

Предикторы суицидального поведения у больных с зависимостью от азартных игр

БИСАЛИЕВ Р.В. к.м.н., докторант Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития России, Москва
e-mail: rafaebisaliyev@gmail.com

КУЦ О.А. врач наркологического учебно-научно-лечебного центра Астраханской государственной медицинской академии (АГМА), 414000, г.Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел.: 8 (8512) 44-74-96

МУХТАРОВА В.Р. зав. наркологическим отделением №3 Наркологического диспансера, 414028 г. Астрахань, ул Адмирала Нахимова, 70 «в»

С целью определения предикторов суицидального поведения обследовано 44 больных зависимостью от азартных игр. Выявлены биологические и социально-психологические предикторы суицидального поведения у больных патологическим гемблингом. Полученные результаты должны учитываться при разработке программ первичной и вторичной профилактики суицидального поведения у больных игровой зависимостью. Перспективным считаем включение пунктов по предикторам суицидального поведения в медицинскую документацию наркологических учреждений.

Ключевые слова: психиатрия, наркология, суицидальное поведение, профилактика

Введение

Актуальность изучения патологической зависимости от игры обусловлена как масштабностью распространения этого заболевания, так и высокой суицидальной смертностью. Зависимость от азартных игр является суицидоопасным заболеванием, так как у 32—70% больных отмечаются суицидальные мысли; от 13 до 40% игроков совершают суицидальные попытки [9]. Имеется целый ряд работ, посвященных исследованию факторов риска игровой зависимости [8]. Вместе с тем, отсутствуют исследования по предикторам суицидального поведения у больных с зависимостью от азартных игр.

Целью настоящего исследования было определение предикторов суицидального поведения у больных с зависимостью от азартных игр.

Пациенты и методы исследования

Обследовано 44 чел. — больные мужского пола, у которых сформирована зависимость от азартных игр, соответствующая критериям МКБ-10 (F63.0). Возраст респондентов варьировал от 18 до 39 лет, средний возраст 26,2 года.

Обследуемые были разделены на 2 группы: первая (основная) группа — больные игровой зависимостью с суицидальным поведением (БИЗС); вторая группа (сравнения) — больные игровой зависимостью без суицидального поведения (БИЗ). В первую группу вошли 18 чел. (40,9%). Вторую группу составили 26 чел. (59,1%). Длительность заболевания в обеих группах была от 2 до 12 лет и составила в среднем 7,7 года.

Критерии исключения:

- 1) склонность к азартным играм и заключению пари (Z72.6);
- 2) сопутствующая психическая патология (F20—F23);
- 3) злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) (F10—F19);
- 4) острые психотические состояния;
- 5) тяжелые органические поражения центральной нервной системы (F00—F05, F07—F09);
- 6) умственная отсталость (F70; F71);
- 7) соматические и неврологические расстройства в стадии обострения.

Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия χ^2 Пирсона. Данный критерий применим для оценки достоверности различий между двумя независимыми выборками, измерения в которых могут быть проведены в любой шкале, так как многие другие критерии имеют ограничения на измерения, а именно: либо только в порядковой шкале, либо в шкалах интервалов и отношений [7].

Результаты и обсуждение

Выявлены биологические предикторы суицидального поведения (рис. 1).

В основной группе больных выявлена наследственная отягощенность шизофренией, которая отсутствовала у больных группы сравнения (11,1%).

Что касается наследственной отягощенности аффективной патологией, то она также наблюдалась у больных первой группы (22,2%).

Особенность больных игровой зависимостью с суицидальным поведением состоит в том, что они достоверно чаще по сравнению с больными игроманией без суицидального поведения имели наследственную отягощенность зависимостью от азартных игр со стороны отцов (27,8 и 3,8%). Выявленная в анамнезе наследственная отягощенность игровой зависимостью по первой степени родства может служить важным прогностическим признаком суицидального поведения у данного контингента лиц.

Отягощенность алкоголизмом в группе БИЗС была выше, чем в группе БИЗ, однако различия не достигали статистической достоверности (44,5 и 19,2%). Наследственная отягощенность наркоманиями была меньше в группе БИЗС (11,2 и 19,4%). В совокупности, наследственная отягощенность наркологическими заболеваниями была существенно выше у азартных игроков с суицидальным поведением (55,7 и 38,6%), тогда как в общей популяции суицидентов она составляет 38,8% [5].

Каких-либо достоверных различий по патологии беременности и родов между больными обеих групп не выявлено. Тем не менее, в сумме пре-, пери- и постнатальные вредности у больных игроманией основной группы встречались чаще, чем у больных второй группы (77,7 и 50,0%). Так, токсикозы первого триместра беременности были больше у матерей больных первой группы (11,1 и 7,7%). Показатель «гипоксия плода» также чаще фиксировался у матерей пациентов группы БИЗС (22,2 и 7,7%). То же самое относится к другим показателям: «родовая травма» (22,2 и 7,7%), «кесарево сечение» (11,1 и 15,4%) и «преждевременные роды» (11,1 и 11,5%).

Большее количество черепно-мозговых травм (ЧМТ) различной степени тяжести выявлено у больных игроманией с суицидальным поведением (33,3 и 11,5%). Думается, что пре-, пери- и постнатальные

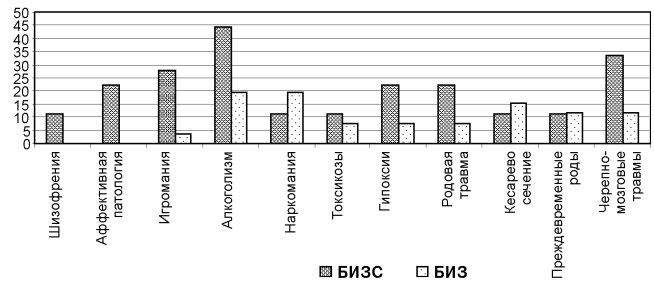


Рис. 1. Биологические предикторы у больных игровой зависимостью с суицидальным поведением (БИЗС) и у больных игровой зависимостью без суицидального поведения (БИЗ)

вредности, а также ЧМТ способствуют возникновению органической неполноценности структур головного мозга, что в дальнейшем, очевидно, оказывает влияние на формирование суицидального поведения у патологических гемблеров.

Анализ личностных особенностей показал, что в преморбиде установлены различные типы акцентуаций, которые реже констатировались в основной группе больных (табл. 1). Однако психопатий в этой группе было больше. Обращает на себя внимание доля эмоционально неустойчивого расстройства личности у БИЗС.

Девиантное поведение, так же как делинквентное, чаще констатировалось у пациентов с суицидальным поведением. На первый взгляд, не представляется возможным выделить какую-либо специфичную характеристику суицидальной личности. Вместе с тем, процент лиц с психопатической патологией, с девиантным и делинквентным поведением значимо преобладал в группе суицидальных больных, т.е. разница составляла 2,03 раза.

Диапазон вовлечения в азартные игры больных группы БИЗС колебался от 15 до 26 лет (в среднем

Таблица 1

Особенности личности и поведения у больных игровой зависимостью

	I группа (БИЗС), n=18		II группа (БИЗ), n=26	
	Абс.	%	Абс.	%
Акцентуации	3	16,7	15	57,7
Гипертимная	2	11,1	4	15,4
Шизоидная	0	0,0	3	11,5
Истероидная	1	5,6	3	11,5
Неустойчивая	0	0,0	5	19,2
Расстройства личности	7	38,9	6	23,1
Эмоционально неустойчивое	4	22,2	3	11,5
Шизоидное	2	11,1	2	7,7
Истерическое	1	5,6	1	3,8
Девиантное поведение	4	22,2	3	11,5
Делинквентное поведение	3	16,7	1	3,8

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

18,8 года), больных группы БИЗ — от 15 до 30 лет (в среднем 20,6 года) (табл. 2).

Несмотря на отсутствие достоверных различий по возрастному показателю, тем не менее, обнаружены следующие особенности. В частности, треть пациентов основной группы начали приобщаться к азартным играм в возрасте 15—16 лет, а больные группы сравнения — в 19—20 лет. Иными словами, ранний подростковый возраст приобщения к азартным играм является клинической особенностью в группе БИЗС.

Период, предшествующий формированию зависимости от азартных игр, сопровождался употреблением спиртных напитков, включая пиво, а также токсических веществ и препаратов конопли. Чаще употребление психоактивных веществ (ПАВ) было без при-

знаков зависимости, непродолжительное и носило ритуальный характер (табл. 3).

Свыше 40,0% пациентов обеих групп употребляли спиртные напитки. Количество больных, употреблявших токсические вещества, в группе БИЗС было больше, хотя различия были не достоверны (16,7 и 11,5%).

Обращает на себя внимание факт потребления гашиша больными только 1-й группы.

Употребление препаратов конопли можно отнести к предикторам суицидального поведения, что также подчеркивает отличительную особенность больных основной группы.

Мотивы приобщения к азартным играм отражены в табл. 4.

Наблюдения показывают, что у 22,2% БИЗС и у 46,2% БИЗ присутствовал определенный интерес к

Таблица 2

Распределение больных по возрасту начала вовлечения в азартные игры

Возраст, лет	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	Абс.	%	Абс.	%
15 — 16	6	33,3	3	11,5
17 — 18	2	11,1	5	19,2
19 — 20	5	27,8	10	38,5
21 — 22	2	11,1	2	7,7
23 — 24	2	11,1	0	0,0
25 — 26	1	5,6	2	7,7
27 — 28	0	0,0	2	7,7
29 — 30	0	0,0	2	7,7
Всего	18	100,0	26	100,0

Таблица 3

Частота употребления других психоактивных веществ

Психоактивное вещество	I группа (БИЗС), n=18		II группа (БИЗ), n=26	
	Абс.	%	Абс.	%
Алкоголь	8	44,4	11	42,3
Гашиш	3	16,7	0	0,0
Токсические вещества	3	16,7	3	11,5
Всего	14	77,8	14	53,8

Таблица 4

Мотивы приобщения к азартным играм

Мотивы	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	Абс.	%	Абс.	%
Заинтересованность	4	22,2	12	46,2
общение с игроманами	3	16,7	8	30,8
Быстро заработать	2	11,1	4	15,4
"Бегство" от проблем	4	22,2	1	3,8
Психогении	5	27,8	1	3,8
Всего	18	100,0	26	100,0

азартной игре в виде выигрыша в любом его материальном или психологическом эквиваленте, приносящем удовольствие. Не было отличий и по мотивам «общение с большими игроманией» (16,7 и 30,8%). Приобщение к азартным играм происходило под влиянием рассказов бывалых игроков об интересном времяпровождении, «новички» ощущали психологическую поддержку игроков. У части пациентов (11,1 и 15,4%) в качестве мотивации к участию в играх выступало желание быстрого и

легкого заработка, когда за одно мгновение можно стать экономически обеспеченным человеком.

Вместе с тем, у больных группы БИЭС констатировались высокие значения показателя «бегство» от проблем» (22,2 и 3,8%). Пациенты сообщали, что за игрой все острые проблемы (семейные, финансовые) отступали на второй план.

Выявлены достоверные различия по показателю «психогении». Этот показатель также был больше в

Таблица 5

Результаты данных по клиническим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости
Возраст	1,63	0,615
Шизофрения	3,03	0,08
Аффективная патология	6,36	0,01
Игромания	5,17	0,02
Алкоголизм	3,21	0,07
Наркомания	0,46	0,49
Токсикозы	0,15	0,69
Гипоксия плода	1,91	0,16
Родовая травма	1,91	0,16
Кесарево сечение	0,15	0,68
Преждевременные роды	0,002	0,96
Черепно-мозговые травмы	3,11	0,078
Акцентуации		
Гипертимная	0,17	0,68
Шизоидная	0,23	0,13
Истероидная	0,46	0,49
Неустойчивая	3,91	0,04
Расстройства личности		
Эмоционально неустойчивое	0,91	0,34
Шизоидное	0,15	0,69
Истерическое	0,07	0,79
Девиантное поведение	0,91	0,34
Делинквентное поведение	2,12	0,14
Время приобщения к азартным играм	10,89	0,62
Частота употребления других психоактивных веществ		
Алкоголь	0,02	0,88
Токсические вещества	0,24	0,62
Гашиш	4,65	0,03
Мотивы приобщения к азартным играм		
Заинтересованность	2,63	0,10
Общение с игроманами	0,27	0,60
Быстро заработать	0,17	0,68
"Бегство" от проблем	3,57	0,05
Психогении	5,17	0,02
Продолжительность эпизодического участия в азартных играх	3,58	0,05
Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p < 0,05$		

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

группе БИЗС (27,8 и 3,8%). Участие в азартных играх было обусловлено желанием нормализовать свой психический статус, снять тревогу, тоску, повысить настроение.

Длительность эпизодического участия в азартных играх в группе БИЗС была от 2 до 9 мес. и составила в среднем 5,5 мес., а в группе БИЗ — от 4 до 11 мес. (в среднем — 8,1 мес.). Другими словами, становление лудомании происходило в 1,5 раза быстрее.

Результаты статистической обработки приведены в табл. 5.

В наших исследованиях суицидальное поведение у родственников БИЗС обнаруживалось по первой степени родства (по линии матери и отца), у родственников больных группы сравнения — по первой степени родства (по линии отца) и по линии других родственников ($p \leq 0,05$) (табл. 6).

Доля суицидального поведения у родственников больных игроманией основной группы была высокой (34,2 и 5,5%; $p < 0,05$). Другими словами, суицидальная активность у ближайших родственников группы БИЗС в несколько раз выше аналогичного показателя родственников группы БИЗ. У матерей больных превалировали суицидальные мысли, тогда как у отцов — суицидальные попытки. Возможно, лица мужского пола склонны больше, чем женщины, проявлять рискованные и импульсивные действия.

По-прежнему остается недостаточно изученной связь между патологическим гемблингом, суицидами и микро-, макросоциальными воздействиями.

Рассматривалась структура семьи как возможный предиктор суицидального поведения у патологических игроков (табл. 7).

Воспитывались в полных семьях 44,4% пациентов основной группы и 42,3% пациентов группы сравнения. Количество воспитывающихся в условиях искаженной семейной структуры (воспитывались матерью и мачехой) в обеих группах было практически равным (55,6 и 57,7%). С одной стороны, несущественный статистический разброс по структуре семьи позволяет предположить, что структура семьи является предиктором как игровой зависимости, так и суицидального поведения, тем более, что об этом упоминается во многих работах [1, 2]. С другой стороны, установлены особенности, характерные для семей БИЗС. В частности, матери и мачехи формировали в своих детях заниженную самооценку, чувство вины. Первые были невротизированы, закомплексованы своим статусом «матери-одиночки», они высказывали недовольство: «С тобой еще труднее, чем с твоим отцом». Мачехи старались не обращать внимания на своих приемных детей либо воспринимали их как обузу: «Ты достался мне от своей матери с проблемами». И в том, и в другом случае у больных часто снижалось настроение, возникало чувство обиды и неполноценности с ощущениями «лишнего в семье».

Таблица 6

Суицидальное поведение у родственников больных игровой зависимостью

Суицидальное поведение	I группа (БИЗС)		II группа (БИЗ)	
	Абс.	%	Абс.	%
Матери (n=23)				
Суицидальные мысли	12	52,2	0	0,0
Суицидальные попытки	4	17,4	0	0,0
Отцы (n=31)				
Суицидальные мысли	6	19,3	2	6,4
Суицидальные попытки	3	9,6	2	6,4
Другие родственники (n=19)				
Суицидальные мысли	0	0,0	3	15,8
Суицидальные попытки	0	0,0	0	0,0

Таблица 7

Характеристика семейной структуры

Структура семьи	I группа (БИЗС), n=18		II группа (БИЗ), n=26	
	Абс.	%	Абс.	%
Полная семья	8	44,4	11	42,3
Неполная семья (матери)	5	27,8	9	34,6
Неполная семья (мачехи)	5	27,8	6	23,1
Всего	18	100,0	26	100,0

Роль семейных факторов в формировании суицидального поведения подтверждается результатами, отражающими стили воспитания (рис. 2).

Применение в семьях пациентов игровой зависимостью патогенных стилей воспитания выявлено у подавляющего количества лиц (88,8% и 88,5%).

Воспитание по типу «гиперпротекция» наблюдалось у больных первой группы в 22,2% случаев, у больных второй группы — в 26,9%. Некоторые авторы считают, что воспитание по типу «гиперпротекция» обладает суицидогенным потенциалом [6].

Показатели по стилю «гипопротекция» в обеих группах не достигали статистической достоверности (16,7% и 30,8%). Однако в группе суицидентов гипопротекция со стороны родителей проявлялась снижением опеки и контроля над жизнью и потребностями ребенка, тогда как в группе сравнения — над поведением подростка.

Стиль воспитания «эмоциональное отвержение» использовался в группах больных в 16,7% и 11,5% случаях. При этом эмоциональное отвержение со стороны родителей в семьях больных основной группы отличалось своей экспрессивностью и большей продолжительностью, что в дальнейшем формировало у больных с суицидальным поведением устойчивой тенденции к ожидаемому эмоциональному отвержению. Кроме того, пациенты основной группы остро и длительно переживали недостаток внимания со стороны родителей, а обследуемые группы сравнения полагали, что могут безболезненно нейтрализовать негативное психологическое состояние путем употребления ПАВ или участия в азартных играх.

Аналогичные результаты получены по частоте неустойчивого стиля воспитания (16,7 и 11,5%). Отсутствие в семье стабильных теплых эмоциональных взаимоотношений, а также неопределенность в воспитательных стратегиях, обуславливала у больных первой группы возникновение психической напряженности, тревожности, неустойчивости настроения с преобладанием сниженного.

Воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности констатировалось в

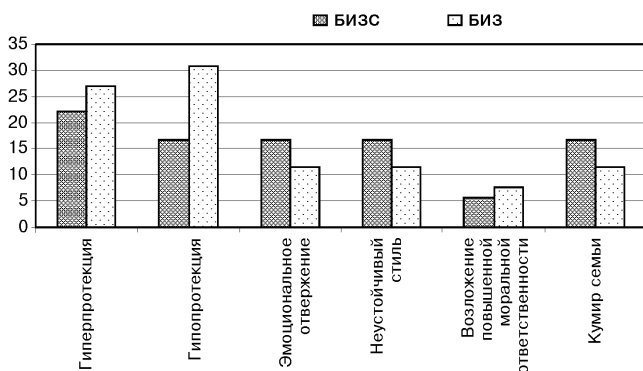


Рис. 2. Стили воспитания в семьях БИЗС и в семьях БИЗ

группах БИЗС и БИЗ в 5,6 и в 7,7% случаев соответственно. Думается, что и при неустойчивом стиле воспитания, и при воспитании с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности высока вероятность совершения суицидальных действий по детензивной мотивации (снятие психоэмоционального напряжения) [4].

Воспитание по типу «кумир семьи» отмечено у 16,7% пациентов основной группы и у 11,5% больных группы сравнения. В этих семьях поощрялись любые прихоти ребенка, придавалось чрезмерное значение материальным ценностям, вещизму. В случае неудовлетворения какой-либо потребности БИЗС вербализировали угрозы, в том числе суицидального характера, а больные второй группы вступали в конфликт с родителями, становились навязчивыми в отношении реализации потребности.

По всем стилям воспитания достоверных различий не установлено. В то же время практически при всех воспитательных стратегиях в основной группе пациентов стили воспитания имели некоторые особенности. На наш взгляд, по своим характеристикам типы воспитания были суицидогенными. Воспитательные мероприятия, осуществляемые родителями, способствовали возникновению и развитию заниженной самооценки, беспомощности, чувства вины, неполноценности, ущербности и никчемности, у этих больных часто настроение было сниженным, чего не наблюдалось в группе сравнения.

Анализировались внутрисемейные отношения между родителями пациентов, между больными и их родителями и между супругами в семьях больных лудоманией (табл. 8).

Нормальные отношения между родителями больных основной группы встречались реже, чем между родителями больных группы сравнения (38,9% и 53,8%). Патологические гемблеры основной группы отмечали, что отношения между родителями носили формальный характер, так как один из показателей нормальных отношений, по их мнению, — это внешнее благополучие. Больные не отрицали, что находи-

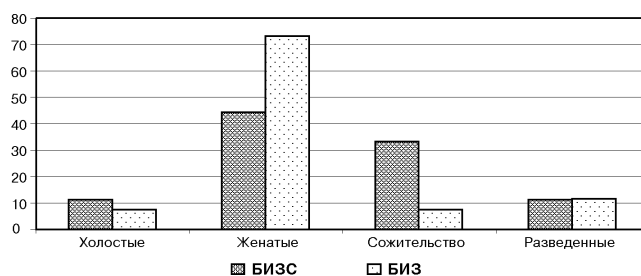


Рис. 3. Семейное положение БИЗС и БИЗ

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (БИЗС), n=18		II группа (БИЗ), n=26	
	Абс.	%	Абс.	%
Отношения между родителями больных				
Нормальные	7	38,9	14	53,8
Умеренно конфликтные	7	38,9	11	42,3
Резко конфликтные	4	22,2	1	3,8
Отношения между больными и их родителями				
Нормальные	6	33,3	15	57,7
Умеренно конфликтные	9	50,0	11	42,3
Резко конфликтные	3	16,7	0	0,0
Отношения в собственных семьях больных				
Нормальные	0	0,0	9	34,6
Умеренно конфликтные	4	22,2	5	19,2
Резко конфликтные	10	55,6	7	26,9

лись в постоянном напряжении в ожидании очередного скандала. Азартные игроки группы сравнения считали, что между родителями действительно имеются искренние и теплые отношения.

Прогнозируемая конфликтность подтверждается данными по частоте умеренно конфликтных и резко конфликтных отношений между родителями больных (61,1 и 46,1%).

Своеобразные отношения встречались между БИЗС и их родителями. Они характеризовались большей конфликтностью. Так, доля конфликтных отношений между больными основной группы и их родителями составила 66,7%, а между больными второй группы и их родителями — 42,3%. При этом резко конфликтные отношения фиксировались лишь между БИЗС и их родителями (16,7%). Думается, что описываемый некоторыми авторами феномен «оперантное научение», с помощью которого объясняются патогенетические механизмы зависимого поведения [3], может быть применен к суицидальному поведению. Семейные конфликты являлись триггерным механизмом суицидального поведения у БИЗС, тогда как у БИЗ конфликты являлись чаще причиной рецидива заболевания. Наше предположение основано на анализе отношений во время сеансов семейной психотерапии. Родители (обычно матери) больных первой группы в конфликтных ситуациях вербализировали «пожелания», направленные на прекращение жизни: «Либо ты меня сведешь в могилу, либо я тебя». У родителей больных группы сравнения содержание «посылов» было следующим: «Иди, лечись, ты больной» и т.д.

Акцепция неконструктивного стиля отношений прослеживается в собственных семьях БИЗС. Четко просматривается эффект аккумуляции конфликтных

отношений. В собственных семьях больных первой группы семейная конфликтность регистрируется на уровне 77,8%, в собственных семьях у больных второй группы — на уровне 46,1%. Другими словами, во всех диадных сочетаниях удельный вес конфликтных отношений у больных с суицидальным поведением имеет тенденцию к росту, у больных без суицидального поведения обнаружена статистическая стагнация.

Следующим этапом было исследование семейного положения больных (рис. 3).

Наименьшее количество больных обеих групп оставались холостыми (11,1 и 7,7%). Эти больные считали, что еще от жизни не все «взяли», а семейное положение будет лишь ограничивать их в получении «кайфа».

Женатых мужчин было достоверно меньше в группе БИЗС, чем в группе БИЗ (44,4 и 73,1%). Несмотря на кажущуюся целостность структуры семьи, между больными и их женами были напряженные конфликтные отношения. Особенно это проявлялось в семьях БИЗС. Это подтверждается также тем, что доля больных, проживающих в гражданском браке, в основной группе значимо выше таковой в группе сравнения (33,3 и 7,7%). Конфликты в семье служили ведущей причиной ухода больных из дома. В дальнейшем они продолжали сожительство с другими женщинами. Все женатые мужчины состояли в единственном официальном браке. Разведенных было 11,1 и 11,5%.

При обсуждении социальных детерминант, способствующих возникновению суицидального поведения у больных игровой зависимостью, необходимы исследования материального уровня родительских и собственных семей больных лудоманией (рис. 4).

Результаты статистических данных по социально-психологическим предикторам суицидального поведения

Показатели	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости
Структура семьи		
Полная семья	0,02	0,88
Неполная семья (матери)	0,23	0,63
Неполная семья (мачехи)	0,13	0,72
Стили воспитания		
Гиперпротекция	0,13	0,72
Гипопротекция	0,27	0,60
Неустойчивый стиль	0,24	0,62
Возложение повышенной моральной ответственности	0,08	0,78
"Кумир" семьи	0,15	0,69
Отношения между родителями		
Нормальные	0,95	0,32
Умеренно конфликтные	0,05	0,82
Резко конфликтные	3,57	0,05
Отношения больных с родителями		
Ровные	2,53	0,11
Умеренно конфликтные	0,25	0,61
Резко конфликтные	4,65	0,03
Отношения в собственных семьях больных		
Ровные	7,83	0,005
Умеренно конфликтные	0,06	0,80
Резко конфликтные	3,68	0,05
Семейное положение		
Холостые	0,15	0,69
Женатые	3,68	0,05
Сожительство	4,71	0,03
Разведенные	0,002	0,96
Материальное положение родительских семей		
Отличное	0,17	0,68
Хорошее	0,23	0,63
Удовлетворительное	0,01	0,93
Неудовлетворительное	2,12	0,14
Материальное положение собственных семей больных		
Отличное	3,91	0,04
Хорошее	3,93	0,049
Удовлетворительное	0,02	0,88
Неудовлетворительное	8,15	0,004

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

С отличным материальным положением родительских семей больных первой группы (РБИЗС) было 11,1%, а родительских семей больных второй группы (РБИЗ) — 15,4%.

Большинство родительских семей больных было с хорошим материальным положением (38,9 и 46,2%). Удовлетворительное материальное положе-

ние в родительских семьях было у 33,3 и 34,6% в группах БИЗС и БИЗ соответственно.

Семей с неудовлетворительным материальным статусом было несколько больше в родительских семьях группы БИЗС, хотя значения были не достоверны (16,7 и 3,8%). Несмотря на то, что между сравниваемыми семьями не установлены статистиче-

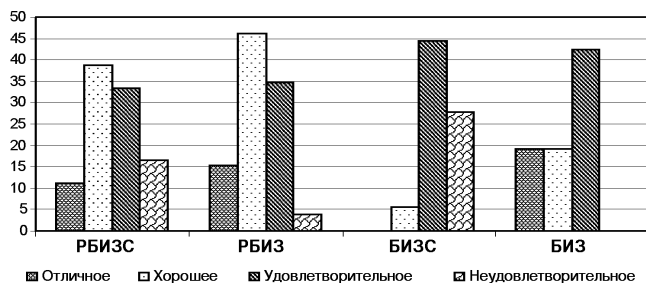


Рис. 4. Материальное положение в РБИЗС, РБИЗ, в семьях БИЗС, в семьях БИЗ

ские различия, тем не менее, общее количество семей с низким материальным уровнем (совокупность удовлетворительного и неудовлетворительного материального положения) больше было в родительских семьях группы БИЗС (50,0 и 38,4%). И, наоборот, общее количество семей с высоким материальным уровнем (совокупность отличного и хорошего материального положения) отмечено в родительских семьях группы БИЗ (50,0 и 61,6%).

Весьма показательны данные по материальному уровню собственных семей больных игровой зависимостью. Так, например, доля семей основной группы больных с отличным положением достоверно реже встречалась по сравнению с семьями больных второй группы (0,0 и 19,2%). Хорошее материальное положение также достоверно реже фиксировалось у больных первой группы (5,6 и 19,2%).

Удовлетворительный материальный уровень чаще констатировался в семьях больных БИЗС, чем в семьях группы БИЗ (44,4 и 42,3%). Выявлены различия по неудовлетворительному материальному положению. Если в семьях основной группы пациентов низкий уровень составил 27,8%, то в семьях больных группы сравнения таковой отсутствовал.

Анализируя материальный статус родительских и собственных семей больных игровой зависимостью можно предположить, что их образ жизни, уровень притязаний, ценностные ориентации и приоритеты являются «зеркальным» отражением указанных составляющих родителей. Однако у БИЗС перечисленные психологические характеристики не только отражают низкую социальную приспособляемость и неэффективное взаимодействие с социумом, но и демонстрируют наличие индивидуальных личностных особенностей саморазрушительного спектра.

По всем социально-психологическим параметрам группа БИЗС иллюстрирует более низкое качество жизни как в сравнении со своими родителями, так и с больными группы БИЗ. В то время как БИЗ имеют социальный статус, схожий со своими родителями и

более высокий по сравнению с респондентами первой группы.

Результаты статистической обработки представлены в табл. 9.

Заключение

Таким образом, установлены биологические и социально-психологические предикторы суицидального поведения у больных зависимостью от азартных игр.

К биологическим предикторам относятся: наследственная отягощенность игровой зависимостью, аффективной патологией, алкоголизмом, а также психопатии.

Выявлено наличие суицидального поведения у родителей и у других родственников больных зависимостью от азартных игр.

К социально-психологическим предикторам относятся: внутрисемейная конфликтность, нестабильность брака, а также низкий материальный уровень в собственных семьях больных.

Полученные результаты должны учитываться при разработке программ по первичной и вторичной профилактике суицидального поведения у больных игровой зависимостью. Полученные результаты дают основание считать перспективным включение пунктов по предикторам суицидального поведения в медицинскую документацию психиатрических и наркологических учреждений.

Список литературы

1. Бисалиев Р.В., Дудко Т.Н., Сараев М.А. Аутоагрессивное поведение в семьях больных опийной наркоманией. — Астрахань: ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2009. — 147 с.
2. Бузык О.Ж. Зависимость от азартных игр: клинические проявления, особенности течения, лечение: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2008. — 272 с.
3. Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. — Ростов-на-Дону, 2002. — 35 с.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
5. Лапин И.А. Факторы риска повторного суицидального поведения женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 28 с.
6. Малютина Н.В. Влияние нежелательности ребенка на суицидальное поведение в подростковом и юношеском возрасте: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2002.
7. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. — СПб.: Питер, 2005. — 416 с.
8. Цыганков Б.Д., Малыгин В.Л., Егоров А.Ю., Хвостиков Г.С. Нехимические аддикции: патологическая игровая зависимость от компьютерных игр // Вопросы наркологии. — 2007. — №4. — Ч. 1. — С. 18—31.
9. Petry N.M., Kiluk B.D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers // J. Nerv. Ment. Dis. — 2002. — Vol. 190. — №7. — P. 462—469.

SUICIDE BEHAVIOUR PREDICTORS IN PATIENTS WITH PATHOLOGICAL GAME DEPENDENCE

BISALIEV R.V. candidate of medical sciences, doctorant of National science centre of narcology, Moscow

KUTS O.A. psychiatrist-narcologist of narcological educational, scientific medical the center
of the Astrakhan state medical academy (ASMA)

MUKHTAROVA V.R. head of the Department of drug treatment, Astrakhan

For the purpose of definition predictors suicide behavior it is surveyed by 44 sick game dependence. Are revealed biological and social psychological predictors suicide behavior pathological gambling. The received results should be considered by working out of programs on primary and secondary preventive maintenance of suicide behavior at sick of game dependence. Perspective we consider inclusion of points on predictors suicide behavior in the medical documentation of narcological establishments.

Kew words: psychiatry, narcology, suicide behaviour