

На правах рукописи

ЛУКАШУК

Александр Витальевич

**СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕВУШЕК
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ
ПОПЫТКУ (на примере Рязанской области)**

14.01.06 - психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2018

Работа выполнена в ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Меринов Алексей Владимирович

Официальные оппоненты:

Руженков Виктор Александрович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Министерства образования и науки Российской Федерации

Ваулин Сергей Викторович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится 15 мая 2018 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский переулок, д. 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте: www.serbsky.ru

Автореферат разослан « ___ » _____ 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы суицидального поведения вообще и в детско-подростковой группе в частности обусловлена тем, что ежегодно посредством самоубийства в мире погибает около миллиона человек (Kokkevi A. et al., 2012; Patel V. et al., 2012). Показатель суицидальной активности является наиболее объективным критерием психического здоровья нации (WHO, 2001; Calear A.L. et al., 2016). Предотвращение суицидов является глобальным императивом, так как самоубийства в большинстве стран являются растущей проблемой, требующей огромного количества ресурсов для их решения (Blum R. et al., 2012; Любов Е.Б., 2014; Положий Б.С., 2015; Wasserman D., 2016; Кекелидзе З.И., 2016).

Ежегодно, каждый 12 подросток в мире в возрасте 15-19 лет совершает попытку самоубийства (Spicer R., Miller T., 2000; Malone K.M. et al., 2013; Васяткина Н.Н., Меринов А.В., 2014; Cooper C. et al., 2015). Существующий рост числа самоубийств среди молодых людей и подростков во всём мире приобретает признаки эпидемии (Войцех В.Ф., 2008; Badiye A. et al., 2014; Bustamante F. et al., 2016).

К сожалению, Россия занимает одно из лидирующих мест по уровню подростковых суицидов (Златова Т.П. и др., 2010; Иванова А.Е. и др., 2011; Любов Е.Б. и др., 2012; Юсупова Г.В. и др., 2015). В ряду неотложных государственных задач, направленных на стабилизацию демографической ситуации и укрепление национальной безопасности подростковая суицидальность стоит на первых местах. Важно также учитывать, что на каждый завершённый суицид у подростков приходится до двухсот суицидальных попыток (Maris R.W., 2002) и, как минимум, половина подростков с попыткой суицида в анамнезе совершают повторный суицид (Ivarsson T. et al., 1998; Czyz E.K., King C.A., 2015).

Очень важным фактором, как в генезе, так и в провокации суицидального поведения принадлежит семейной «атмосфере». Речь идет как о стиле воспитания, привязанности родителей к детям, внутрисемейном климате, так и о собственной суицидальной готовности родителей, об их собственном уровне аутоагрессии (Cerel J., Roberts T.A., 2005; Brodsky B.S., 2016; Song I.H., 2016).

Все, без исключения, авторы, занимающиеся проблемой детско-подростковых суицидов, отмечают, что значительная часть подростков-суицидентов воспитывались в неблагополучных по многим признакам семьях (Ghaffari-Nejad A. et al., 2012;

Ишимбаева А.Н., 2013; Зотов П.Б., 2015; Положий Б.С., 2015; Robinson W.L. et al., 2016).

Безусловно, откровенно неблагополучная семейная атмосфера, способна подтолкнуть подростка на совершение суицида. Эта мысль лежит на поверхности, но является лишь верхушкой айсберга. Самое большое количество вопросов вызывают внешне благополучные семьи, где, казалось бы, ничего не предвещало трагедии.

В.И. Брутман (2000) с соавторами писал о том, что в абсолютном большинстве семей, столкнувшихся с суицидом своих детей, обнаружен негативный семейный паттерн, наблюдающийся в нескольких поколениях каждой данной семьи. Э. Гроллман (2001) даже ввел термин «суицидогенная семья». В таких семьях суицид становится отражением эмоциональных реакций членов семьи, неспособных по-другому реагировать на стрессовую ситуацию (Labouliere C.D. et al., 2015).

Э.Г. Эйдемиллер в данном контексте высказывает мнение о патологизирующем воспитании (Эйдемиллер Э.Г. и др., 2003), то есть системе осознанных и неосознанных воспитательных действий взрослых, создающих условия для фрустрации ребенка и искажений его личностного и физического роста, которые в итоге приводят к развитию психосоматических и нервно-психических расстройств.

Немаловажным является и тот факт, что дети родителей, совершивших суицид, так же намного чаще совершают самоубийства, что, вероятно, так же можно рассматривать как крайне негативный семейный паттерн (Хорошко В.К., 1998; Cerel J., Roberts T.A., 2005; Song I.H., 2016; Conner K.R. et al., 2016). Кроме того, нельзя не упомянуть и об «обратной» зависимости, когда родители совершают суицид следом за детьми (Борисоник Е.В., Любов Е.Б., 2016).

Эти и многие другие факты наводят на мысль о том, что, с большой долей вероятности, существует изначальная семейная дисфункциональность родительских браков, а так же, вероятно, высокий уровень аутоагрессии родителей. И суицид самого слабого и незащищенного члена семьи является лишь отражением внутрисемейных проблем, своеобразным деструктивным паттерном, направленным на решение стрессовых ситуаций.

Таким образом, затрагиваемые в диссертационном исследовании вопросы являются актуальными и имеют большое медико-социальное значение в контексте как психиатрии в целом, так и в отношении суицидологической и

психотерапевтической практик. Представляется, что качественная вторичная профилактика суицидального поведения у подростков невозможна без изучения и последующего использования семейных аутоагрессивных особенностей и моделей патологического родительства.

Цель исследования - изучение суицидологических, клинических и личностно-психологических характеристик родителей, чьи дочери подросткового возраста, совершили суицидальную попытку.

Задачи исследования:

1. Изучение суицидологических, клинических и наркологических характеристик родителей девушек подросткового возраста, совершивших суицидальную попытку.

2. Выявление суицидологически значимых личностно-психологических особенностей родителей девушек подросткового возраста, совершивших попытку самоубийства.

3. Определение преобладающего паттерна воспитания в исследуемых семьях, способного оказывать влияние на актуализацию аутоагрессивных устремлений ребенка.

4. Создание эффективной модели поственции и вторичной превенции суицидального поведения девушек-подростков, учитывающей аутоагрессивные, личностно-психологические особенности родителей, а также особенности семейного воспитания.

Научная новизна.

Впервые определена клинико-суицидологическая характеристика родителей девушек, совершивших суицидальную попытку.

Впервые изучены значимые в суицидологии личностно-психологические особенности родителей девушек, совершивших попытку самоубийства.

Впервые эти данные в совокупности позволят приблизиться к созданию «портрета» суицидогенной семьи.

Впервые, с учетом полученных данных, будут предложены направления психотерапевтического воздействия на сложившуюся ситуацию с целью изменения функционирования семьи, способные снизить риск повторного суицидального и иного аутоагрессивного поведения ребенка.

Теоретическая и практическая значимость. Результатом работы является выяснение конкретных клинико-суицидологических, наркологических, личностно-психологических характеристик родителей девушек, совершивших суицидальную попытку. Учитывая эти данные, можно оценить степень суицидального риска у девушек-подростков и понять направление необходимой психотерапевтической коррекции семейного функционирования с целью предупреждения суицидального поведения. Данная информация будет интересна и полезна не только специалистам, оказывающим психиатрическую и психологическую помощь, но и психологам-педагогам, воспитателям и всем лицам, работающим с детьми и подростками.

Социальное значение: суициды среди подростков являются бременем для многих современных стран, и вопрос воспитания здорового молодого поколения является значимым демографическим и социально-экономическим фактором.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практику работы ГБУ РО «Рязанская областная клиническая психиатрическая больница», используются в преподавании на кафедре психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, кафедре психиатрии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России.

Положения, выносимые на защиту

1. Определено, что у родителей в семьях, где дочь-подросток совершила суицидальную попытку, присутствуют яркие специфические суицидологические особенности. У них достоверно чаще обнаруживается собственная суицидальная активность в мыслях и поведении, что позволяет отнести этих родителей к группе высокого суицидального риска.
2. Выявлено преобладание у отцов и матерей девушек подросткового возраста широкой представленности несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения, таких как подверженность насилию, несчастные случаи, частая травматическая патология, постоянное чувство вины и одиночества. Кроме того, мы можем говорить о преобладании в исследуемой группе различной непсихотической психической патологии (преимущественно алкогольной зависимости, невротических расстройств и расстройств настроения).

3. Установлено, что матери и отцы экспериментальной группы демонстрируют большое количество суицидологически значимых особенностей личности, подтвержденных тестовыми методиками, способных актуализировать аутоагрессивную напряженность: это и отрицательная «Я - концепция» своей личности, неудовлетворенность большинством аспектов своей жизни, проблемы с совладанием со стрессами, пониженный уровень жизнестойкости.
4. Выявлено, что в исследуемых семьях воспитательный процесс обладает чертами формализма. Стилль воспитания соответствует гипопротекции и имеет признаки неустойчивости.
5. Установлено, что работа, направленная на превенцию суицида должна активно задействовать родителей подростка. Устраняя аутоагрессивные импульсы только у ребенка, специалисты в ряде случаев обречены на неудачу, так как внутрисемейный аутодеструктивный фон может превалировать над психотерапевтическими усилиями.

Структура и объем диссертации. Диссертация представлена в объеме 132 страниц машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя (содержащего 242 источников, из них 126 отечественных и 116 зарубежных) и приложения. Материал диссертации иллюстрирован 25 таблицами и 5 рисунками.

Степень достоверности результатов исследования подтверждается репрезентативностью клинических выборок и применением современных статистических методов исследования.

Апробация и публикация материалов исследования. Апробация работы проведена на межкафедральном заседании кафедр психиатрии; психиатрии и психотерапии ФДПО; клинической психологии и психотерапии; неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России 26 июня 2017 года.

Материалы исследования докладывались: на III Молодежном медицинском форуме «**MedWAYS - перспективные научные направления - 2014**» (Москва, ПМГМУ им. И.М. Сеченова) 4-5 декабря 2014 года; на конференции «**Актуальные проблемы психиатрии и наркологии**» (Чита) 14-15 мая 2015 года; на научно-практической конференции «**Научное наследие профессора Б.А. Лебедева**» (Санкт-Петербург) 15-16 апреля 2015 года; на XVI съезде психиатров России «Всероссийская

научно-практическая конференция с международным участием **«Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»** (Казань) 23-26 сентября 2015 года; на всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов **«Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста»** (Рязань) 16 сентября 2015 года; на второй всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов **«Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста»** (Рязань) 15-16 сентября 2016 года; на **XIII Всероссийской школе молодых ученых** в области психического здоровья (Суздаль) 23-27 апреля 2017; на IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием **«Мультидисциплинарный подход в терапии психических расстройств»** (Рязань) 28-28 мая 2017 года.

По результатам исследования опубликовано 18 научных работ, из них 4 в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых журналов, утвержденный Высшей аттестационной комиссией.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач нами в период с 2014 по 2017 год была изучена 91 семейная пара (мужчины и женщины, всего 182 человека), которые составили экспериментальную и контрольную группу. 31 семейная пара (62 человека) составила экспериментальную группу, а 60 семейных пар (120 человек) составили контрольную группу. Таким образом, мы имеем подгруппу матерей девушек подростков, совершивших суицид (МДСП), отцов девушек подростков, совершивших суицид (ОДСП) в рамках экспериментальной группы. Численность каждой подгруппы составляет 31 человек.

Аналогично, в контрольную группу вошли 60 матерей девушек подростков, не совершивших суицид (МДнСП) и 60 отцов девушек подростков, не совершивших суицид (ОДнСП).

В исследовании принимали участие только полные семьи. Средний возраст в группе МДСП составил $40,32 \pm 6,61$ лет, а в группе ОДСП он достиг отметки $42,22 \pm 4,15$ года. В группе МДнСП средний возраст составил $39,9 \pm 2,3$ лет. Группа ОДнСП продемонстрировала средний возраст, достигающий $40,6 \pm 2,43$ лет.

Семейный стаж респондентов из экспериментальной группы составил $18,87 \pm 3,03$ лет. Этот же параметр в контрольной группе достиг $17,7 \pm 1,93$ лет.

Средний возраст дочерей подросткового возраста был в пределах $15,93 \pm 1,22$ лет в группах МДСП и ОДСП, и $15,91 \pm 1,24$ лет в группах МДнСП и ОДнСП, что позволяет нам отнести их к группе старшего подросткового возраста.

Критерием включения родителей в экспериментальную группу была попытка суицида у ребенка (девочки в подростковом возрасте) этой семейной пары, а так же согласие респондентов на участие в исследовании. Эта группа лиц была сформирована из обратившихся за специализированной медицинской помощью для своих детей по поводу суицидальной попытки в ГБУ РО «Рязанская детская областная клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой», а также родителей обратившихся за консультативной помощью на кафедру психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения после суицидальной попытки ребенка. Кроме того, в экспериментальную группу входили те родители, у которых после попытки суицида дочери прошло минимум 4 недели.

Критерием включения родителей в контрольную группу было отсутствие суицидальной попытки в анамнезе у их ребенка, подтвержденное как родителями, так и их ребенком. Кроме того, респонденты этой группы так же заполняли письменное согласие на участие в исследовании. Все лица, вошедшие в экспериментальную и контрольную группы, были обследованы автором лично.

Для решения поставленных задач исследования использовались клиничко-психопатологический, психометрический и статистические методы. С каждым респондентом из экспериментальной и контрольной группы проводилось интервью, продолжительностью от одного до полутора часов, в ходе которого нами собирался анамнестический, клинический материал, а также совместно заполнялись бланки опросников. Помимо того, беседа несла психотерапевтический уклон с целью оказания психологической поддержки и консультации родителям, оказавшимся в непростой ситуации.

Обследование респондентов было построено на основе разработанного полуструктурированного интервью, включающее в себя различные диагностические блоки, соответствующие целям работы.

Суицидологическое и клинико-психопатологическое обследование включало в себя сбор субъективного и объективного анамнеза, клиническое интервью, наблюдение за респондентом, изучение доступной медицинской документации. Для изучения аутоагрессивных спецификаций личности респондентов мы использовали модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000) утвержденный Секцией по наркологии Ученого Совета Минздрава России от 05.03.2000 года. Опросник представляет собой определенный алгоритм выявления аутодеструктивного поведения в форме диагностического терапевтического интервью. При клинической диагностике аутоагрессивного поведения, в ходе интервью, определяются ключевые симптомы и пункты для психофармакотерапии или диспансерного наблюдения. В ходе психологически ориентированного интервью определяются аутодеструктивная программа и опорные пункты психотерапии. Кроме того, нами был применен клинический «Симптоматический опросник SCL-90-R» (Symptom CheckList-90-Revised) в модификации Н.В. Тарабриной (2001) являющийся скрининговой методикой определения различных имеющихся симптомов (Derogatis L.R. et al., 1973; Tan H. et al., 2015; Bernet W. et al., 2015; Urbán R. et al., 2016).

В качестве психометрических методов исследования нами были использованы методики, имеющие широкое распространение в суицидологической практике (опросник Плутчика-Келлермана-Конте (Plutchik R. et al., 1979 в адаптации Романовой Е.С., Гребенникова Л.Р., 1996); опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory (Spielberger C.D. et al., 1988 в адаптации Леоновой А.Б., Спилбергера Ч.Д., 2005); тест жизнестойкости - Hardiness Survey (Maddi S., Khoshaba D., 1994) в модификации Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И. (2006); опросник временной перспективы Зимбардо - Zimbardo Time Perspective Inventory (Zimbardo P.G., 1997; Зимбардо Ф., Бойд Д., 2010 в адаптации Сырцовой А. и др., 2008); опросник суицидального риска в модификации Разуваевой Т.Н. (1993); опросник «Анализ семейных взаимоотношений» - АВС (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В, 1990, 2001).

Математико-статистический анализ проводился при помощи методов параметрической и непараметрической статистики с использованием руководств по

прикладной медицинской статистике (Реброва О.Ю., 2002; Сидоренко Е.В., 2010) и программных пакетов Microsoft Excel 2007 и Statistica 10 (StatSoft Inc., 2011).

Для математико-статистической обработки бинарных данных (ответы по типу «да/нет») был выбран многофункциональный ϕ -критерий Фишера. Данный критерий позволяет оценить достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых был зарегистрирован заявленный признак (например, ответ «да»).

Математико-статистическая обработка количественных данных, полученных с помощью различных психодиагностических инструментов, производилась с применением непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Данный критерий предназначен для оценки достоверности различий между двумя выборками по уровню выраженности количественно измеренного признака. Применение метода Манна-Уитни ограничено только численностью сравниваемых выборок (допустимым является количество измерений от 3 до 60).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Суицидологические показатели ОДСП

Полученные данные позволяют утверждать, что классические суицидальные паттерны (попытки суицида и суицидальным мысли) в значительно большей степени характеризуют ОДСП. Чтобы избежать оценки реактивного повышения исследуемых показателей в группе ОДСП после суицидальной попытки дочери, мы оценивали также их уровень в предыдущие два года. Все попытки суицида родителей были совершены до суицидальной попытки ребенка. Это позволяет нам констатировать изначально высокую собственную суицидальную активность изучаемой группы.

Группа ОДСП демонстрирует достоверное преобладание несуйцидальных форм аутодеструктивного поведения, по сравнению с ОДнСП. Для них более характерна травматическая, соматическая патология, виктимность, опасные и рискованные хобби и прочие значимые несуйцидальные паттерны.

Ожидаемо, что группа ОДСП продемонстрировала большое количество предикторов саморазрушающего поведения при сравнении с группой ОДнСП.

Таблица 1

Сравнение показателей суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии групп ОДСП и ОДнСП (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	ОДСП, n=31	ОДнСП, n=60
Суицидальные и несуицидальные аутоагрессивные паттерны, предикторы саморазрушающего поведения		
Суицидальная попытка в анамнезе	19,35%	3,33%
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	45,16%	18,3%
Суицидальные мысли в последние два года	32,25%	10%
<hr/>		
Несчастные случаи опасные для жизни	54,83%	11,67%
Наличие травматической патологии	16,2%	3,33%
ЧМТ в анамнезе	9,67%	0%
Наличие опасных для жизни хобби	9,67%	0%
Подверженность насилию	19,35%	3,33%
Употребление наркотических веществ	41,93%	6,57%
Склонность к неоправданному риску	22,58%	11,66%
<hr/>		
Суицид близкого родственника	38,7%	0%
Навязчивое чувство стыда	12,9%	3,33%
Склонность к депрессивным реакциям	61,29%	23,33%
Склонность к долгопереживаемой вине	45,16%	10%
Моменты безысходности	32,25%	13,33%
Отсутствие смысла жизни	9,67%	1,66%
Склонны к проявлению агрессии	25,8%	3,33%
КПСН	3,5±1,8	1,0±0,4
КПСН за два последних года	1,8±0,9	0,4±0,3

Так же мы наблюдаем, что неблагополучный семейный анамнез (воспитание одним родителем) более характерен для ОДСП, что по данным ряда исследователей, является предиктором повышенной суицидальности (Wilcox H.C., 2010; Ефимова Д.В., 2014; Pompili M.et al, 2013). Так же они испытывают сложности с выражением своих личных переживаний, предпочитая держать проблемы в себе, так только 22,58% отцов в группе ОДСП легко делятся своими проблемами с окружающими людьми. Этот же показатель в группе ОДнСП составил 56,67%. Что характерно, эта же особенность родителей проявляется и в плоскости обсуждения проблем с ребенком. Ребенок так же предпочитал не обсуждать проблемы с родителями, так как те зачастую были не способны, в силу указанных особенностей, дать необходимую поддержку.

Обобщая полученные данные, можно с уверенностью говорить о том, что группа ОДСП является крайне неблагополучной по собственному суицидологическому фону - это группа мужчин с собственным высоким аутоагрессивным потенциалом, заслуживающая пристального внимания суицидологической службы, что подтверждено и коэффициентом просуицидальной

напряженности (КПСН). Достоверно чаще они демонстрируют как суицидальные, так и несуйцидальные проявления аутоагрессии.

2. Суицидологические показатели МДСП

В группе МДПС достоверно чаще встречаются классические паттерны саморазрушающего поведения, такие как мысли о суициде и попытки суицида в анамнезе. Их выраженность несколько меньше, чем в группе МДСП. Оценивая распространенность несуйцидальных аутоагрессивных феноменов, мы снова видим, что группа матерей девушек, совершивших суицидальную попытку, имеет соответствующие высокие показатели (касающиеся самых разных вариантов несуйцидальной реализации аутоагрессивных импульсов). В группе МДПС так же отмечается накопление значимых в суицидологической практике предикторов саморазрушающего поведения.

Таблица 2

Сравнение показателей суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии групп МДСП и МДнСП (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	МДСП, n=31	МДнСП, n=60
Суицидальные и несуйцидальные аутоагрессивные паттерны, предикторы саморазрушающего поведения		
Суицидальная попытка в анамнезе	12,9%	5%
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	41,93%	16,7%
Суицидальные мысли в последние два года	35,48%	15%
Несчастные случаи опасные для жизни	29,03%	5%
Наличие травматической патологии	22,58%	5%
ЧМТ в анамнезе	22,58%	1,66%
Наличие опасных для жизни хобби	11,66%	0%
Подверженность насилию	32,25%	3,33%
Употребление наркотических веществ	29,03%	10%
Склонность к неоправданному риску	48,38%	8,33%
Суицид близкого родственника	12,9%	1,66%
Навязчивое чувство стыда	41,93%	5%
Склонность к депрессивным реакциям	66,67%	26,66%
Склонность к долгопереживаемой вине	45,16%	16,66%
Моменты безысходности	64,51%	18,33%
Склонны к проявлению агрессии	32,35%	3,33%
КПСН	5,5±2,3	0,8±0,4
КПСН за два последних года	2,0±1,3	0,6±0,3

Кроме того, треть исследуемых респондентов воспитана в неполных семьях, как и в группе ОДСП.

Помимо этого, исследуемую группу характеризует неспособность обсуждать собственные проблемы с другими людьми (так, только 22,58% матерей из группы МДСП могут свободно обсуждать личные проблемы, а в группе МДнСП эта цифра составляет 56,67%), что так же не способствует развитию конструктивных способов решения конфликтных ситуаций.

Таким образом, нормативный институт семьи, каким мы его понимаем, в исследуемых семьях нарушен. Семья подразумевает общность интересов и отстаивание своих позиций в обществе, поддержку всех членов семьи, социализацию детей, преемственность отношений. В данном же случае мы можем говорить о семье «высокого суицидального риска». Если рассматривать ОДСП и МДСП в контексте аутоагрессивности, можно говорить о суммировании личной аутоагрессии отцов и матерей и, безусловно, передаче суицидального импульса своему ребенку.

3. Личностно-психологическая и клиническая характеристика ОДСП

В первую очередь рассмотрим показатели опросника суицидального риска, являющегося методикой, позволяющей оценить общее состояние респондента на предмет возможности совершения аутодеструктивных действий.

Данные субшкалы «Несостоятельность» соответствуют повышенному уровню. Это говорит об отрицательной концепции собственной личности (концепция «Я - плохой»). Повышение уровня в этом случае говорит о собственных представлениях моральной, физической, социальной несостоятельности. Так же высокую степень преобладания демонстрирует субшкала «Максимализм». Это соответствует фиксации на собственных неудачах, о переносе локальных проблем на все аспекты жизни. Субшкала «Временная перспектива» находится значительно выше в группе ОДСП нежели в контрольной группе. Это говорит о сложностях с конструктивным планированием своего будущего, а так же о страхе перед будущим. «Слом культурных барьеров» - своеобразный культ суицида, обесценивание жизни, а так же поиск взглядов в культуре, кино, литературе, которые оправдывают самоубийство. Это говорит о своеобразном моральном принятии суицида как явления личностью.

В то же время, несмотря на негативные показатели предыдущих шкал, мы можем обнаружить выраженный «Антисуицидальный фактор», даже преобладающий над группой ОДнСП. Его наличие является защищающим фактором, даже в случае высоких показателей по другим шкалам. Антисуицидальный фактор складывается из

чувства долга и ответственности, боязни о близких людях, страха боли, греховности суицида и т.д. В определенном смысле этот фактор может быть отправной точкой для психокоррекционной работы.

Далее рассмотрим данные опросника State-Trait Anger Inventory, определяющего уровень и вектор направленности гнева. Как мы можем заметить, согласно данным теста, респонденты группы ОДСП достоверно чаще обладают взрывным темпераментом. Кроме того, респонденты из группы ОДСП обладают выраженной способностью направлять собственный гнев на себя, что в ряде работ описывается в категориях аутоагрессивного поведения (Меринов А.В., 2012), что вполне согласуется с данными приведенными выше. Так же мы можем утверждать, что мужчины из группы ОДСП имеют определенные сложности с контролем своего гнева. Созвучные данные мы получили при оценке суицидологической характеристики этой группы.

Так же мы выяснили, что двум механизмам психологической защиты личности присущи высокие показатели. В первую очередь, это вытеснение. Вытеснение - это механизм, позволяющий личности переместить определенные мысли, импульсы, желания, вызывающие тревогу, в бессознательную часть. Механизм проекции подразумевает перенос собственных негативных, постыдных, отвергаемых черт личности во вне (часто другим людям), делая их вторичными. Так, например, респонденты из группы ОДСП чаще отмечают, что окружающий мир несправедлив, опасен, агрессивен, именно поэтому они склонны проявлять агрессию.

Далее рассмотрим данные теста жизнестойкости и опросника временной перспективы. Мы можем говорить о низком общем уровне жизнестойкости группы ОДСП. То есть на основании вышеизложенных данных теста мы можем сказать, что у группы ОДСП существуют сложности с принятием себя в окружающей действительности, они крайне уязвимы к стрессам, трудностям, не обладают личностной гибкостью.

Очень обширную информацию мы получили при анализе семейных взаимоотношений. Обобщая полученные данные, мы можем оценить стиль воспитания ОДСП как гипопротекция, означающая сниженное внимание к ребенку. Родители не сильно интересуются переживаниями, успехами своих детей. В семье, конечно, есть рамки и запреты, но их выполнение никто не контролирует. Часто это

связано с чрезмерной занятостью родителей на работе или решением своих проблем. На фоне этого подросток чувствует одиночество, без поддержки родителей он часто испытывает отрицательные эмоции. Ребенок приучается существовать самостоятельно, часто попадает в асоциальные компании, употребляет алкогольные напитки и наркотические вещества. В связи с вседозволенностью ребенка, его бездумным времяпрепровождением не развивается организованность, саморегуляция, формируется гипертимная или неустойчивая акцентуация личности, которым свойственны вспышки агрессии и аутоагрессии, алкогольная и наркотическая зависимости, особенно при гипопротекции.

Так же, во время очной беседы с каждым респондентом, были обнаружены некоторые психические расстройства. Указанные данные говорят о преобладании в исследуемой группе различной непсихотической психической патологии (алкогольная зависимость, невротические расстройства, депрессии).

4. Личностно-психологическая и клиническая характеристика МДСП

Как и в группе ОДСП, мы наблюдаем высокие показатели шкал «Несостоятельность», «Слом культурных барьеров» и «Максимализм». Это говорит об отрицательной концепции собственного «Я», фиксации на локальных неудачах и довольно лояльном отношении к самоубийству.

Группа МДСП так же демонстрирует нам высокий уровень аутоагрессивности и соответствующий темперамент. Эти данные сопоставимы с показателями, полученными у ОДСП, за исключением показателя контроля агрессии, который характеризует изолированно мужскую группу.

Механизм вытеснения, как и у отцов из экспериментальной группы, является одним из ведущих в группе МДСП. Вытеснение позволяет перемещать тревожащие мысли в бессознательное. Мы так же наблюдаем присутствие еще двух механизмов психологической защиты, используемых женщинами из МДСП и которые не встречаются у ОДСП - замещение и реактивное образование. Замещение - разрядка негативных эмоций на окружающего, не представляющего опасности, очень часто на детей. Суть реактивного образования заключается в предотвращении неприятных мыслей и чувств посредством гипертрофии противоположных качеств. Так, вероятная холодность матери к ребенку внешне может проявляться как гиперопека.

При оценке жизнестойкости и временной перспективы, полученные данные во многом перекликаются с данными полученными в группе ОДСП. Респонденты МДСП плохо справляются со стрессами и жизненными препятствиями. Они обладают рискованным и жертвенным характером, а свое будущее видят как негативную неизбежность, на которое не в силах оказать влияние.

В отношении анализа стиля воспитания полученные данные более лаконичны, чем у ОДСП, но, тем не менее, по смыслу отражают те же тенденции. Общий стиль воспитания МДСП соответствует гипопротекции, то есть ребенку уделяется недостаточное количество времени. У девушек мало обязанностей и много свободного времени, которое она может тратить как угодно. Неустойчивость стиля воспитания так же характерна для МДСП.

Так же, во время очной беседы с каждой респонденткой, были диагностированы некоторые психические расстройства (алкогольная зависимость, депрессивные эпизоды различной степени тяжести).

Таким образом, мы можем говорить о существенных проблемах родителей в группах ОДСП И МДСП с психологическим и соматическим благополучием, а так же явных проблемах в воспитательном процессе в отношении своих детей.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

1. Так как в генезе подростковой суицидальной активности значительную роль играют суицидологические и клинико-психологические параметры родителей, важно чтобы психотерапевтическое, социальное, профилактическое воздействие было направлено на всю семью целиком, а не только изолированно на ребенка.

2. При проведении первичной профилактики определение уровня аутоагрессии родителей, стиля воспитания в семье может использоваться как прогностический фактор, способный помочь выделить целевую группу высокого риска. Группа таких родителей будет демонстрировать все виды аутоагрессивного поведения, стиль воспитания будет соответствовать мягкой гипопротекции и иметь черты неустойчивости.

3. При проведении психотерапевтической поственции подростковой попытки суицида изменение стиля воспитания и снижение аутоагрессивного фона может быть критерием успешности и целевым результатом всей психотерапевтической работы.

4. Прорабатывая аутоагрессивные импульсы только у ребенка, специалисты обречены на неудачу, так как внутрисемейный аутодеструктивный фон может превалировать над психотерапевтическими усилиями.

ВЫВОДЫ

1. Выявлено, что отцы и матери девушек подросткового возраста, совершивших попытку самоубийства, достоверно чаще имели в анамнезе собственную суицидальную активность. Для них более характерны как суицидальные мысли, так и суицидальные попытки в прошлом.

2. Определено, что родители экспериментальной группы чаще демонстрируют достоверное преобладание несуйцидальных форм аутодеструктивного поведения. Для них более характерна травматическая, соматическая патология, виктимность, опасные и рискованные хобби и прочие значимые несуйцидальные паттерны. У них так же отмечается накопление значимых в суицидологической практике предикторов саморазрушающего поведения (склонность к депрессивным переживаниям, чувство безысходности и др.). Кроме того, у родителей девушек, совершивших суицидальную попытку, значительно чаще отмечается ряд психических нарушений (преимущественно алкогольной зависимости, невротических расстройств и депрессивных расстройств).

3. Установлено, что родители девушек-суициденток демонстрируют большое количество суицидологически значимых особенностей личности способных оказывать влияние на актуализацию аутоагрессивных устремлений самих родителей и их детей: отрицательная «Я - концепция» собственной личности, неудовлетворенность большинством аспектов своей жизни, сложности с совладанием со стрессом, пониженный уровень жизнестойкости. В качестве защитных психологических механизмов наиболее часто встречаются вытеснение, проекция.

4. Выявлено, что, несмотря на внешнюю нормативность и благополучность семей экспериментальной группы, паттерн воспитания имеет черты формализма и стремится к гипопротекции на фоне его неустойчивости.

5. Установлено, что работа, направленная на превенцию и поственцию суицида подростка должна активно задействовать родителей. Основной мишенью в психотерапевтической работе является их собственный высокий уровень аутоагрессивности и регуляция стиля воспитания ребенка.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Лукашук А.В. Актуальность исследования клинико-психологической характеристики родителей подростков, совершивших суицидальную попытку [Текст] / А.В. Меринов // Тюменский медицинский журнал. - 2014. - № 3. - Том 16. - С. 20-21.
2. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях [Текст] / А.В. Меринов [и др.] // Суицидология. - 2015. - № 2 (19). - Том 6. - С. 54-58. - (Соавт.: Т.А. Бычкова, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, Н.Л. Меринов).
3. Лукашук А.В. Современная клинико-психологическая характеристика подростков, совершающих суицидальную попытку [Текст] // Университетская медицина Урала. - 2015. - № 1. - Том 1. - С. 15-19.
4. Лукашук А.В. Ведущие теории причин подростковой суицидальности [Текст] / А.В. Меринов // В сборнике: Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, посвященной 65-летию работы университета на Рязанской земле. - Рязань: РязГМУ, 2015. - С. 158-160.
5. Неполная родительская семья: влияние на аутоагрессивные и личностно-психологические особенности девушек, воспитанных в них [Текст] / Т.А. Меденцева [и др.] // Наука молодых - Eruditio Juvenium. - 2016. - № 1. - С. 83-88. - (Соавт.: А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова, М.Д. Филиппова).
6. Значение и место сценарных посланий в реализации суицидального поведения [Текст] / А.В. Лукашук [и др.] // Тюменский медицинский журнал. - 2016. - № 1. - Том 18. - С. 3-11. - (Соавт.: О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова, М.Д. Филиппова).
7. Лукашук А.В. Терапевтические аспекты коррекции аутодеструктивного поведения у подростков [Текст] / М.А. Байкова // Академический журнал западной Сибири. - 2016. - №2(63) - Т. 12. - С. 49-51.
8. Лукашук А.В. Современный взгляд на проблему подростковых суицидов [Текст] / М.А. Байкова // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. - 2016. - № 2 (7). - С. 48-52.
9. Детская и подростковая психиатрия. Учебное пособие для студентов по специальности 31.05.01. - «Лечебное дело» [Текст] / А.В. Меринов [и др.]. - Рязань: РИО УМУ, 2016. - 128 с. - (Соавт.: Д.И. Шустов, А.В. Лукашук, Е.А. Шитов).
10. Детская и подростковая психиатрия. Учебное пособие для студентов по специальности 31.05.02. - «Педиатрия» [Текст] / А.В. Меринов [и др.]. - Рязань: РИО УМУ, 2016. - 128 с. - (Соавт.: Д.И. Шустов, А.В. Лукашук, Е.А. Шитов).
11. Лукашук А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии [Текст] / А.В. Меринов // Наука молодых - Eruditio Juvenium. - 2016. - № 2. - С. 67-71.
12. Лукашук А.В. Характеристика детских и подростковых суицидов [Текст] / М.Д. Филиппова, О.Ю. Сомкина // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2016. - № 2. - С. 137-143.
13. Лукашук А.В. Роль семьи в генезе суицидального поведения подростков [Текст] // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста Материалы II Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов. ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. - Рязань: РязГМУ, 2016. - С. 169-170.

14. Лукашук А.В. Роль семейного функционирования в генезе суицидальной активности детей [Текст] // Академический журнал западной Сибири. - 2016. - №3 (64) - Т. 12. - С. 90-93.
15. Лукашук А.В. Родительская аутоагрессия: связь с суицидальной активностью их потомства [Текст] / А.В. Меринов // **Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова.** - 2017. - Том 25. - № 1. - С. 86-91. DOI:10.23888/PAVLOVJ2017186-91.
16. Lukashuk A.V. Parental autoaggression: the link with suicidal activite of their posterity [Text] / A.V. Merinov // **Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова.** - 2017. - Том 25. - № 1. - С. 92-96. DOI:10.23888/PAVLOVJ2017192-96.
17. Лукашук А.В. Клинико-психологическая характеристика отцов девушек подросткового возраста, совершивших суицидальную попытку [Текст] / А.В. Меринов // **Суицидология.** - 2017. - Том 8. - № 2 (27). - С. 82-87.
18. Лукашук А.В. Клиническая и личностно-психологическая характеристика матерей девушек подросткового возраста, совершивших попытку суицида [Текст] / А.В. Меринов // **Суицидология.** - 2017. - Том 8. - № 4 (29). - С. 76-81.