поведение. Эмоциональное состояние выражается в наличии в выраженности депрессивных и тревожных переживаний.

3. Суицидальный риск может быть опосредовано связан с удовлетворенностью респондентом своими семейными отношениями. Лица, страдающие алкогольной зависимостью, неудовлетворенные своими отношениями, имеют большую вероятность проявления суицидального поведения.

4. Низкие показатели социального функционирования, которые отражают сложности адаптации в социальной среде, взаимосвязаны с более высокими показателями тревожности и депрессивных переживаний, что позволяет рассматривать нарушения социального функционирования как косвенный признак, который может опосредовано оказывать влияние на наличие и выраженность суицидальных идей.

5. Суицидальный риск может быть опосредовано связан с удовлетворенностью материальным положением и стабильным заработком. У лиц, не имеющих постоянного дохода и не удовлетворенных своим материальным положением, риск возникновение суицидального поведения выше.

На основании полученных выводов мы можем сделать следующие рекомендации:

1. Для проведения превентивной диагностики суицидального поведения среди лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками или страдающих

алкогольной зависимостью, предлагается специалистам, работающим с указанной группой населения, обращать повышенное внимание на эмоциональное состояние пациентов, а именно тревожные и депрессивные переживания, которые могут быть выявлены скрининговыми методами с применением соответствующих психометрических инструментов.

2. Особое внимание стоит обращать на лиц, отнесенных к группе риска суицидального поведения, куда можно отнести лиц любой гендерной принадлежности, испытывающих эмоциональное напряжение, которое выражается в наличии и выраженности депрессивных переживаний и тревожности, которое с большой вероятностью связано с неудовлетворенных своими семейными отношениями, независимо от состава семьи, неудовлетворенных своим материальным положением, не имеющих стабильного заработка, низкими показателями социальной адаптации и социального функционирования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Фонд «Закон. грамотность», 1995. – 291 с.
2. Асадуллин А.Р., Асадуллина Г.М., Газизова Н.Р., Ахметова Э.А. Анализ суицидального поведения у потребителей «дизайнерских» наркотических средств // Педагогич. журн. Башкортостана. 2017. № 1. С. 112-117
3. Дюркгейм Э. Самоубийство: социол. этюд. – СПб.: Союз, 1998. – 493 с.
4. Зотов П.Б. Суицидальное поведение: роль «Внешнего ключа», как элемента суицидальной динамики и объекта психотерапии // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2015. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/suitsidalnoe-povedenie-rol-vneshnego-klyucha-kak-elementa-suitsidalnoy-dinamiki-i-obekta-psihoterapii (дата обращения: 12.01.2020).
5. И.П. Павлов: PRO ET CONTRA. [Электронная издание - https://biography.wikireading.ru/247030] (Дата обращения – 14.12.2019 г.)
6. Коллектив авторов. Психические расстройства и расстройства поведения(F00 - F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.- М.: Минздрав России, 1998. - 512 с
7. Ноздрина Н.А., Платонов М.Р., Федоренко С.А. Концепции суицидального поведения // Символ науки. 2017. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptsii-suitsidalnogo-povedeniya-1 (дата обращения: 17.01.2020).
8. Положий Б. С. Суицидальная ситуация в современной России//Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: Научно-практическая конференция: сборник материалов/Под ред. Г.П. Костюка. -2018. -С. 567-574.
9. Положий Борис Сергеевич Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. №1 (18). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptualnaya-model-suitsidalnogo-povedeniya (дата обращения: 10.01.2020).
10. Радкевич, Л.А. Смертность от суицида и алкоголизма, зависимая от уровня потребления алкогольных напитков./Л.А. Радкевич, А.С. Кабанкин, Д.А. Радкевич//Исследования и практика в медицине. -2017. -Т. 4 (1). -С. 33-39.
11. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Суициды и смертность от прочих отравлений: сравнительный анализ трендов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019; 2 (103): 47–54.

12. Руженков Виктор Александрович, Руженкова Виктория Викторовна, Боева Алевтина Викторовна Концепции суицидального поведения // Суицидология. 2012. №4 (9). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptsii-suitsidalnogo-povedeniya (дата обращения: 13.01.2020).

13. Сведения за октябрь-декабрь 2018г. выгружены из Единого государственного реестра записей актов гражданского состояния (ЕГР ЗАГС) 13.12.2018 года. [Электронный ресурс https://www.gks.ru/free_doc/2018/demo/t3_3.xls] (Дата обращения - 04.12.2019 г.)

14. Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М. О состоянии психотерапевтической службы в республике башкортостан //Всероссийская научно-практическая конференция «Психотерапевтическая помощь. Достижения, задачи и перспективы». (Материалы конференции). - Уфа: с. 146, С.4

15. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций: тексты / под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. 2-е изд. – М., 1993. – С. 215-223.

16. Хиллман Д. Самоубийство и душа. – М.: Коги-то-Центр, 2004. – 271 с.

17. Юнг К.Г. Конфликты детской души: [сб.]. – М.: Канон, 1995. – 333 с.

18. Canetto, S.S.; Lester, D. Gender and the primary prevention of suicide mortality. Suicide Life Threat Behav. 1995, 25, 58-69.

19. Conner, K.R.; Beautrais, A.L.; Conwell, Y. Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: analyses of Canterbury Suicide Project data. Alcohol Clin. Exp. Res. 2003, 27, 1156-1161.

20. Preuss, U.W.; Schuckit, M.A.; Smith, T.L.; Danko, G.P.; Buckman, K.; Bierut, L.; Bucholz, K.K.; Hesselbrock, M.N.; Hesselbrock, V.M.; Reich, T. Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. Alcohol Clin. Exp. Res. 2002, 26, 471-477.

21. Aharonovich, E.; Liu, X.; Nunes, E.; Hasin, D.S. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. Am J Psychiatry 2002, 159, 1600-1602.

22. Allebeck, P.; Allgulander, C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behavior and substance abuse. Acta Psychiatr. Scand. 1990, 81, 565-570.

23. American Association of Suicidology (2015). Warning Signs & Risk Factors [online]. http://www.suicidology.org/ncpys/warning-signs-risk-factors (Accessed October 16, 2015).

24. Anderson, B.A.; Howard, M.O.; Walker, R.D.; Suchinsky, R.T. Characteristics of substanceabusing veterans attempting suicide: a national study. Psychol. Rep. 1995, 77, 1231-1242.

25. Barraclough, B.; Bunch, J.; Nelson, B.; Sainsbury, P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br. J. Psychiatry 1974, 125, 355-373.

26. Bartels, S.J.; Drake, R.E.; McHugo, G.J. Alcohol abuse, depression, and suicidal behavior in schizophrenia. Am. J. Psychiatry 1992, 149, 394-395.

27. Beautrais, A.L.; Joyce, P.R.; Mulder, R.T.; Fergusson, D.M.; Deavoll, B.J.; Nightingale, S.K. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. Am. J. Psychiatry 1996, 153, 1009-1014.

28. Beck, A.T.; Steer, R.A. Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. J. Affect Disord. 1989, 17, 203-209.

29. Beck, A.T.; Steer, R.A.; Trexler, L.D. Alcohol abuse and eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of alcohol-abusing suicide attempters. J. Stud. Alcohol 1989, 50, 202-209.

30. Bernal, M.; Haro, J.M.; Bernert, S.; Brugha, T.; de Graaf, R.; Bruffaerts, R.; Lepine, J.P.; de Girolamo, G.; Vilagut, G.; Gasquet, I.; Torres, J.V.; Kovess, V.; Heider, D.; Neeleman, J.; Kessler, R.; Alonso, J. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. J. Affect Disord. 2007, 101, 27-34.

31. Caces, F.; Harford, T. Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United States, 1934–1987. J. Stud. Alcohol 1998, 59, 455-461.

32. Cavanagh, J.T.; Carson, A.J.; Sharpe, M.; Lawrie, S.M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol. Med. 2003, 33, 395-405.

33. Centers for Disease Control and Prevention (2011).Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. Retrieved fromwww.cdc.gov/injury/wisqars/index.html

34. Chatterji, P.; Dave, D.; Kaestner, R.; Markowitz, S. Alcohol abuse and suicide attempts among youth. Econ. Hum. Biol. 2004, 2, 159-180.

35. Conner, K.R. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. Suicide Life Threat Behav. 2004, 34, 89-98.

36. Conner, K.R.; Duberstein, P.R. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. Alcohol Clin. Exp. Res. 2004, 28, 6S-17S.

37. Conner, K.R.; Hesselbrock, V.M.; Schuckit, M.A.; Hirsch, J.K.; Knox, K.L.; Meldrum, S.; Bucholz, K.K.; Kramer, J.; Kuperman, S.; Preuss, U.; Soyka, M. Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. J. Stud. Alcohol 2006, 67, 95-101.

38. Conwell, Y.; Duberstein, P.R.; Cox, C.; Herrmann, J.H.; Forbes, N.T.; Caine, E.D. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. Am. J. Psychiatry 1996, 153, 1001-1008.

39. Copello, A.G.; Velleman, R.D.; Templeton, L.J. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. Drug Alcohol Rev. 2005, 24, 369-385.

40. Cornelius, J.R.; Clark, D.B.; Bukstein, O.G.; Birmaher, B.; Salloum, I.M.; Brown, S.A. Acute phase and five-year follow-up study of fluoxetine in adolescents with major depression and a comorbid substance use disorder: a review. Addict Behav. 2005, 30, 1824-1833.

41. Cornelius, J.R.; Clark, D.B.; Salloum, I.M.; Bukstein, O.G.; Kelly, T.M. Interventions in suicidal alcoholics. Alcohol Clin. Exp. Res. 2004, 28, 89S-96S.

42. De Leo, D.; Burgis, S.; Bertolote, J.M.; Kerkhof, A.J.; Bille-Brahe, U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHo/EURO multicentre Study. Crisis 2006, 27, 4-15.

43. Duberstein, P.R.; Conwell, Y.; Caine, E.D. Age differences in the personality characteristics of suicide completers: preliminary findings from a psychological autopsy study. Psychiatry 1994, 57, 213-224.

44. Duffy, J.; Kreitman, N. Risk factors for suicide and undetermined death among in-patient alcoholics in Scotland. Addiction 1993, 88, 757-766.

45. Dumais, A.; Lesage, A.D.; Alda, M.; Rouleau, G.; Dumont, M.; Chawky, N.; Roy, M.; Mann, J.J.; Benkelfat, C.; Turecki, G. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. Am. J. Psychiatry 2005, 162, 2116-2124.

46. Fawcett, J.; Scheftner, W.; Clark, D.; Hedeker, D.; Gibbons, R.; Coryell, W. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. Am. J. Psychiatry 1987, 144, 35-40.

47. Ferrada-Noli, M.; Ormstad, K.; Asberg, M. Pathoanatomic findings and blood alcohol analysis at autopsy (BAC) in forensic diagnoses of undetermined suicide. A cross-cultural study. Forensic Sci. Int. 1996, 78, 157-163.

48. Flensborg-Madsen, T.; Knop, J.; Mortensen, E.L.; Becker, U.; Sher, L.; Gronbaek, M. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide—irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. Psychiatry Res. 2009, 167, 123-130.

49. Garlow, S.J. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. Am. J. Psychiatry 2002, 159, 615-619.

50. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. 2-nd ed. – Beacon: Hill Press, 1988. – 457 p.

51. Gruenewald, P.J.; Ponicki, W.R.; Mitchell, P.R. Suicide rates and alcohol consumption in theUnited States, 1970−89. Addiction 1995, 90, 1063-1075.

52. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology 32:50-55, 1959

53. Harris, E.C.; Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br. J. Psychiatry 1997, 170, 205-228.

54. Hayward, L.; Zubrick, S.R.; Silburn, S. Blood alcohol levels in suicide cases. J. Epidemiol. Community Health 1992, 6, 256-260.

55. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year pro-spective study of patients hospitalized with suicidal ideation / A.T. Beck [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1985. –Vol. 142, № 5. – P. 559-563.

56. Hoyer, E.H.; Licht, R.W.; Mortensen, P.B. Risk factors of suicide in inpatients and recently discharged patients with affective disorders. A case-control study. Eur. Psychiatry 2009, 24, 317-321.

57. Hufford, M.R. Alcohol and suicidal behavior. Clin. Psychol. Rev. 2001, 21, 797-811.

58. Ikeda, R.M.; Kresnow, M.J.; Mercy, J.A.; Powell, K.E.; Simon, T.R.; Potter, L.B.; Durant, T.M.; Swahn, M.H. Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. Suicide Life Threat Behav. 2001, 32, 60-67.

59. James, I.P. Blood alcohol levels following successful suicide. Q. J. Stud. Alcohol 1966, 27, 23-29.

60. Kelly Posner, Ph.D.; Maria A. Oquendo, M.D.; Madelyn Gould, Ph.D., M.P.H.; Barbara Stanley, Ph.D.; Mark Davies, M.P.H. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. Am J Psychiatry 2007;164:1035-1043. doi:10.1176/appi.ajp.164.7.1035

61. Knop, J.; Fischer, A. Duodenal ulcer, suicide, psychopathology and alcoholism. Acta Psychiatr. Scand. 1981, 63, 346-355.

62. Koller, G.; Preuss, U.W.; Bottlender, M.; Wenzel, K.; Soyka, M. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2002, 252, 155-160.

63. Kolves, K.; Varnik, A.; Tooding, L.M.; Wasserman, D. The role of alcohol in suicide: a casecontrol psychological autopsy study. Psychol. Med. 2006, 36, 923-930.

64. Kraepelin, E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte, 6. vollständig umgearbeitete Auflage. Zweiter Band, Klinische Psychiatrie; Verlag von Johann Ambrosius Barth: Leipzig, Germany, 1899.

65. Kresnow, M.; Powell, K.E.; Webb, K.B.; Mercy, J.A.; Potter, L.B.; Simon, T.A.; Ikeda, R.M.; Frankowski, R. Assigning time-linked exposure status to controls in unmatched case-control studies: alcohol use and nearly lethal suicide attempts. Stat. Med. 2001, 20, 1479-1485.

66. Lesage, A.D.; Boyer, R.; Grunberg, F.; Vanier, C.; Morissette, R.; Menard-Buteau, C.; Loyer, M. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. Am. J. Psychiatry 1994, 151, 1063-1068.

67. Lester, D. The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 nations. Alcohol Alcohol. 1995, 30, 465-468.

68. Levi, F.; La Vecchia, C.; Lucchini, F.; Negri, E.; Saxena, S.; Maulik, P.K.; Saraceno, B. Trends in mortality from suicide, 1965−99. Acta Psychiatr. Scand. 2003, 108, 341-349.

69. Light, J.M.; Grube, J.W.; Madden, P.A.; Gover, J. Adolescent alcohol use and suicidal ideation: a nonrecursive model. Addict. Behav. 2003, 28, 705-724.

70. Lipsey, M.W.; Wilson, D.B.; Cohen, M.A.; Derzon, J.H. Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. In Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues; Galanter, M., Begleiter, H., Eds.; Plenum Press: New York, NY, USA, 1997; pp. 245-282

71. Magne Ingvar, U.; Ojehagen, A.; Traskman Bendz, L. Suicide attempters with and without reported overconsumption of alcohol and tranquillizers. Nord J. Psychiatry 1997, 51, 415-421.

72. Marshal, M.P. For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. Clin. Psychol. Rev. 2003, 23, 959-997.

73. Menninger, K.A. Man against Himself; Harcourt, Brace: New York, NY, USA, 1938.

74. Merrill, J.; Milner, G.; Owens, J.; Vale, A. Alcohol and attempted suicide. Br. J. Addict. 1992, 7, 83-89.

75. Möller, H.J. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2003, 108, 73-80.

76. Montgomery S.A., Asberg M.A., 1979 г.) [Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979; 134: 382-389

77. MorosiniPLetal. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routing social functioning. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 323-329.

78. Murphy, G.E. Why women are less likely than men to commit suicide. Compr. Psychiatry 1998, 39, 165-175.

79. Murphy, G.E.; Armstrong, J.W., Jr.; Hermele, S.L.; Fischer, J.R.; Clendenin, W.W. Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. Arch. Gen. Psychiatry 1979, 36, 65-69.

80. Murphy, G.E.; Wetzel, R.D. The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch. Gen. Psychiatry 1990, 47, 383-392.

81. Murphy, G.E.; Wetzel, R.D.; Robins, E.; McEvoy, L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch. Gen. Psychiatry 1992, 49, 459-463.

82. National Suicide Prevention Lifeline (2015). Suicide Risk Factors [online]. http://www. suicidepreventionlifeline.org/learn/riskfactors.aspx (Accessed October 16, 2015)

83. Norstrom, T. Alcohol and suicide in Scandinavia. Br. J. Addict 1988, 83, 553-559.

84. Norstrom, T.; Ramstedt, M. Mortality and population drinking: a review of the literature. Drug Alcohol Rev. 2005, 24, 537-547.

85. O'Carroll, P.W.; Berman, A.L.; Maris, R.W.; Moscicki, E.K.; Tanney, B.L.; Silverman, M.M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav. 1996, 26, 237-252.

86. Ohberg, A.; Vuori, E.; Ojanpera, I.; Lonngvist, J. Alcohol and drugs in suicides. Br. J. Psychiatry 1996, 169, 75-80.

87. Oslin, D.W. Treatment of late-life depression complicated by alcohol dependence. Am. J. eriatr. Psychiatry 2005, 13, 491-500.

88. Pirkola, S.P.; Isometsa, E.T.; Heikkinen, M.E.; Lonnqvist, J.K. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. Alcohol Alcohol. 2000, 35, 70-75.

89. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014.

90. Pridemore, W.A.; Chamlin, M.B. A time-series analysis of the impact of heavy drinking on homicide and suicide mortality in Russia, 1956−2002. Addiction 2006, 101, 1719-1729.

91. Ramstedt, M. Alcohol and suicide in 14 European countries. Addiction 2001, 96, S59-S75.

92. Razvodovsky, Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus 1970−2005. Crisis 2007, 28, 61-66.

93. Reimer, F. Alkohol und Selbstmord bei Seeleuten (Alcoholism and suicide in sailors). Offentl.Gesundheitsdienst 1964, 26, 423-426.

94. Rich, C.L.; Ricketts, J.E.; Fowler, R.C.; Young, D. Some differences between men and women who commit suicide. Am. J. Psychiatry 1988, 145, 718-722.

95. Robins, E.; Gassner, S.; Kayes, J.; Wilkinson, R.H., Jr.; Murphy, G.E. The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. Am. J. Psychiatry 1959, 115, 724-733.

96. Rossow, I. Suicide, alcohol, and divorce; aspects of gender and family integration. Addiction 1993, 88, 1659-1665.

97. Roy, A. Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. J. Affect Disord. 2003, 77, 267-271.

98. Scocco, P.; de Girolamo, G.; Vilagut, G.; Alonso, J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders—World Mental Health study. Compr. Psychiatry 2008, 49, 13-21.

99. Sher, K.J.; Grekin, E.R. Alcohol and affect regulation. In Handbook of Emotion Regulation; Gross, J., Ed.; Guilford: New York, NY, USA, 2007; pp. 560-580.

100. Shneidman, E.S. Definition of Suicide; Aronson: Northvale, NJ, USA, 1985.

101. Silverman, M.M.; Berman, A.L.; Sanddal, N.D.; O'Carroll P, W.; Joiner, T.E. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav. 2007, 37, 264-277.

102. Simon, O.R.; Swann, A.C.; Powell, K.E.; Potter, L.B.; Kresnow, M.J.; O'Carroll, P.W. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. Suicide Life Threat Behav. 2001, 32, 49-59.

103. Skog, O.J. Alcohol and suicide in Denmark 1911−24—experiences from a ‘natural experiment’. Addiction 1993, 88, 1189-1193.

104. Steele, C.M.; Josephs, R.A. Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects. Am. Psychol. 1990,45, 921-933.

105. Stenback, A.; Achte, K.A.; Rimon, R.H. Physical disease, hypochondria, and alcohol addiction in suicides committed by mental hospital patients. Br. J. Psychiatry 1965, 111, 933-937.

106. Sullivan, L.E.; Fiellin, D.A.; O’Connor, P.G. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. Am. J. Med. 2005, 118, 330-341.

107. Swahn, M.H.; Bossarte, R.M. Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 youth risk behavior survey. J. Adolesc. Health 2007, 41, 175-181.

108. Tall, K.; Kolves, K.; Sisask, M.; Varnik, A. Do survivors respond differently when alcohol abuse complicates suicide? Findings from the psychological autopsy study in Estonia. Drug Alcohol Depend. 2008, 95, 129-133.

109. Varnik, A.; Kolves, K.; Vali, M.; Tooding, L.M.; Wasserman, D. Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? Addiction 2007, 102, 251-256.

110. Velleman, R.; Templeton, L. Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. Eur. Addict. Res. 2003, 9, 103-112.

111. Widiger, T.A.; Frances, A.J.; Pincus, H.A.; First, M.B.; Ross, R.; Davis, W. DSM-IV Sourcebook; American Psychiatric Publishing: Washington, DC, USA, 1994.

112. Wilhelmsen, L.; Elmfeldt, D.; Wedel, H. Cause of death in relation to social and alcoholic problems among Swedish men aged 35−44 years. Acta Med. Scand. 1983, 213, 263-268.

113. Williams, R.L.; Gutsch, K.U.; Kazelskis, R.; Verstegen, J.P.; Scanlon, J. An investigation of relationships between level of alcohol use impairment and personality characteristics. Addict Behav. 1980, 5, 107-112.

114. Wojnar, M.; Ilgen, M.A.; Czyz, E.; Strobbe, S.; Klimkiewicz, A.; Jakubczyk, A.; Glass, J.; Brower, K.J. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. J. Affect Disord. 2009, 115, 131-139.

115. Wolk-Wasserman, D. Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. Acta Psychiatr. Scand. 1986, 73, 481-499.

116. Worden, J.W. Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner; Hove: New York, NY, USA, 2001.

117. World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide: A framework. Geneva, Switzerland: WHO Press.

Приложение 1

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Возраст (полных лет) [__]

Образование

1. Начальное
2. Неполное среднее
3. Среднее
4. Незаконченное высшее
5. Высшее

Род занятий

1. Работает
2. Не работает
3. Учится
4. Пенсионер

Семейное положение на данный момент

1. Холост
2. Женат
3. Разведен
4. Женат повторно
5. Вдовец

Оцените степень удовлетворенности своими семейными отношениями на данный момент

1. Не удовлетворен
2. Скорее не удовлетворен
3. Трудно определить
4. Скорее удовлетворен
5. Удовлетворен

Удовлетворены ли Вы своим материальным положением

1. Нет
2. Да

Психиатрический анамнез

Наследственная отягощенность аффективными расстройствами

1. Да
2. Нет

Наличие депрессивных эпизодов в анамнезе

1.Да
2.Нет

Наличие гипоманиакальных эпизодов в анамнезе

1.Да
2.Нет

Наличие острых психотравмирующих ситуаций в анамнезе (за 1 месяц до включения в исследование)

1.Да
2.Нет

Наличие хронических психотравмирующих ситуаций

1. Да
2. Нет

ШКАЛА СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

100-91
Симптомы отсутствуют, превосходное функционирование в широком диапазоне сфер; жизненные проблемы не выходят из-под контроля; другие люди ищут общения с индивидом из-за его душевной теплоты и цельности натуры
90-81
Симптомы отсутствуют или минимальны (напр., умеренная тревожность перед экзаменами), сохраняется хорошее функционирование в широком диапазоне сфер; социальная эффективность; обычно удовлетворенность жизнью; повседневные заботы, которые лишь в редких случаях выходят из-под контроля (напр., периодически возникающие ссоры в семье)
80-71
Если симптомы присутствуют, то они кратковременны и являются ожидаемой реакцией на психосоциальный стресс (напр., трудности с концентрацией внимания после семейной ссоры); не более, чем слабое ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах (напр., временная задержка в развитии)
70-61
Некоторые слабые симптомы (напр., депрессивное настроение и умеренная бессонница) ИЛИ некоторые затруднения в социальной и профессиональной сферах (напр., периодические прогулы в школе, институте, кражи из дома). Как правило, функционирование достаточно хорошее; индивид имеет осмысленные межличностные взаимоотношения
60-51
Умеренные симптомы (напр., уплощенный аффект и патологическая обстоятельность, внезапные панические атаки) или умеренное затруднение в социальной и профессиональной сферах (напр., друзей немного, конфликты с ровесниками и коллегами по работе)
50-41
Серьезные симптомы (напр., суицидальные идеи, ярко выраженные обсессивные ритуалы, частые кражи из магазинов) ИЛИ серьезное ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах (напр., полное отсутствие друзей, неспособность сохранения рабочего места)
40-31
Выраженное ухудшение в различных сферах, таких как работа, семейные отношения, рассудочность, мышление или настроение напр., депрессивная женщина избегает друзей; пренебрежение семьей; неспособность выполнять работу), ИЛИ некоторое ослабление в оценке реальности или общении (напр., речь временами невразумительна, нелогична или не относится к делу), ИЛИ единичная серьезная суицидальная попытка
30-21
Поведение в значительной степени определяется бредовыми идеями и галлюцинациями ИЛИ значительное затруднение в общении или критики (напр., временами бессвязен, совершает грубо неадекватные поступки, суицидальная настроенность) ИЛИ неспособность функционировать в большинстве сфер (напр., индивид целыми днями лежит в постели, безработный, бездомный)
20-11
Нуждается в наблюдении для предотвращения нанесения вреда себе или окружающим (суицидальные попытки, исход которых неопределен, агрессивность, маниакальное возбуждение) или для поддержания минимальной личной гигиены (испачкан фекалиями)
10-1
Нуждается в постоянном наблюдении в течение нескольких дней для предотвращения нанесения вреда себе или другим, ИЛИ не способен поддерживать личную гигиену (минимально) ИЛИ в анамнезе серьезная суицидальная попытка с вероятным смертельным исходом.

КОЛУМБИЙСКАЯ ШКАЛА: ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ НАМЕРЕНИЙ

1. СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ

Прямым шрифтом дана информация для озвучивания. Курсивом даны комментарии и инструкции для специалиста. Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу «Суицидальное поведение».Если на вопрос 2 получен ответ «Да», то задайте вопросы 3, 4 и 5.Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ «да», заполните ниже секцию «интенсивность суицидных идей».

	Нет	Да
1. **Желание умереть** *Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться.* Возникало ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться? Если да, опишите:	0☐	1☐
2. **Активные неспецифические мысли о самоубийстве** *Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой/совершить самоубийство: «Я думал(а) о том, чтобы убить себя» при отсутствии размышлений о способах самоубийства / сопутствующих средствах, намерения или плана в период наблюдения за пациентом.* Думали ли Вы, в самом деле, о том, чтобы убить себя? Если да, опишите:	0☐	1☐
3. **Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать** *Пациент подтверждает, что его посещают мысли о самоубийстве и что в течение периода наблюдения он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда пациент разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, пациент думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: «Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана о том, когда, где и как осуществить это, и я бы никогда не довел(а) дело до конца».* Думали ли Вы о том, как Вы могли бы это сделать? Если да, опишите:	0☐	1☐
4. **Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана.** *Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями, в отличие от подобного утверждения: «Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать».* Посещали ли Вас подобные мысли, и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними? Если да, опишите:	0☐	1☐
5. **Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением** *Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение пациента осуществить этот план.*	0☐	1☐

Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства? Намереваетесь ли Вы осуществить этот план? Если да, опишите:

2. ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ

Описание идеи

Наиболее опасные идеи ____ тип № (1-5)

Следующие ниже характеристики должны быть оценены по отношению к самой сильной по интенсивности суицидальной идеи (по шкале от 1 до 5, где 1 – наименьший по интенсивности показатель, а 5 – наибольший). Спросите его/ее, когда он/она испытал(а) самое сильное желание покончить с собой.	Наиболее опасные
Частота. Сколько раз Вас посещали подобные мысли?	_____
1. Реже одного раза в неделю	
2. Раз в неделю	
3. 2-5 раз в неделю	
4. Каждый день или почти каждый день	
5. Многократно каждый день	
Продолжительность. Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?	_____
1. Они мимолетны – несколько секунд или минут	
2. Менее часа / недолго	
3. 1-4 часа / долго	
4. 4-8 часов / большую часть дня	
5. Более 8 часов / они устойчивы или постоянны	
Контролируемость. Могли /можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?	_____
1. С легкостью может контролировать такие мысли	
2. Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениям	
3. Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями	
4. Может контролировать такие мысли с большими затруднениями	
5. Не в состоянии контролировать такие мысли	
0. Не пытается контролировать такие мысли	
Сдерживающие факторы. Есть ли что-то или кто-то (например, семья, религия, страх перед болью / смертью), что удержало Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве?	_____
1. Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства	
2. Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас	
3. Вы не уверены, что сдерживающие факторы не удержали Вас	
4. Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас	
5. Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас	
0. Данный пункт не применим	
Основания суицидальных идей. Какие основания были у Вас для того,	_____

чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать испытывать то, что Вы испытывали (иными словами, Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое?

1. Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей
2. Большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей
3. В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить / остановить боль
4. Большей частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали)
5. Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали)
0. Данный пункт не применим

	Нет	Да
Истинная попытка самоубийства	0☐	1☐

Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта. Осуществленные действия отчасти замышлялись как способ убить себя. намерение убить себя необязательно должно быть стопроцентным. Акт может считаться истинной попыткой самоубийства, если с данным актом ассоциируется хоть какое-нибудь намерение / желание умереть. Реальное нанесение себе повреждений или увечий необязательно, достаточно потенциальной возможности нанесения себе повреждений или увечий. если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет слома, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства.

Общее количество попыток

_____

Установление преднамеренности

Даже если человек отрицает свое намерение / желание умереть, преднамеренность его действий может быть клинически установлена на основании его поведения или на основании обстоятельств. например, случаи, когда речь идет о смертельно опасном действии, которое определенно не является несчастным случаем, и, следовательно, самоубийство является единственным возможным объяснением подобного действия (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа). Также можно сделать вывод о преднамеренности попытки самоубийства, если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его действия могут привести к смерти.

Предпринимали ли Вы попытку самоубийства?

Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред?

Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти? 0☐ 1☐

Что Вы предпринимали?

Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой?

Хотелось ли Вам умереть (хотя бы немного), когда Вы _____?

Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____?

Или полагали ли Вы, что можете умереть от _____?

Или Вы сделали это по совершенно другим причинам/безо ВСЯКОГО намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы что-нибудь случилось)?

(Самоповреждающее поведение, без намерения совершить самоубийство)

Если да, опишите:

Отмечалось ли у пациента несуицидальное самоповреждающее поведение?

Прерванная попытка самоубийства 0☐ 1☐

Когда человека прерывают и ему не удается (по причине обстоятельств) начать действие, потенциально направленное против самого себя (иначе произошла бы истинная попытка самоубийства).

Передозировка *Человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает таблетки, попытка самоубийства считается скорее истинной, а не прерванной.*

Выстрел *Человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает у него оружие или кто-то/что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной.*

Прыжок *Человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края.*

Повешение *Человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился – его остановили.*

Общее количество прерванных попыток: _____ – _____

Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие –либо действия с целью покончить с собой, кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?

Если да, опишите:

Остановленная попытка самоубийства 0☐ 1☐

Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток самоубийства, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его / ее.

Общее остановленных количество попыток: _____ – _____

Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, Вы останавливали себя прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?

Если да, опишите:

Подготовительные действия или поведение 0☐ 1☐

Действия, служащие приготовлением к предстоящей попытке самоубийства. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки).

Предпринимали ли Вы какие либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или приготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)?

Если да, опишите:

Суицидальное поведение 0☐ 1☐

Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения?

3. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида *Отвечать только для истинных попыток самоубийства*	*Дата самой недавней попытки:*	*Дата наиболее тяжелой/опасной попытки:*	*Дата самой первой попытки:*
Реальная опасность /ущерб здоровью 0. Физических повреждений нет, или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины). 1. Незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения). 2. Физические повреждения умеренной тяжести; требуется медицинская помощь (например, пациент в сознании, но сонлив, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда). 3. Физические повреждения средней тяжести; требуется госпитализация и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20% кожи, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы). 4. Тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов). 5. Смерть.	Введите код	Введите код	Введите код
Потенциальная опасность *Отвечать, только если реальная опасность=0* *Вероятная опасность истинной попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах, хотя определенные действия и не привели к реальным физическим повреждениям, они потенциально могли привести к фатальному исходу: человек сунул пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому не было нанесено физических повреждений; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его*	Введите код	Введите код	Введите код

оттащили, и поезд его не переехал).

0 Поведение, которое вряд ли приведет к травмам
1 Поведение, которое, вероятно, приведет к
травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть
2 Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти,
несмотря на возможность оказания медицинской по

Шкала депрессии MADRS

1.**Объективные (видимые) признаки подавленности**

Проявления угнетенности, уныния, отчаяния (более выраженных, чем при обычном временном снижении настроения) в речи, в мимике и позе. Оцениваются в соответствии с глубиной снижения настроения.

- 0 = отсутствие;
- 1 =
- 2 = выглядит подавленным, но настроение легко улучшается;
- 3 =
- 4 = выглядит подавленным и несчастным большую часть времени;
- 5 =
- 6 = выглядит крайне подавленным и угнетенным все время;

2.Субъективные признаки подавленности

Сообщение пациента о депрессивном настроении независимо от того, насколько оно проявляется внешними признаками. Включает упадок духа, угнетенность или чувство беспомощности и безнадежности. Оценивается в соответствии с интенсивностью, продолжительностью и степенью того, насколько, по описанию пациента, сниженное настроение связано с внешними событиями.

- 0 = эпизодическая подавленность, связанная с внешними обстоятельствами;
- 1 =
- 2 = печальное или подавленное настроение, легко поддающееся улучшению
- 3 =
- 4 = глубокое чувство угнетенности или уныния; настроение еще подвержено влиянию внешних событий
- 5 =
- 6 = постоянное и неизменное чувство подавленности, отчаяния или угнетенности

3.Внутреннее напряжение

Чувство болезненного дискомфорта, смятения, раздражения, психического напряжения, доходящего до паники, сильного страха или душевной боли.

- 0 = спокойное состояние; только чувство внутреннего напряжения;
- 1 =
- 2 = эпизодическое чувство раздражения или болезненного дискомфорта;
- 3 =
- 4 = постоянное чувство внутреннего напряжения, периодическая паника, преодолеваемая больным с большим трудом;
- 5 =
- 6 = неослабевающий крайне выраженный страх или душевная боль; непреодолимая паника;

4.Недостаточный сон

Уменьшение продолжительности или глубины сна в сравнении с привычными для пациента характеристиками сна.

- 0 = обычный сон
- 1 =

- 2 = незначительно затрудненное засыпание или несколько укороченный, поверхностный или прерывистый сон;
- 3 =
- 4 = укороченный сон, не менее 2 часов;
- 5 =
- 6 = менее 2-3 часов сна;

5.Снижение аппетита

Утрата аппетита. Оценивается в соответствии со степенью утраты желания поесть или усилий заставить себя принять пищу.

- 0 = нормальный или повышенный аппетит;
- 1 =
- 2 = несколько сниженный аппетит;
- 3 =
- 4 = отсутствие аппетита; пища не имеет вкуса;
- 5 =
- 6 = необходимость принуждения для приема пищи;

6.Нарушение концентрации внимания

Трудности собраться с мыслями вплоть до утраты способности сконцентрироваться. Оценивается в соответствии с интенсивностью, частотой и степенью утраты способности концентрировать внимание.

- 0 = нет нарушений концентрации;
- 1 =
- 2 = эпизодически трудно собраться с мыслями;
- 3 =
- 4 = затруднения концентрации и длительного сосредоточения со снижением способности читать или поддерживать разговор;
- 5 =
- 6 = утрата способности читать или участвовать в разговоре без значительных усилий;

7.Апатия

Затруднения начать какую-либо деятельность или замедленность начала и выполнения повседневной деятельности.

- 0 = отсутствие затруднения начать какую-либо деятельность; отсутствие замедленности;
- 1 =
- 2 = затруднения начать какую-либо деятельность;
- 3 =
- 4 = затруднения начать простую повседневную деятельность, выполнение которых требует дополнительных усилий;
- 5 =
- 6 = полная апатия; неспособность выполнить что-либо без посторонней помощи;

8.Утрата способности чувствовать

Субъективное ощущение снижения интереса к окружающему или деятельности, обычно доставляющим удовольствие. Снижение способности адекватно эмоционально реагировать на внешние события или людей.

- 0 = нормальный интерес к окружающему и людям;

- 1 =
- 2 = снижение способности получать удовольствие от того, что обычно интересно;
- 3 =
- 4 = утрата интереса к окружающему; утрата чувств к друзьям и знакомым;
- 5 =
- 6 = ощущение эмоционального паралича, утраты способности испытывать гнев, печаль или удовольствие, полной или даже болезненной утраты чувств к близким и друзьям;

9.Пессимистические мысли

Идеи собственной вины, малоценности, самоуничижения, греховности или раскаяния.

- 0 = отсутствие пессимистических мыслей;
- 1 =
- 2 = эпизодические идеи неудачливости в жизни, самоуничижения или малоценности;
- 3 =
- 4 = постоянное самообвинение или конкретные, но еще рациональные, идеи виновности или греховности; нарастающая пессимистическая оценка будущего;
- 5 =
- 6 = бредовые идеи полного краха, раскаяния или неискупимого греха; абсурдное и непоколебимое самообвинение;

10.Суицидальные мысли

Чувство, что жить больше не стоит, что естественная смерть – желаемый исход; суицидальные мысли и приготовления к самоубийству.

- 0 = жизнь приносит удовольствие или воспринимается такой, какая она есть;
- 1 =
- 2 = усталость от жизни; эпизодические мысли о самоубийстве;
- 3 =
- 4 = возможно лучше умереть; суицидальные мысли становятся привычными, а самоубийство рассматривается как возможный способ решения проблем при отсутствии конкретных суицидальных планов или намерений;
- 5 =
- 6 = конкретное планирование совершения самоубийства при первой возможности; активные приготовления к самоубийству;

СУММА БАЛЛОВ [_____]

Шкала тревоги Гамильтона *(заполняется пациентом)*

Пожалуйста, оцените насколько сильно Вас беспокоили следующие симптомы за последние 30 дней	ПОКАЗАТЕЛИ (обвести соответствующие состоянию)				
Пункт шкалы	Отсутс	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени
1. Тревожное настроение (озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность)	0	1	2	3	4
2. Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться)	0	1	2	3	4
3. Страхи (темноты, незнакомцев, одиночества, животных, толпы, транспорта)	0	1	2	3	4
4. Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха, чувство разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сны)	0	1	2	3	4
5. Интеллектуальные нарушения (затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти)	0	1	2	3	4
6. Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания настроения)	0	1	2	3	4
7. Соматические мышечные симптомы (боли, подергивания, напряжение, судороги клонические, скрипение зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус)	0	1	2	3	4
8. Соматические сенсорные симптомы (звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара и холода, ощущение слабости, покалывания)	0	1	2	3	4
9. Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, частые вздохи)	0	1	2	3	4
10. Респираторные симптомы (давление и сжатие в груди, удушье, частые вздохи)	0	1	2	3	4
11. Гастроинтестинальные симптомы (затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполненного желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, запоры, снижение веса тела)	0	1	2	3	4

12. Мочеполовые симптомы (учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, менорагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция)	0	1	2	3	4
13. Вегетативные симптомы (сухость во рту, покраснение или бледность кожи, потливость, головные боли с чувством напряжения)	0	1	2	3	4
14. Поведение при осмотре (ерзанье на стуле, беспокойная жестикуляция и походка, тремор, нахмуривание лица, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, частое сглатывание слюны)	0	1	2	3	4

СУММА БАЛЛОВ[_____]