

Аутодеструктивность в формировании аддиктивных и невротических расстройств: суицидальное и рискованное поведение

Бохан Н.А.^{1,2}, Воеводин И.В.^{1,3}

¹ НИИ психического здоровья (Томск),

² Сибирский государственный медицинский университет (Томск),

³ Национальный исследовательский Томский государственный университет

Резюме. Рассмотрены две формы аутодеструктивного поведения в группах молодых высокообразованных пациентов с зависимостями (F1) и невротическими расстройствами (F4). Распространенность суицидальных мыслей составила 25,5%, рискованного поведения — 18,2%. Данные симптомы отрицательно коррелируют друг с другом, характеризуются разными патопсихологическими и психопатологическими взаимосвязями. Суицидальность выявляется преимущественно при невротических расстройствах, характеризуется сниженной адаптацией, низкой фрустрационной толерантностью и неадаптивным копингом. Рискованность в большей степени связана с аддиктивными расстройствами, иррациональной установкой должностного поведения в отношении себя, достаточно высоким уровнем адаптации. Исходя из этого предложены дифференцированные программы когнитивно-поведенческой копинг-профилактики аутодеструктивного поведения.

Ключевые слова: студенты и молодые специалисты, аутодеструкция, суицидальные мысли, рискованное поведение, аддиктивное поведение, тревога, депрессия, копинг, когнитивно-поведенческий подход.

Self-destruction in the formation of addictive and neurotic disorders: suicidal and risk-taking behaviour

Bokhan N.A.^{1,2}, Voevodin I.V.^{1,3}

¹ Mental Health Research Institute,

² Siberian State Medical University,

³ Tomsk State University, (Tomsk, Russia)

Summary. This paper considers two forms of self-destructive behaviour in groups of young highly educated patients with dependencies (F1) and neurotic disorders (F4). The prevalence of suicidal ideation was 25.5% and risk-taking behaviour 18.2%. These symptoms are negatively correlated with each other, characterized by different pathopsychological and psychopathological relationships. Suicidality is detected mainly in neurotic disorders and characterized by a reduced adaptation, low frustration tolerance, and maladaptive coping. Risk-taking behaviour is more related to addictive disorders, irrational cognition of self-imposed obligation, and a fairly high level of adaptation. Accordingly, there were proposed differentiated programs of cognitive-behavioural coping prevention of self-destructive behaviour.

Key words: students and young specialists, self-destruction, suicidal thoughts, risk-taking behaviour, addictive behaviour, anxiety, depression, coping, cognitive-behavioural approach.

Суицидальное поведение, прежде всего в виде суицидальных мыслей (СМ), с достаточно высокой частотой (более 30%) выявляется среди учащейся молодежи [10]. Остро стоит проблема суицида в психиатрической и наркологической практике, при этом пациенты далеко не всегда самостоятельно сообщают о наличии СМ [3]. В литературе, посвященной проблеме молодежных суицидов, отражены вопросы эпидемиологии, диагностики, психопатологии, терапии и профилактики [9]. Среди важных предикторов суицидального поведения молодежи описываются перфекционизм, враждебность, семейные дисфункции, низкая социальная поддержка [18]; черты ригидности, педантичности, возбудимости, обуславливающие низкую стрессоустойчивость [19]; раздражительность в сочетании с замкнутостью,

низкой переносимостью трудностей и склонностью к унынию [16].

При этом неоднократно отмечалось, что устоявшиеся представления о деструктивном поведении молодежи, как следствии семейного или микросоциального неблагополучия, нуждаются в пересмотре. В данное поведение втягивается все больше детей из благополучных семей, с академическими успехами и достаточно социально адаптированных, для работы с которыми необходимо разрабатывать принципиально новые модели психопрофилактики [17, 19]. Несмотря на удовлетворительный уровень формальных показателей социальной адаптации, среди студентов с СМ обнаруживается достоверное снижение адаптации психологической [4], связанной с нарушениями стрессоустойчивости [1, 2] и целой гаммой пси-

хоадаптационных и психозеадаптационных состояний (ПАС-ПДАС) [12].

Значительная часть проводимых по данной тематике исследований завершается очередной попыткой устранить существующие терминологические противоречия и создать новую авторскую классификацию девиантного поведения, оптимизирующую диагностику, терапию и профилактику аутодеструкций [11, 14, 15]. При этом поведение, связанное с поиском риска (в зарубежной литературе — *risk-taking behaviour*), в авторских классификациях аутодеструкции часто не находит отражения — на наш взгляд, незаслуженно. Именно рискованность, как черта характера, связана с активностью, инициативностью, легкостью установления новых контактов — и со вступлением в сомнительные мероприятия, в том числе, аутодеструктивные [6]. В связи с этим, изучение и превенция рискованного поведения молодежи, как одного из специфических проявлений аутодеструкции, является не менее значимой и актуальной задачей [20].

В качестве концептуальной основы вмешательства при аутодеструктивном поведении наиболее оправданно рассматривать когнитивно-поведенческую парадигму [5, 7, 8, 13], позволяющую осуществлять вмешательства с доказанной эффективностью.

Исходя из этого, **целью** настоящего исследования явился сравнительный анализ двух вариантов аутодеструктивного поведения молодежи — с наличием суицидальных мыслей и склонностью к риску, с оценкой социально-психологической адаптации, когнитивного стиля, стрессоустойчивости и обоснованием дифференцированных программ когнитивно-поведенческой копинг-профилактики [5].

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было обследовано 55 пациентов клиник НИИ психического здоровья (г. Томск) в возрасте от 19 до 35 лет (средний возраст на момент обследования — $26,3 \pm 4,7$ лет), из них 45,5% мужчин, 54,5% женщин; по роду занятий — студенты и молодые специалисты (исследование проводилось в рамках общей темы по изучению психического здоровья высокообразованной молодежи). В группе обследованных пациенты с расстройствами, вызванными психотропными веществами (F1), составили 60% ($n=33$), пациенты с невротическими расстройствами (F4) — 40% ($n=22$). Исследование проводилось в соответствии с Картой стандартизированного описания пациента НИИ психического здоровья, адаптированной к задачам исследования, при помощи комплекса валидизированных и стандартизированных психометрических методик. Уровень социально-психологической адаптации и качества жизни оценивался по методике SASS (M. Bosc et al., 1997); тревожно-депрессивная симптоматика — по методикам HADS, Спилбергера-Ханина и по Шкале депрессии Бека; когнитивные установки определялись по методике А. Ellis, 1987, особенности стрессоустойчивости

(копинг-реагирования) — по опроснику Е. Heim, 1988, в нашей модификации [5], предполагающей модульно-векторное представление результата, вместо традиционной матрицы копинг-поведенческий/когнитивный/эмоциональный — адаптивный/относительно адаптивный/неадаптивный. В нашей интерпретации результат представляется в виде 9 модулей (оценка ситуации, принятие ситуации, переоценка ситуации, отреагирование, прогноз, принятие ответственности, делегирование ответственности, отвлечение и поддержка). В рамках этих модулей выделено 19 адаптивных и неадаптивных векторов, каждый из которых выражен количественно, в зависимости от рейтинга использования соответствующих стратегий опросника Хайма, в результате чего возможен сравнительный межгрупповой анализ уровня выраженности каждого адаптивного и неадаптивного вектора. В общей группе обследованных выделены подгруппы пациентов с наличием и отсутствием суицидальных мыслей, с наличием и отсутствием рискованного поведения. Сравнительный анализ показателей в группах проводился по методу Манна-Уитни, также использовался корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты исследования. Наличие суицидальных мыслей в анамнезе было выявлено в 25,5% случаев, склонности к рискованному поведению — в 18,2% случаев. Лишь у одного обследованного (1,8%) обнаружено сочетание СМ и склонности к риску. В результате корреляционного анализа выявлена отрицательная взаимосвязь ($r_s = -0,16$) между данными показателями. Исходя из этого, изначально можно предположить существенные различия в психологических характеристиках, патопсихологических и психопатологических проявлениях у представителей данных групп.

В табл. 1 представлены взаимосвязи СМ и рискованного поведения с выраженностью патопсихологической и психопатологической симптоматики.

Таблица 1. Корреляционные взаимосвязи суицидальных мыслей и рискованного поведения с патопсихологической и психопатологической симптоматикой

Spearman Rank Order Correlations Marked correlations are significant at $p < 0,05$	Суицидальные мысли	Рискованное поведение
тягостное одиночество	0,45	-
гипотимия	0,40	-
астения	0,34	-
эксплозивность	0,31	-
курение табака	0,31	0,43
вегетативный симптомокомплекс	0,31	-
соматический симптомокомплекс	0,30	-

дисфория	0,29	-
обсессивность	0,27	-
употребление наркотиков	-	0,46

Как видно из приведенных данных, СМ в большей степени связаны с невротическими и соматовегетативными нарушениями, а поведение риска — с аддиктивной симптоматикой.

Единственная общая взаимосвязь обнаружена с повышенным уровнем табакокурения, однако ведущие мотивации потребления табака в группах носителей СМ и рискованного поведения различны. Наличие СМ связано с использованием табака, как средства выхода из состояния скуки и бездействия (мотивация гиперактивации, $r_s = 0,41$), а также с традиционным (принятым в культуре, «ритуальным») курением, $r_s = 0,39$. Рискованность же сопряжена с употреблением табака для получения психофизиологического удовольствия (гедонистическая мотивация, $r_s = 0,26$) и средства для ухода от проблем (атарактическая мотивация, $r_s = 0,24$).

При наличии СМ предсказуемо обнаруживается достоверное снижение социально-психологической адаптации и качества жизни, $r_s = -0,31$; в наибольшей степени данное снижение проявляется в сфере «хобби, увлечения, свободное время» ($r_s = -0,41$). При склонности к рискованному поведению снижения социально-психологической адаптации не отмечается.

Таковыми же ожидаемыми, как снижение адаптации, оказываются при наличии СМ тревожно-депрессивные проявления, выявляемые по всем использованным шкалам: депрессия по шкале Бека, тревога и депрессия по шкале HADS, личностная тревожность и реактивная тревога по шкале Спилбергера-Ханина (табл. 2).

Таблица 2. Корреляционные взаимосвязи суицидальных мыслей и рискованного поведения с тревожно-депрессивной симптоматикой

Spearman Rank Order Correlations Marked correlations are significant at $p < 0,05$	Суицидальные мысли	Рискованное поведение
ШДБ	0,46	-
Тревога (HADS)	0,37	-0,30
Депрессия (HADS)	0,36	-
ЛТ	0,36	-
РТ	0,36	-

Методики: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Спилбергера-Ханина (реактивная тревога — РТ и личностная тревожность — ЛТ), шкала депрессии Бека (ШДБ)

При склонности к рискованному поведению, напротив, выявлен более низкий уровень тревоги по шкале HADS (рис. 1).

В отношении когнитивных установок при СМ и рискованном поведении, являющихся основой когнитивно-поведенческого вмешательства, было выявлено следующее. Лица с СМ отличаются более низкой фрустрационной толерантностью ($r_s = -0,26$), устойчивостью к различным жизненным трудностям (установка «я этого не переживу»).

Иррациональность мышления лиц со склонностью к рискованному поведению сопряжена с «тиранией долженствования», установкой долженствования в отношении себя ($r_s = -0,36$). В то же время, эти лица обладают определенным потенциалом рациональности, проявляющимся в неприятии установки оценочного (дихотомического, черно-белого) мышления ($r_s = 0,31$), отсутствием склонности к «навешиванию ярлыков», что необходимо учитывать и использовать в психо-

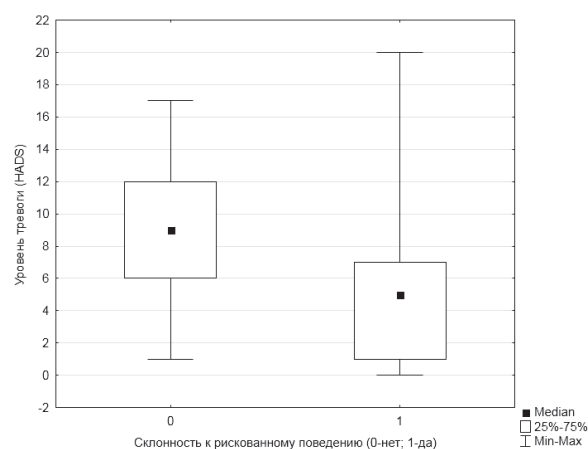
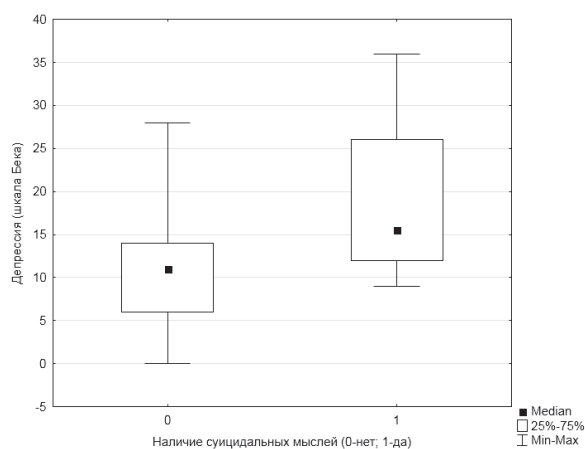


Рис. 1. Уровень депрессии (шкала Бека) при отсутствии и наличии суицидальных мыслей ($U=127,0$; $Z = -3,08$; $p=0,002$) и уровень тревоги (шкала HADS) при отсутствии и наличии рискованного поведения ($U=123,5$; $Z=2,2$; $p=0,03$)

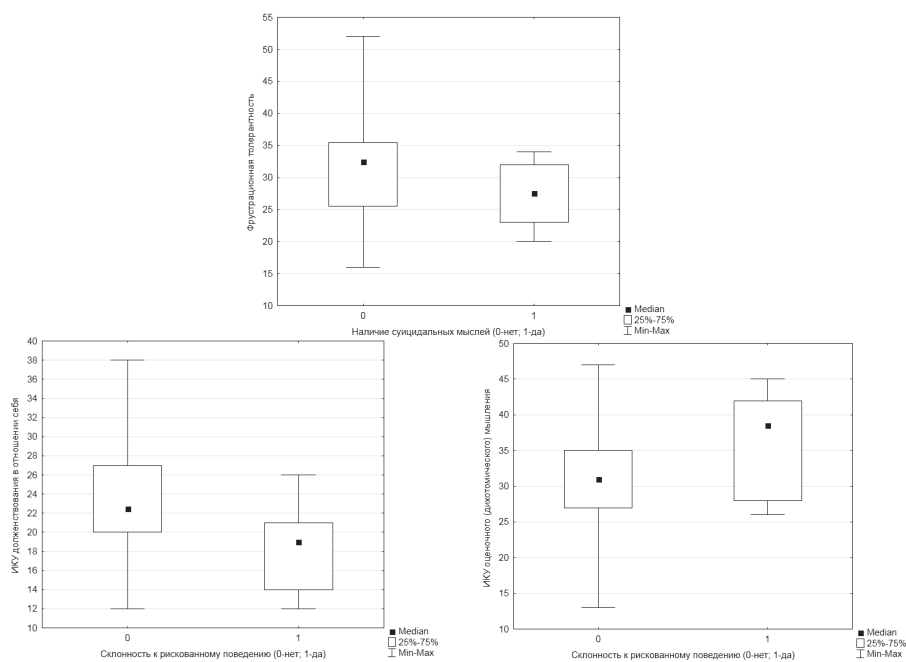


Рис. 2. Различия в когнитивных установках (по А. Эллис, 1987)

1) при отсутствии и наличии суицидальных мыслей: низкая фрустрационная толерантность ($U=184,5$; $Z=1,87$; $p=0,05$);

2) при отсутствии и наличии рискованного поведения:

долженствование в отношении себя ($U=100,5$; $Z=2,65$; $p=0,008$), оценочная установка ($U=118,5$; $Z=-2,25$; $p=0,02$)
(Примечание: более низкое значение показателя означает большую иррациональность когнитивной установки)

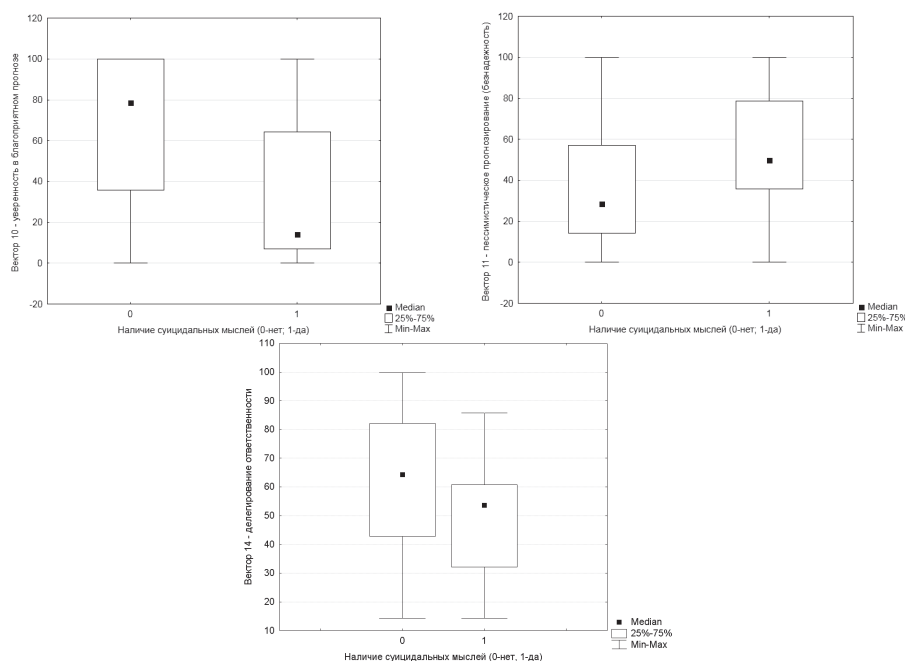


Рис. 3. Различия в эмоциональном копинге (по Е. Нейм, 1988, в интерпретации И.В. Воеводина, 2011) при отсутствии и наличии суицидальных мыслей: оптимистическая ($U=129,5$; $Z=2,39$; $p=0,02$) и пессимистическая ($U=150,5$; $Z=-1,93$; $p=0,05$) модели прогнозирования исхода сложных жизненных ситуаций; делегирование ответственности ($U=153,0$; $Z=1,89$; $p=0,05$).

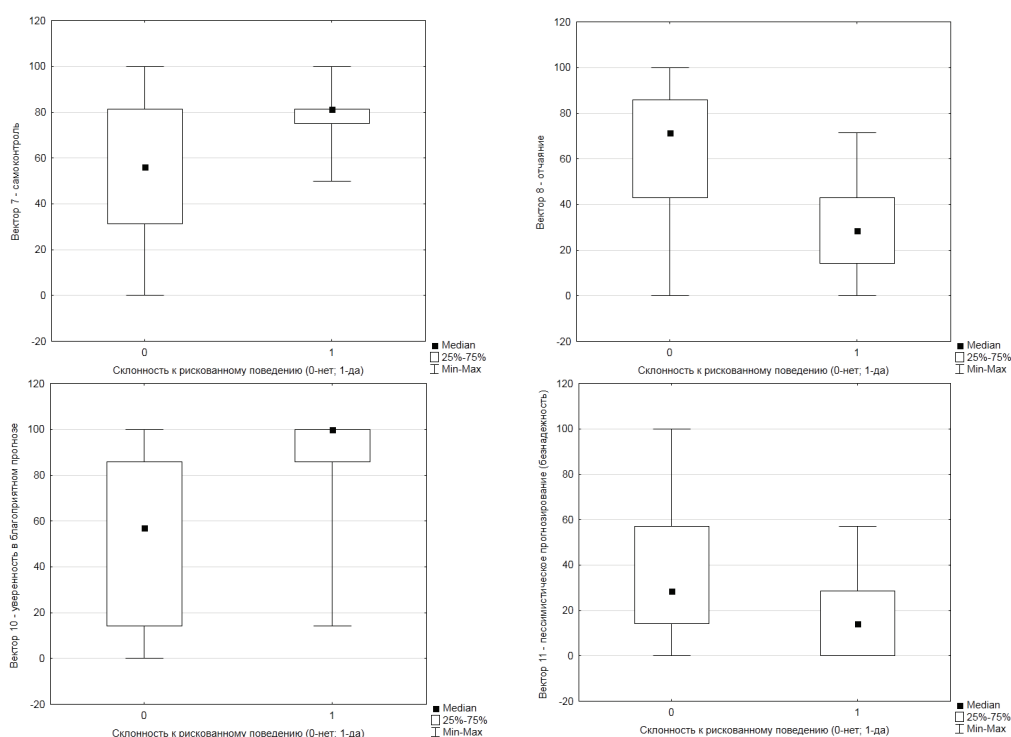


Рис. 4. Различия в эмоциональном копинге (по Е. Heim, 1988, в интерпретации И.В. Воеводина, 2011) при отсутствии и наличии рискованного поведения: самоконтроль ($U=113,0$; $Z=-1,93$; $p=0,05$), эмоции отчаяния ($U=88,0$; $Z=2,54$; $p=0,01$), оптимистическая ($U=92,5$; $Z=-2,43$; $p=0,01$) и пессимистическая ($U=89,5$; $Z=2,5$; $p=0,01$) модели прогнозирования

терапевтической работе с данным контингентом (рис. 2).

Важным аспектом развития ПАС-ПДАС являются особенности копинг-реагирования на сложные жизненные ситуации, или особенности стрессоустойчивости [1, 2, 12]. В рассматриваемых группах эти особенности по методике Е.Нейм, 1988, в нашей модификации, 2011, [5] были установлены для трех модулей эмоционального копинга — отреагирования, прогноза и делегирования ответственности.

Наличие СМ предполагает неадаптивное эмоциональное реагирование в виде чувства безнадежности, связанного с прогнозом развития неблагоприятной ситуации (неадаптивный вектор 11, $r_s = 0,30$), и соответствующего недостатка эмоций оптимизма, уверенности, в том же модуле (адаптивный вектор 10, $r_s = -0,34$). Также при СМ выявляется неготовность нормализовать свое эмоциональное состояние, делегируя часть ответственности за разрешение жизненных трудностей людям, готовым помочь (адаптивный вектор 14, $r_s = -0,28$). Данные особенности проиллюстрированы на рис. 3.

У лиц со склонностью к рискованному поведению модуль прогноза выглядит полностью противоположным образом: с высоким уровнем уверенности, оптимизма (вектор 10, $r_s = 0,34$) и низким — безнадежности (вектор 11, $r_s = -0,34$). Столь

же адаптивен модуль отреагирования: высокий уровень самоконтроля (адаптивный вектор 7, $r_s = 0,26$) при низкой склонности к отреагированию эмоциями отчаяния (неадаптивный вектор 8, $r_s = -0,37$), рис. 4.

Обсуждение результатов. Рискованность и суицидальность выступают как противоположные характеристики, связанные с разными аутодеструктивными путями психозадаптации и приводящие в итоге к формированию разных психических и поведенческих расстройств. Соответственно для носителей данных характеристик целесообразно использовать различные программы когнитивно-поведенческой копинг-профилактики [5].

В случае, когда аутодеструктивность связана с суицидальной склонностью, высок риск выраженного снижения социально-психологической адаптации, формирования тревожно-депрессивной и соматовегетативной симптоматики. Из проявлений аддиктивного поведения повышен только риск табакокурения с реализацией мотиваций гиперактивации и ритуальной (то есть не выполняющих роль копинга). Программа когнитивно-поведенческой копинг-профилактики ориентирована в первую очередь на повышение устойчивости к жизненным трудностям, развитие способности видеть различные возможные исходы проблемных ситуаций, в том числе благоприятные,

а также способности воспринимать поддержку, нормализовывать свое эмоциональное состояние, делегируя часть ответственности за решение и результат другим людям, готовым помочь.

Второй случай аутодеструктивности, связанный с рискованностью, отличается длительно сохраняющейся высокой адаптацией, низким уровнем тревоги, что поддерживается достаточно адаптивным копингом с высоким самоконтролем и оптимистическим прогнозом. Основой вмешательства становится профилактика аддиктивного поведения, с высокой частотой атарактической

мотивации (то есть, возможно, длительное время играющего роль копинг-стратегии, что также важно учитывать, запланировав в самом начале вмешательства путь формирования нового копинг-стиля и замотивировав на него пациента, прежде чем лишать его прежнего, и до поры эффективного, пути копинг-реагирования). Когнитивная перестройка в данной программе будет связана в первую очередь со снижением жестких, ригидных требований к самому себе, заменой их на адекватные, гибкие пожелания.

Литература

1. Аксенов М.М., Гычев А.В., Белокрылова М.Ф., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Рудницкий В.А., Левчук Л.А., Костин А.К. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2013. — № 4. — С. 11-17.
2. Аксенов М.М., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Перчаткина О.Э., Диденко А.В., Никитина В.Б., Гычев А.В., Рудницкий В.А. Клиническая динамика стрессоустойчивости при непсихотических психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 4. — С. 11-19.
3. Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Уманская П.С. Суицидальное поведение больных в практике врача психиатра-нарколога // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2014. — № 1. — С. 10-14.
4. Воеводин И.В. Социально-психологическая адаптация и психозадаптационные состояния у студентов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2015. — № 2. — С. 75-80.
5. Воеводин И.В., Бохан Н.А. Когнитивно-поведенческая копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. — № 2. — С. 42-50.
6. Жданова Н.Е. Риск как предпосылка к отклоняющемуся поведению подростков // Академический журнал Западной Сибири. — 2012. — № 2. — С. 7.
7. Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В. Особенности когнитивных искажений при пограничных психических расстройствах у подростков, совершивших суицидальную попытку // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 5. — С. 39-43.
8. Панченко Е.А. Новые подходы к стационарной психотерапии суицидального поведения в постсуицидальном периоде // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 5. — С. 74-77.
9. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2011. — № 4. — С. 4-7.
10. Руженков В.А., Руженкова В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения учащейся молодежи и возможные пути предупреждения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 4. — С. 52-54.
11. Руженков В.А., Руженкова В.В. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения // Суицидология. — 2014. — Т. 5, № 1. — С. 41-51.
12. Семке В.Я. Стрессоустойчивость как основа преодоления кризисов молодого поколения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2009. — № 3. — С. 7-9.
13. Семке В.Я., Харитонов С.В. Сравнительная оценка эффективности когнитивно-поведенческой, рациональной и комбинированной (когнитивно-поведенческой и рациональной) психотерапии у больных личностными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 2. — С. 49-52.
14. Сергеев И.И. Несуицидальная аутодеструкция // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8, № 4. — С. 3.
15. Соловьев А.Г., Леус Э.В. Оценка склонности подростков к социально-психологической дезадаптации вследствие девиантного поведения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2013. — № 2. — С. 100-102.
16. Толстикова А.Ю. Исследование депрессий и суицидального поведения у больных алкоголизмом и наркоманией (комплексный подход) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2010. — № 1. — С. 32-34.
17. Узлов Н.Д., Стряпунина Е.С. Самоотношение подростков с потенциальными рисками суицидального и аддиктивного поведения // Суицидология. — 2013. — Т.4. — С. 41-48.
18. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс] // Меди-

- цинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2013. — N 2. — URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 20.03.2015).
19. Хритинин Д. Ф., Самохин Д. В., Гончарова Е. М. Суицидальное поведение в структуре депрессивных расстройств у лиц молодого возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2015. — № 1. — С. 9-14.
20. Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. — 2014. — № 3. — С. 5-16.

Сведения об авторах

Бохан Николай Александрович — член-корр. РАН, профессор, доктор медицинских наук, директор НИИ психического здоровья, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Сибирского государственного медицинского университета. E-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Воеводин Иван Валерьевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИИ психического здоровья, доцент Национального исследовательского Томского государственного университета. E-mail: i_voevodin@list.ru