

Предикторы суицидального поведения у жён аддиктивных больных

БИСАЛИЕВ Р.В. д.м.н., доцент кафедры "Общая психология", Астраханский государственный технический университет;
e-mail: rafaelbisaliev@gmail.com

С целью определения предикторов суицидального поведения обследованы 102 женщины, мужья которых больны алкогольной, опиатной или игровой зависимостью. Выявлены клинические и социально-психологические предикторы суицидального поведения у этих женщин. Требуется разработка специальных для этих лиц профилактических программ, включающих в себя психофармакотерапевтические и психотерапевтические методы, направленные на коррекцию психических и поведенческих расстройств, внутрисемейных отношений, дезактуализацию суицидального поведения, а также на повышение адаптационного потенциала и фрустрационной толерантности.

Ключевые слова: психиатрия, наркология, суицидальное поведение, созависимость

Введение

Феномен созависимости отличается клиническим разнообразием, поскольку в нём отражаются все стороны жизни индивида. Однако до настоящего времени не существует точного определения созависимости. Одни авторы считают её болезнью, другие полагают, что это состояние соответствует критериям патологического развития личности [8].

Актуальность исследования обусловлена высокой значимостью ассоциированных с данным состоянием медицинских и социальных проблем. Следует отметить, что проблема психических и поведенческих нарушений, развивающихся в динамике созависимости, наименее разработана в теоретическом плане, а родственники аддиктивных больных представляют собой резистентную к терапии группу.

Крайне актуальной является проблема суицидов и суицидальных попыток у родственников аддиктивных больных. Суицидальная активность у жён аддиктов колеблется в пределах 12,9—20,6% [2, 7, 11]. Вместе с тем, не уделяется должного внимания, если не сказать больше — упускается важнейшая проблема созависимости — суицидальное поведение.

Целью настоящего исследования было определение предикторов суицидального поведения у жён аддиктивных больных.

Пациенты и методы исследования

Обследованы 102 женщины, мужья которых больны алкогольной, опиатной и игровой зависимостью, из них жён больных алкоголизмом — 38 чел. (37,2%); опиатной наркоманией — 32 чел. (31,4%); игровой зависимостью — 32 чел. (31,4%). Возраст жён варьировал от 18 до 50 лет, средний возраст 32,7 года. Принципиальных отличий проявлений созависимости у жён, чьи мужья больны зависимостью, не обнаружено

[8]. Возможно, у них также отсутствуют существенные различия по медицинским последствиям, например по суицидальному поведению. Это и позволило объединить в одну группу жён вне связи с характером аддиктивных расстройств у их мужей.

В соответствии с поставленной целью респонденты были поделены на 2 группы:

- первая (основная) группа — жёны аддиктивных больных с суицидальным поведением (ЖС);
- вторая группа (сравнения) — жёны аддиктивных больных без суицидального поведения (ЖАБ).

В первую группу вошли 29 чел. (28,4%). Вторую группу составили 73 чел. (71,6%). Длительность созависимости, т.е. проживания в семье с аддиктивным больным, была от 4 до 15 лет и составила в среднем 9,1 года.

Критерии исключения:

- 1) возраст более 60 лет;
- 2) психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (F10—F19), в том числе у детей женщин;
- 3) эндогенные психические заболевания (шизофрения и другие бредовые расстройства — F20—F23);
- 4) острые психотические состояния;
- 5) тяжёлые органические поражения центральной нервной системы (F00 — F005, F07 — F09);
- 6) умственная недостаточность (F70; F71);
- 7) соматические и неврологические расстройства в стадии обострения.

Для определения предикторов нами была разработана карта обследования аддиктивных и их созависимых родственников. Следует отметить, что при её разработке за основу были взяты карты обследования других авторов [1, 3, 10].

Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия χ^2 Пирсона, который позволяет сравнивать изучаемые

показатели вне зависимости от того, распределены они нормально или нет [9].

Среди возможных клинических предикторов суицидальности нами изучались такие параметры, как наследственная отягощённость, патология беременности и родов у родителей обследованных женщин, отягощённость ЧМТ, особенности личности и поведения.

Результаты и их обсуждение

Наследственная отягощённость шизофренией по линии матери установлена у 6,9% жён-суицидентов и у 2,7% жён без суицидального поведения (рис. 1).

Выявлена психопатологическая отягощённость аффективной патологией, она была больше у жён группы ЖС (10,3 и 1,3%). То есть, как и у аддиктивных суицидентов, отягощённость шизофренией и аффективной патологией у созависимых жён является специфическим признаком лиц с суицидальным поведением.

Пограничные психические расстройства в виде невротических реакций, фобического и депрессивного неврозов были у матерей женщин группы ЖС (6,9%). Можно предположить, что имеющаяся отягощённость неврозами обуславливала формирование слабого типа высшей нервной деятельности с низкой фрустрационной толерантностью. Низкая фрустрационная толерантность служит предрасполагающим фактором суицидального поведения. Большинство суицидентов — это невротики с «раненной» уже с детства личностью, когда их «Я» не могло полностью развиваться. Личность такой женщины по причине постоянных, одна за другой следующих неудач приходит, как её кажется, к состоянию безысходности, а суицид в данном случае «решает» возникшие проблемы.

У женщин основной группы обнаружена отягощённость эпилепсией (6,9%).

Обращает на себя внимание доля отягощённости алкогольной зависимостью — 41,3 и 12,3% в соответствующих группах. Наследственная отягощённость алкоголизмом по линии отца была существенно выше у жён первой группы (31,0 и 9,5%), по линии других родственников этот показатель не различался (10,3 и 2,7%; $p \geq 0,05$). Наследственная отягощённость наркоманиями по линии отца была выявлена только у жён основной группы (20,6 и 0,0%), и, как видно, различия между группами высокодостоверны. Другими словами, наркологическая отягощённость является предиктором суицидального поведения не только у самих аддиктов, но и у их близкого окружения.

Иллюстративны такие показатели, как «преждевременные роды» (17,2 и 1,3%) и «гипоксия плода» (6,9 и 0,0%), которые достоверно чаще встречались у матерей обследуемых женщин первой группы. Н.В. Малютина [6], исследуя феномен нежелательно-

сти ребёнка и влияние его на формирование суицидального поведения у детей и подростков, обнаружила, что у большинства матерей были проблемы с нормальным протеканием беременности и родами (рождение ребёнка раньше срока, роды с асфиксией, кесарево сечение). Автор пришла к выводу о влиянии субъективных причин на жизнь плода и появление его на свет. С этим мнением можно согласиться, несмотря на его некоторую умозрительность. В частности, жёны основной группы сообщали, и впоследствии это подтверждалось их матерями, что они были нежеланными детьми. Со слов матерей обследуемых женщин, период беременности сопровождался неприятным психологическим состоянием, они были ранимы, раздражительны, плаксивы. Отрицательное отношение к будущему ребёнку подкреплялось их мужьями, которые не проявляли к ним заботу и соучастие. Часть мужей откровенно выражала недовольство по поводу незапланированного рождения детей. Следует подчеркнуть, что выявленные особенности чаще регистрировались у жён с суицидальным поведением. Показатели «токсикозы» (5,4%) и «кесарево сечение» (2,7%), отмечались у матерей женщин группы сравнения. Не выявлено каких-либо различий по частоте черепно-мозговых травм в анамнезе (6,9 и 5,4%).

Акцентуации, психопатии и особенности поведения отражены в табл. 1.

Существенные различия получены по частоте встречаемости в изучаемых группах женщин циклоидной и истероидной акцентуаций. Обе акцентуации могут быть отнесены к предикторам суицидального поведения ввиду их достоверного превышения у жён первой группы. Кстати, А.Е. Личко [5] выделяет циклоидную акцентуацию как суицидогенную.

Важным считаем отметить, и тем самым подчеркнуть, специфичность группы созависимых суицидентов, выражающуюся в достоверном превышении расстройств личности у женщин основной группы (44,8 и 8,1%; $p < 0,05$). По разновидностям психических расстройств психопатии также преобладали у жён с

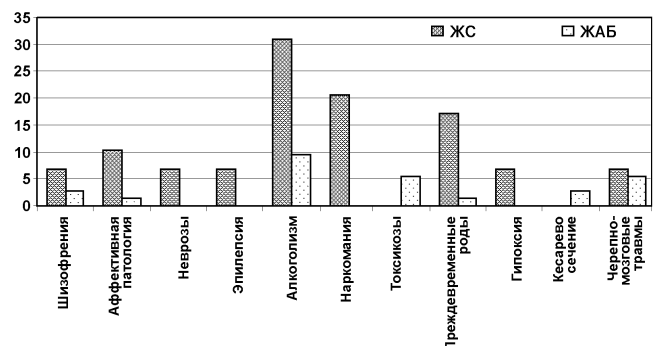


Рис. 1. Анамнестические данные у жён аддиктивных больных с суицидальным поведением (ЖС) и у жён аддиктивных больных без суицидального поведения (ЖАБ)

Особенности личности и поведения у жён аддиктов

	I группа (ЖС), n=29		II группа (ЖАБ), n=73	
	Абс.	%	Абс.	%
Акцентуации	8	27,5	15	20,4
Гипертимная	0	0,0	2	2,7
Циклоидная	3	10,3	0	0,0
Лабильная	0	0,0	6	8,2
Сенситивная	0	0,0	2	2,7
Психастеническая	0	0,0	2	2,7
Истероидная	5	17,2	3	4,1
Расстройства личности	13	44,8	6	8,1
Эмоционально неустойчивое	11	37,9	4	5,4
Смешанные	2	6,9	2	2,7
Девиантное поведение	2	6,9	0	0,0
Невротические расстройства	4	13,7	2	2,7

суицидальным поведением. Различия были достоверны и по эмоционально неустойчивому расстройству личности с преобладанием его у жён первой группы (37,9 и 8,1%). А смешанные расстройства личности обнаружены в 6,9 и 2,7%, так как в равной степени встречались черты шизоидности, неустойчивости, демонстративности и эксплозивности.

Девиантное поведение наблюдалось лишь у жён с суицидальным поведением (6,9%), поэтому его можно отнести к прогностическим признакам суицидальности у жён аддиктивных больных.

Невротические расстройства, включая фобии, тревогу, навязчивые мысли, логоневроз, астеническую симптоматику, были выявлены у 13,7% жён основной группы и у 2,7% жён группы сравнения. Обнаруживались обострения соматических заболеваний (гастриты, энтериты), перепады артериального давления, снижение аппетита, вегетативные кризы. Полученные факты позволяют отнести невротические расстройства к предикторам суицидального поведения, так как изначально сенситивная к стрессам или фрустрациям психика является, по сути, провоцирующим фактором суицидального поведения.

Результаты статистических данных по клиническим предикторам суицидального поведения отражены в табл. 2.

Проведён опрос родителей и других родственников (дяди, тёти, братья, сёстры) на предмет наличия у них суицидальных действий (табл. 3).

Как видно из табл. 3, достоверно чаще суицидальное поведение констатировалось у родственников жён основной группы (36,7 и 8,4%; $p < 0,05$). При этом суицидальные мысли и попытки наблюдались лишь у матерей обследуемых женщин. Вероятно, это связано с большей эмоциональностью и восприимчивостью

женщин к психотравмирующим ситуациям. Следует отметить, что самоубийства чаще фиксировались у лиц, в семьях которых совершались суицидальные попытки или имелись завершённые суициды [12, 13].

Изучалась связь суицидального поведения с социально-психологическими характеристиками. Подавляющее большинство обследуемых обеих групп воспитывалось в полных семьях (82,8 и 89,0%) (табл. 4).

Однако данные семьи отличались конфликтностью, особенно это было выражено в семьях жён с суицидальным поведением. Можно предположить, что дисфункциональные семьи являются почвой для развития суицидального поведения и других проблем, в возникновении которых важны травматические события детства. Более того, известно, что феномен дисфункциональности встречается в полных семьях [8].

Дисфункциональность семей жён с суицидальным поведением подтверждается превалярованием среди них неполных семей. Вместе с тем, в семьях основной группы созависимых матери обследуемых выражали сожаление по поводу развода, так как считали, что сохранение семьи, несмотря на сложившуюся ситуацию, является одной из важных задач женщины. Соблюдение этого принципа семейной жизни позволяет, по мнению матерей женщин группы ЖС, избежать «позорного» статуса «матери-одиночки». В семьях жён группы сравнения развод рассматривался как неблагоприятное стечение обстоятельств, а в ряде случаев — необходимая мера. То есть в семьях жён с суицидальным поведением прослеживается «закладка» паттернов виктимного поведения.

Обнаруженные стили воспитания показаны на рис. 2.

Патогенные стили воспитания применялись в семьях обеих групп жён с преобладанием их в группе ЖС (92,8 и 87,4%).

Таблица 2

Результаты статистических данных по клиническим предикторам суицидального поведения

Клинические предикторы	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости p
Шизофрения	0,952	0,32
Аффективная патология	4,43	0,03
Невротические расстройства	5,135	0,02
Эпилепсия	5,135	0,02
Алкоголизм	8,61	0,003
Наркомания	16,04	0,00
Токсикозы	1,654	0,98
Преждевременные роды	13,23	0,00
Гипоксия	5,135	0,02
Кесарево сечение	0,810	0,35
Черепно-мозговые травмы	0,075	0,78
Акцентуации:		
Гипертимная	0,810	0,36
Циклоидная	7,781	0,005
Лабильная	2,533	0,11
Сенситивная	0,810	0,36
Психастеническая	0,810	0,36
Истероидная	6,829	0,009
Психопатии		
Возбудимая	20,49	0,00
Смешанные	0,952	0,32
Девиантное поведение	5,135	0,02
Невротические расстройства	4,580	0,03

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

Таблица 3

Суицидальное поведение у родственников обследуемых женщин

Суицидальное поведение	I группа (ЖС), n=29		II группа (ЖАБ), n=73	
	Абс.	%	Абс.	%
Матери (n=44)				
Суицидальные мысли	13	29,5	3	6,8
Суицидальные попытки	9	20,4	3	6,8
Отцы (n=33)				
Суицидальные мысли	5	15,1	2	6,0
Суицидальные попытки	7	21,2	0	0,0
Другие родственники (n=29)				
Суицидальные мысли	4	13,7	1	3,4
Суицидальные попытки	1	3,4	0	0,0

Таблица 4

Характеристика семейной структуры

Структура семьи	I группа (ЖС), n=29		II группа (ЖАБ), n=73	
	Абс.	%	Абс.	%
Полная семья	24	82,8	65	89,0
Неполная семья (без отца)	5	17,2	8	11,0
Всего	29	100,0	73	100,0

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

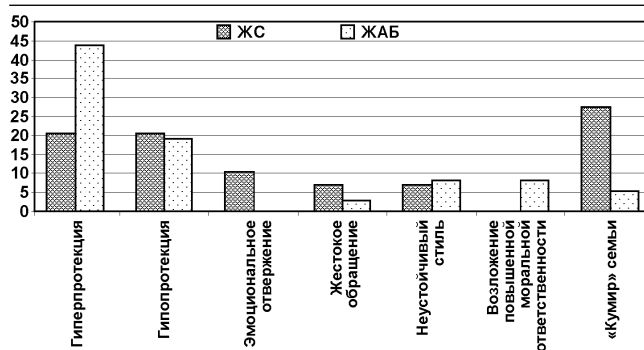


Рис. 2. Стили воспитания в семьях жён аддиктивных больных с суицидальным поведением (ЖС) и в семьях жён аддиктивных больных без суицидального поведения (ЖАБ)

Воспитание по типу «гиперпротекция» реже отмечалось в родительских семьях жён группы ЖС (20,6%) по сравнению с родительскими семьями жён группы ЖАБ (43,8%). При реализации в воспитании повышенной требовательности формируются устойчивые суицидальные тенденции [6]. «Гипопротекция» в семьях жён наблюдалась у 20,6 и 19,1%.

Обращает на себя внимание воспитание по типу «эмоциональное отвержение», которое фиксировалось лишь в группе ЖС (10,3%). Они считали, что отвержение их родителями способствовало возникновению психологической неудовлетворённости в эмоциональной привязанности, любви, безопасности. Это сопровождалось ощущениями своей ненужности родителям, у жён с суицидальным поведением снижалась настроенность, возникало желание уйти из дома.

В семьях сравниваемых групп выявлено жестокое обращение, включающее в себя вербальную (оскорбления, унижения, постоянные придирки) и физическую (побои, избиения) агрессию (6,9 и 2,7%). В семьях,

где имеется насилие в любых его проявлениях, выше риск самоубийства и суицидальных попыток [4].

Неустойчивый стиль воспитания в группе женщин с суицидальным поведением встречался реже (6,9 и 8,2%). Со слов женщин первой группы, взаимоотношения с родителями характеризовались непредсказуемостью. Это сопровождалось состоянием тревожности и напряжённости. Воспитание с возложением на ребёнка повышенной моральной ответственности установлено в родительских семьях группы сравнения (8,2%).

Высокодостоверные различия получены по воспитанию «кумир семьи», оно значимо было выше в семьях женщин с суицидальным поведением (27,5 и 5,4%). Жёны основной группы полагали, что родители им многое позволяли, оберегали от каких-либо неприятностей, часто хвалили. Вместе с тем, обследуемые считали, что это воспитание не выработало в них упорство в достижении цели, умений постоять за себя и за свои интересы, что, вероятно, обуславливало формирование у них низкой стрессоустойчивости.

При рассмотрении социальных детерминант, способствующих возникновению суицидального поведения, подчёркивается факт нарушенных внутрисемейных отношений [7].

Нормальные отношения достоверно реже наблюдались в родительских семьях женщин с суицидальным поведением (37,9 и 63,0%) (табл. 5).

Полученные факты являются подтверждением наличия феномена дисфункциональности в семьях с суицидальным поведением. Одновременно конфликтные отношения, особенно резко конфликтные в родительских семьях жён первой группы, констатировались у подавляющего большинства и они значимо чаще отмечены в этих семьях (62,1 и 37,0%). Конфликты между родителями порождали у респондентов выраженные чув-

Таблица 5

Характеристика внутрисемейных отношений

	I группа (ЖС), n=29		II группа (ЖАБ), n=73	
	Абс.	%	Абс.	%
Отношения между родителями				
Нормальные	11	37,9	46	63,0
Умеренно конфликтные	11	37,9	26	35,6
Резко конфликтные	7	24,2	1	1,4
Отношения между обследуемыми женщинами и их родителями				
Нормальные	9	31,0	33	45,2
Умеренно конфликтные	16	55,1	38	52,0
Резко конфликтные	4	13,7	2	2,7
Отношения в собственных семьях обследуемых женщин				
Нормальные	6	20,6	32	43,8
Умеренно конфликтные	11	37,9	38	52,0
Резко конфликтные	6	20,6	0	0,0

ства тревоги, стыда и вины за происходящее в семье, ощущение «лишнего» в семье, снижения настроения. Негативное психоэмоциональное состояние способствовало актуализации суицидальных мыслей. Думается, что суицидальное поведение возникало по патогенетическому механизму реактивного импринтинга.

Непродуктивный, а точнее, суицидогенный стиль взаимоотношений проявлялся в отношениях созависимых жён со своими родителями. Нормальные отношения между респондентами и их родителями были реже в первой группе, по сравнению с аналогичным показателем во второй группе (31,0 и 45,2%), в то время как конфликтные отношения констатировались в 68,8 и 54,7%.

Собственные семьи созависимых жён сами по себе дисфункциональны. Семьи жён с суицидальным поведением принципиально отличаются от семей жён без суицидального поведения имеющейся повышенной внутрисемейной конфликтностью. При этом именно в этих семьях конфликтность служит первопричиной возникновения аффективных нарушений депрессивного спектра с последующей актуализацией суицидального поведения. Так, «нормальные отношения» между супругами достоверно реже констатировались в собственных семьях жён с суицидальным поведением (20,6 и 43,8%). А внутрисемейная конфликтность, как и в предыдущих диадных сочетаниях, была существенно выше в семьях первой группы жён. Что особенно поражает, так это весьма высокая доля резко конфликтных отношений, обнаруженная лишь в семьях основной группы жён (20,6%).

При анализе характера внутрисемейных отношений нами установлены следующие особенности, характерные для жён с суицидальным поведением:

- во-первых, просматривается «закладка» паттернов конфликтных отношений, так как конфликтность наблюдается в последующих поколениях;
- во-вторых, женщины данной стиль отношений используют в собственных семьях;
- в-третьих, обнаружены общие статистические тенденции: достоверные отличия по резко конфликтным отношениям между всеми участниками семейной системы.

Меньшее количество женщин основной группы (79,3%) по сравнению с женщинами второй группы (95,8%) были на момент осмотра замужними (рис. 3).

Жёны первой группы чаще выражали неудовлетворённость браком. Об этом же свидетельствуют данные по количеству женщин среди ЖС, состоящих в повторном браке. Представителей группы ЖС было 17,2%, в группе ЖАБ — 4,1%. Достоверные различия получены по показателю «вдовство» (20,6 и 4,1%).

Проводилась оценка материального статуса семей (рис. 4).

Обращает на себя внимание полное отсутствие отличного материального статуса в родительских семьях жён с суицидальным поведением, хотя оно встречалось в роди-



Рис. 3. Семейное положение жён аддиктивных больных с суицидальным поведением (ЖС) и жён аддиктивных больных без суицидального поведения (ЖАБ)

тельских семьях жён без суицидального поведения (9,5%). Хорошее материальное положение реже выявлялось в родительских семьях группы ЖС (41,3 и 61,6%).

Значимые различия получены по удовлетворительному материальному положению: доля родительских семей группы ЖС составила 48,2%, родительских семей женщин из группы ЖАБ без суицидального поведения — 27,4%.

Установлены достоверные различия по неудовлетворительному материальному статусу при большем его преобладании в родительских семьях жён группы ЖС (10,3 и 1,3%). Другими словами, материальный статус родительских семей жён с суицидальным поведением был ниже родительских семей жён группы сравнения.

Обнаруженный низкий материальный статус в собственных семьях жён основной группы, с одной стороны, является предиктором суицидального поведения, с другой стороны, свидетельствует о неспособности жён этой группы к эффективному взаимодействию с социумом, несформированности навыков в успешном использовании психологических и материальных возможностей в достижении поставленных целей и удовлетворении потребностей. Отличное материальное положение отмечено в 3,4% случаях, в семьях группы сравнения — в 4,1%. Существенные различия получены по показателю «хорошее» материальное положение, оно было значительно реже в группе ЖС (17,2%), чем в группе ЖАБ (76,7%). Удовлетворительное материальное положение, наоборот,

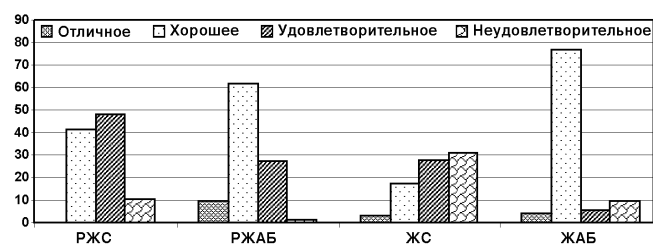


Рис. 4. Материальное положение в родительских семьях жён аддиктивных больных с суицидальным поведением (РЖС) и в родительских семьях жён аддиктивных больных без суицидального поведения (РЖАБ), в собственных семьях жён аддиктивных больных с суицидальным поведением (ЖС) и в собственных семьях жён аддиктивных больных без суицидального поведения (ЖАБ)

Результаты статистических данных
по социально-психологическим предикторам суицидального поведения

Социально-психологические предикторы	Значение критерия χ^2 Пирсона	Уровень значимости p
Структура семьи:		
Полная семья	0,737	0,39
Неполная семья (без отца)	0,737	0,39
Стили воспитания:		
Гиперпротекция	4,757	0,02
Гипопротекция	0,30	0,86
Эмоциональное отвержение	7,781	0,005
Жестокое обращение	0,952	0,32
Неустойчивый стиль	0,050	0,82
Возложение на ребёнка повышенной моральной ответственности	2,533	0,11
"Кумир" семьи	9,77	0,002
Отношения между родителями:		
Нормальные	5,296	0,02
Умеренно конфликтные	0,123	0,72
Резко конфликтные	17,06	0,00
Отношения между обследуемыми женщинами и их родителями:		
Нормальные	1,721	0,19
Умеренно конфликтные	0,081	0,77
Резко конфликтные	4,580	0,03
Отношения в собственных семьях обследованных женщин:		
Нормальные	4,757	0,02
Умеренно конфликтные	1,659	0,19
Резко конфликтные	16,04	0,00
Семейное положение:		
Замужние	0,244	0,41
Повторный брак	6,829	0,009
Вдовы	7,092	0,008
Материальное положение родительских семей:		
Отличное	2,530	0,11
Хорошее	2,994	0,07
Удовлетворительное	4,697	0,03
Неудовлетворительное	4,43	0,03
Материальное положение собственных семей обследованных женщин:		
Отличное	0,033	0,84
Хорошее	30,53	0,00
Удовлетворительное	9,77	0,002
Неудовлетворительное	8,613	0,003
Примечание. Жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$		

чаще фиксировалось в первой группе жён (27,5%) по сравнению со второй группой (5,4%).

Весьма высокая встречаемость обнаружена в отношении критерия неудовлетворительного материального положения. Как и предполагалось, этот статус преобладал в основной группе жён (31,0%), в семьях группы жён без суицидального поведения он выявлен в 9,5% случаях.

Результаты статистической обработки по социально-психологическим предикторам суицидального поведения у жён аддиктов представлены в табл. 6.

Таким образом, определены клинические и социально-психологические предикторы суицидального поведения у жён аддиктивных больных.

К *клиническим* предикторам относятся:

- отягощённость аффективными, невротическими расстройствами и эпилепсией;
- отягощённость наркологическими заболеваниями;
- отягощённый акушерский анамнез у матерей обследуемых женщин (преждевременные роды, гипоксии);
- преобладание суицидального поведения у родственников обследуемых женщин;
- акцентуации (циклоидный и истероидный типы);
- психопатии (возбудимый тип);
- девиантное поведение;
- невротические расстройства.

К *социально-психологическим* предикторам относятся:

- воспитание по типу «эмоциональное отвержение»;
- воспитание по типу «кумир семьи»;
- резко конфликтные отношения между всеми участниками семейной системы;
- семейное положение (повторные браки, вдовство);
- низкий материальный статус родительских и собственных семей жён.

Данные по предикторам должны учитываться при проведении мероприятий по суицидальной превенции. При наличии указанных предикторов у жён аддиктивных больных необходима постановка их на профилактический учёт у психиатра или психиатра-нарколога, так как они представляют собой группу повышенного суицидального риска.

Созависимые жёны в равной степени с аддиктами претендуют на специализированную терапевтическую и реабилитационную помощь. В связи с этим, требуется разработка специальных для этих лиц профилактических программ, включающих психофармакотерапевтические и психотерапевтические методы, направленные на коррекцию психических и поведенческих расстройств, внутрисемейных отношений, дезактуализацию суицидального поведения, а также на повышение адаптационного потенциала и фрустрационной толерантности.

Список литературы

1. Битенский В.С. и др. Наркомании у подростков. — К.: Здоровья, 1989. — 216 с.
2. Бисалиев Р.В., Дудко Т.Н., Сараев М.А. Аутоагрессивное поведение в семьях больных опийной наркоманией. — Астрахань: ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2009. — 147 с.
3. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2003. — 250 с.
4. Козлов Т.Н. Психопатологические и личностные механизмы суицидального поведения у военнослужащих срочной службы: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Чита, 2004. — 163 с.
5. Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации // Саморазрушающее поведение у подростков. — Л., 1991. — С. 9—15.
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. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2001. — 21 с.
8. Москаленко В.Д. Взрослые дети больных зависимостями — группа множественного риска // Наркология. — 2009. — №2. — С. 76—84.
9. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. — СПб.: Питер, 2005. — 416 с.
10. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарис, 2001. — 208 с.
11. Шемчук Н.В. Патологическое влечение к азартным играм в структуре сочетанной психической патологии // Вопросы наркологии. — 2007. — №4. — С. 66—72.
12. Lester D. Unemployment and suicide in American Indian youth in New Mexico // Psychol. Rep. — 1997. — Vol. 81, №1. — P. 58.
13. Maris R.W. Social and familial risk factors in suicidal behaviour // Psychiatr. Clin. North. Am. — 1997. — Vol. 20. — P. 519—550.

PREDICTORS OF SUICIDE BEHAVIOUR IN WIFES OF ADDICTS

BISALIEV R.V.

For the purpose of definition predictors suicide behaviour 102 women which husbands are sick alcoholic, opiate and game dependence are surveyed. Are revealed clinical, social and psychological predictors suicide behaviour at these women. Working out of the preventive programs special for these persons, including psychopharmacotherapeutic and the psychotherapeutic methods directed on correction of mental and behavioural frustration, intra-family relations, desactualization suicide behaviour, and also on increase of adaptable potential and frustration is required to tolerance.

Key words: psychiatry, narcology, suicide behavior, codependence