

ПЕРЕЖИВАНИЕ БЕЗНАДЕЖНОСТИ В ПОСТСУИЦИДАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ДЕПРЕССИИ: НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

А. А. МИДЬКО, проф. В. А. РОЗАНОВ

HOPELESSNESS EXPERIENCE IN POST-SUICIDE PERIOD AGAINST A BACKGROUND OF DEPRESSION: SOME CLINICAL-PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOMETRIC ASPECTS

A. A. MIDKO, V. A. ROZANOV

*Одесский национальный университет им. И. И. Мечникова,
Институт инновационного и последипломного образования, Одесса*

На контингенте суицидентов — участников шведско-украинского проекта по изучению суицидального поведения проанализирована роль клинически верифицированной и психометрически оцененной депрессии в формировании такого важного предиктора самоубийства, как безнадежность. Полученные данные позволяют высказать предположение, что у женщин феномен безнадежности связан с самим фактом депрессии и ее длительностью, но не с глубиной, в то время как у мужчин важна именно выраженность депрессивной феноменологии, возможно, ее когнитивного компонента.

Ключевые слова: суицидальное поведение, депрессия, безнадежность.

A group of students – participants of Swedish-Ukrainian project on suicide behavior investigation was used to analyze the role of clinically verified and psychometrically assessed depression in forming such important predictor of suicide as hopelessness. The obtained findings allow supposing that in women, hopelessness phenomenon is associated with the factor of depression itself and its duration but not with the depth, while in men the degree of depressive phenomena and, possibly, its cognitive component, are important.

Key words: suicide behavior, depression, hopelessness.

В настоящее время суицидальное поведение является одной из важных социальных и медико-психологических проблем [1, 2]. Известно, что расстройства настроения являются одним из наиболее существенных факторов, опосредующих суицидальное поведение [3, 4]. В литературе имеются данные о связи между течением и тяжестью аффективного расстройства и суицидальностью [5, 6]. Наиболее высокий риск суицидальных попыток сочетается с диагнозами дистимии и биполярного расстройства [5]. Хроническое течение аффективных расстройств, в частности такая форма, как дистимия, является фактором риска повторных попыток и рассматривается как значимый предиктор суицидальности [7].

В то же время, хотя депрессия и является ведущим фактором риска суицидального поведения, не менее важным предиктором суицидальности выступает психологический феномен безнадежности (ФБ), описываемый как отсутствие ожиданий позитивных событий в будущем [8] и являющийся одной из характерных особенностей мышления и структуры личности парасуицидентов [9–11]. В частности, Э. Шнейдман, А. Бек и другие исследователи неоднократно отмечали, что безнадеж-

ность теснее коррелирует с суицидальностью, чем депрессия [12, 13]. Психологическая сущность ФБ, ее когнитивный и аффективный аспекты не вполне ясны, некоторые исследования показывают, что ФБ является неким независимым, не связанным непосредственно с депрессией феноменом [8, 14], включающим в себя более постоянный личностный компонент, который может усиливаться ситуационным компонентом, обусловленным состоянием эмоционально-аффективной сферы [7].

В литературе имеются данные, полученные на материале клинически здоровых добровольцев, свидетельствующие о том, что «подпороговые» уровни депрессии, не имеющие глубины депрессивного расстройства (объективируемые исключительно за счет опросников, построенных на принципе самоописания), могут быть связаны с ухудшением качества психосоциального функционирования [15] и частоты встречаемости ФБ [16]. В то же время в доступной нам литературе не было обнаружено специальных исследований, посвященных изучению связи между ФБ и длительности существования, а также степенью выраженности депрессии у лиц, совершивших суицидальные попытки. С учетом того что

в популяции лиц, совершивших суицидальную попытку, значительный процент составляют лица с аффективной симптоматикой, не достигающей в силу кратковременности степени выраженности депрессивного расстройства [9, 3], нам представлялось интересным и важным в практическом плане оценить связь между ФБ и длительностью аффективной симптоматики. Одновременно важно было оценить связь безнадежности с тяжестью и повторностью суицидальных попыток — важнейшими параметрами этого варианта суицидального поведения. Такое исследование, помимо уточнения механизмов суицидальности, косвенно могло бы помочь в понимании ФБ и особенностей его связей с аффективной сферой.

Исходя из вышеизложенного целью данного исследования являлось изучение особенностей суицидального поведения (тяжесть и повторность попыток) у суицидентов с клинически верифицированными аффективными расстройствами и без таковых в связи с такими клинико-психологическими характеристиками, как наличие ФБ и выраженность актуальной депрессии.

Из базы данных лиц, совершивших суицидальные попытки (СП), была выбрана группа испытуемых (88 пациентов стационаров города Одессы и других городов Украины в возрасте от 18 до 47 лет), у которых с помощью структурированного диагностического опросника CIDI в компьютерном варианте в соответствии с критериями МКБ-10 были диагностированы депрессивные расстройства, а именно: депрессивный эпизод легкой степени тяжести (F 32.0, $n = 22$), депрессивный эпизод умеренной степени тяжести (F 32.1, $n = 24$), депрессивный эпизод тяжелой степени тяжести (F 32.2 и F 32.3, $n = 16$) и дистимия (F 34.1, $n = 26$). Из этого числа женщины составили 48%, мужчины — 52%. Средний возраст группы составил $25,65 \pm 7,64$ лет. Критерием исключения было наличие сопутствующего психотического состояния и давность попытки (более 2 мес). Степень тяжести (летальности) СП оценивалась в соответствии с 8-балльной «Медицинской шкалой самоповреждений» (0 баллов — без последствий, 8 баллов — летальный исход). В базе данных содержались сведения о лицах, совершивших попытки, оцениваемые в 2 балла и более (2 балла подразумевает наличие легких, но клинически отчетливых медицинских последствий).

В данной выборке суициденты по степени тяжести СП распределились следующим образом: 2 балла — 28 чел., 3 балла — 23 чел., 4 балла — 26 чел., 5 баллов — 7 чел., 6 баллов — 1 чел., 7 баллов — 3 чел. Из них 71 совершили попытки путем самоотравления, 5 — падения с высоты, 8 — нанесения самопорезов, 4 — самоповешения. Обследование подавляющей части респондентов проводилось в течение пребывания в стационаре, с учетом соматического и психологического состояния, обычно на 4–5-й день после попытки, либо

в домашних условиях, либо в условиях ситуации психологического консультирования вскоре после выписки из стационара. В качестве характеристик суицидального поведения использованы такие показатели, как тяжесть последней попытки самоубийства и наличие предшествующих попыток, кроме того, оценивали наличие ФБ и выраженность актуальной депрессии. Оценивали средние величины указанных параметров, статистические различия между группой «депрессивных» суицидентов и контрольной группой по указанным переменным, отдельно для мужчин и женщин.

В качестве контроля из базы данных была выбрана соответствующая по поло-возрастному составу группа суицидентов, у которых не было диагностировано депрессивных расстройств. В группу вошли 80 суицидентов в возрасте от 18 до 48 лет. Из них мужчин — 50%, женщин — 50%. Средний возраст составил $24,88 \pm 6,24$ года. Критерии исключения для этой группы были аналогичны критериям основной группы. В этой группе суициденты по степени тяжести СП распределились следующим образом: 2 балла — 27 чел., 3 балла — 25 чел., 4 балла — 23 чел., 5 баллов — 2 чел., 6 баллов — 2 чел., 7 баллов — 1 чел. Из них 60 совершили попытки путем самоотравления, 3 — прыжков с высоты, 10 — нанесения самопорезов, 7 — самоповешения. Среди представителей контрольной группы выявлялись преимущественно расстройства адаптации, личностные расстройства либо упоминание о каком-либо расстройстве отсутствовало.

Основным целевым инструментарием в проведенном исследовании были: 1) шкала депрессии Бека (*Beck Depression Inventory*), предназначенная для оценки наличия депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период [17]; 2) шкала безнадежности Бека (*Hopelessness Scale*, в редуцированном варианте), построенная на оценке пациентом своего будущего [4, 18]. Различия оценивались при помощи статистического критерия χ^2 -Пирсона и критерия Манна-Уитни (ввиду отклонений признаков в группах от нормального распределения). В исследовании использовался пакет статистических программ SPSS.

Исходные характеристики суицидального поведения лиц в обследованных группах представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, средняя тяжесть совершенных СП практически имеет одинаковый уровень для групп «депрессивных» суицидентов и суицидентов без депрессии ($p > 0,05$), что говорит об отсутствии влияния аффективных факторов на тяжесть совершенных попыток в обследованных группах. Средняя тяжесть попыток оказалась однородной среди мужчин и женщин. Что касается повторности попыток, то в обеих группах среди женщин это явление встречалось чаще, при этом у женщин без депрессии число лиц с предшествующими попытками оказалось достоверно больше, чем среди женщин с депрессией.

Среднее количество набранных баллов по опроснику Бека (актуальная депрессия) оказалось достоверно выше у группы «депрессивных» суицидентов, как у мужчин, так и у женщин ($p < 0,05$), что вполне логично и вытекает из особенностей их аффективного состояния. При сравнении группы «депрессивных» суицидентов с контрольной группой по частоте встречаемости ФБ, несмотря на несколько большую частоту встречаемости в группе суицидентов с депрессией, статистически достоверные различия были найдены только в группе женщин. Таким образом, безнадежность достоверно чаще встречается у женщин с диагностированной депрессией по сравнению с женщинами без депрессии ($p < 0,05$), при этом среди мужчин имеется тенденция к более высокой частоте безнадежности независимо от наличия депрессии, однако эти различия не достигают статистической достоверности. Связь между тяжестью СП и частотой встречаемости ФБ также оказалась статистически недостоверной ($p > 0,05$) для групп с депрессией и без нее.

Основной вопрос данной работы — в какой степени депрессия обуславливает возникновение безнадежности — решали с помощью сопоставления выраженности актуальной депрессии в подгруппах мужчин и женщин, обнаруживающих и не

обнаруживающих ФБ по данным опросника безнадежности Бека (табл. 2).

Как видно из приведенных данных, в группе с клинически диагностированной депрессией лица с ФБ (как мужчины, так и женщины) имели более высокие баллы по шкале депрессии Бека, чем лица, не обнаруживающие ФБ. В то же время достоверные различия выявляются только у мужчин ($p < 0,01$), в группе женщин такую связь выявить не удалось ($p > 0,05$), различия имели характер неподтвержденной тенденции.

В группе контроля была выявлена аналогичная закономерность: только у мужчин частота встречаемости ФБ зависит от степени выраженности актуальной депрессии (количества баллов по шкале Бека, $p < 0,02$), у женщин статистически значимой связи между этими параметрами выявить не удалось. Эти результаты убеждают во взаимообусловленности ощущения (или переживания) депрессии и возникновения ФБ по крайней мере у мужчин.

Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что уровень прогностического значения оценки глубины депрессии, полученной при помощи опросника Бека методом самоописания, в плане формирования ФБ может оказаться не менее значимым, чем оценка глубины депрессии с использованием объективных клинических

Таблица 1

Исходные характеристики суицидального поведения, актуальная депрессия и безнадежность у лиц с клинической депрессией и без нее

| Группы обследованных | Суициденты с диагнозом депрессии по МКБ-10 | | Суициденты без диагноза депрессии по МКБ-10 | |
|--|--|-------------------|---|-------------------|
| | мужчины, $n = 46$ | женщины, $n = 42$ | мужчины, $n = 40$ | женщины, $n = 40$ |
| Средняя тяжесть суицидальной попытки, баллы | 3,25±1,37 | 3,35±1,05 | 3,39±1,43 | 3,15±0,83 |
| Число лиц с предшествующими попытками | 5 (10,9%) | 7 (16,7%) | 9 (22,5%) | 16 (40%)* |
| Среднее количество баллов, набранных по шкале депрессии Бека | 21,47±12,36* | 21,7±12,44* | 15,11±9,7 | 17,72±13,17 |
| Число лиц, у которых выявлен ФБ | 22 (47,8%) | 19 (45,2%)* | 13 (32,5%) | 9 (22,5%) |

* $p < 0,05$.

Таблица 2

Сравнение степени выраженности актуальной депрессии у суицидентов с клинической депрессией и без таковой в зависимости от наличия феномена безнадежности (в баллах по шкале депрессии Бека)

| Группы обследованных | Суициденты с депрессией по МКБ-10 | | Суициденты без депрессии по МКБ-10 | |
|---|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|
| | мужчины, $n = 46$ | женщины, $n = 42$ | мужчины, $n = 40$ | женщины, $n = 40$ |
| Обнаруживающие ФБ | 27,31±11,4 | 28,00±12,54 | 22,15±11,78 | 20,11±11,08 |
| Не обнаруживающие ФБ | 16,12±10,77 | 21,39±13,45 | 13,18±9,22 | 14,51±10,43 |
| Уровень значимости (критерий Манна-Уитни) | $p < 0,01$ | | $p < 0,02$ | |

методов, основанных на формальной оценке числа накопленных критериев (в том числе и критерия длительности наблюдаемых симптомов согласно МКБ-10). Но это относится прежде всего к мужской части популяции, у женщин эта связь, очевидно, выражена слабее. Иными словами, «подпороговые» или доклинические проявления депрессии столь же важны для формирования (или усиления выраженности) ФБ (вне зависимости от длительности существования симптомов депрессии), как и сам диагноз депрессивного расстройства. Это подтверждают имеющиеся в литературе данные относительно того, что «подпороговые» уровни депрессии представляют собой часть депрессивного «континуума» [15, 16], и позволяет предполагать, что «подпороговые» уровни депрессии, объективируемые психометрически, могут иметь определенное значение в предикции как самого ФБ, так и суицидального поведения как такового. Это обстоятельство также может указывать на большую вовлеченность в формирование ФБ у мужчин когнитивных механизмов, так как шкала депрессии Бека особенно чувствительна именно к когнитивным аспектам депрессии.

С другой стороны, ФБ у женщин не связан с «глубиной» депрессивной феноменологии, однако связан с «временным» фактором, то есть с наличием диагноза депрессивного расстройства, который непосредственно обусловлен таким показателем, как существование депрессивной феноменологии в течение как минимум 2 нед (согласно МКБ-10 диагностическим временным критерием депрессии является именно этот период). Наличие диагноза депрессии статистически достоверно повышает частоту ФБ у женщин примерно в 2 раза. Это позволяет предположить существование в женской популяции несколько иного соотношения вовлеченных в формирование ФБ механизмов, например большего вклада личностных механизмов (а это особенно важное обстоятельство для понимания интимных механизмов суицидогенеза именно у женщин [19]), ибо переживание де-

прессии предполагает несколько иную степень личностной «зрелости». В пользу этого предположения может говорить и факт меньшей частоты повторных СП у женщин из группы «депрессивных» суицидентов ($p < 0,05$), что также можно гипотетически объяснить наличием у этой группы более зрелых интрапсихических образований, уменьшающих необходимость в повторном аутоагрессивном «копинге» сложных эмоциональных состояний (у мужчин таких различий по этому параметру между рассматриваемыми группами выявлено не было, $p > 0,05$). Определенный интерес в этом контексте также вызывают существующие взгляды на временные аспекты функционирования «Я»-концепций и их связь с депрессивной феноменологией [20] применительно к данной категории суицидентов, что, однако, выходит за рамки настоящей работы и требует специального исследования.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

ФБ связан с длительностью депрессивной феноменологии и с самой депрессией сложным, зависящим от гендерной принадлежности образом.

Возникновение ощущения безнадежности в женской популяции суицидентов сильнее связано с фактором времени, чем у мужчин, так как именно для женщин связь между частотой безнадежности и наличием двухнедельного «депрессивного» периода в виде диагноза «депрессивный эпизод» по МКБ-10 оказалась достоверной.

Частота встречаемости безнадежности лишь отчасти зависит от глубины депрессии: у женщин ФБ связан скорее с самим фактом депрессии, а не с ее глубиной, в то время как у мужчин важна именно выраженность депрессивной феноменологии, возможно, особенно ее когнитивного компонента.

Полученные данные могут говорить о перспективности дальнейшего исследования сущности феномена безнадежности, вклада личностных, когнитивных и гендерных факторов в его развитие.

Литература

1. Каневский В. И., Розанов В. А. Оценка целевой направленности личности в раннем периоде после суицидальной попытки // Тавр. журн. психиатр.— 2006.— Т. 10 (36).— № 3.— С. 79–85.
2. Суицид — напрасная смерть / Под ред. Д. Вассермана.— Тарту: Tartu University Press.— 2001.— 288 с.
3. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., Бергельсон Л. Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопр. психологии.— 1981.— № 4.— С. 92–102.
4. Aish A-M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? // Psychol. Medicine.— 2001.— Vol. 31.— P. 367–372.
5. Contributors to suicidal ideation among bipolar patients with and without a history of suicide attempts / M. H. Allen, C. A. Chessick, D. J. Miklowitz et al. // Suicide Life Threat. Behav.— 2005.— Vol. 35 (6).— P. 671–680.
6. Magne-Ingvar U., Ojehagen A., Traskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide // Acta Psychiatr. Scand.— 1992.— Vol. 86 (2).— P. 153–158.
7. Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders / E. Szadoczky, J. Vitrai, Z. Rihmer, J. Furedi // Eur. Psychiatry.— 2000.— Vol. 15 (6).— P. 343–347.
8. Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences / A. K. MacLeod, B. Pankhania, M. Lee, D. Mitchell // Psychol. Medicine.— 1997.— Vol. 27 (4).— P. 973–977.
9. Ефремов В. С. Основы суицидологии.— СПб.: Диалект, 2004.— 480 с.

10. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach / G. Dieserud, E. Røysamb, O. Ekeberg, P. Kraft // *Suicide Life Threat. Behav.*— 2001.— Vol. 31 (2).— P. 153–168.
11. *Miranda R., Fontes M., Marroquin B.* Cognitive content-specificity in future expectancies: role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms // *Behavior Res. Ther.*— 2008.— Vol. 46 (10).— P. 1151–1159.
12. *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы: Пер. с англ.— М.: Смысл, 2001.— 315 с.
13. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери; Пер. с англ.— СПб.: Питер, 2003.— 298 с.
14. *Perczel F. D., Kiss Z.* The analysis of negative life events, hopelessness and coping strategies among psychotic patients // *Psychiatry Hungarian.*— 2008.— Vol. 23 (1).— P. 4–21.
15. Clinical implications of «subthreshold» depressive symptoms / P. M. Lewinsohn, A. Solomon, J. R. Seeley, A. Zeiss // *J. Abnormal Psychol.*— 2000.— Vol. 109 (2).— P. 345–351.
16. *Becker D. F., Grilo C. M.* Prediction of suicidality and violence in hospitalized adolescents: comparisons by sex // *Canadian J. Psychiatry.*— 2007.— Vol. 52 (9).— P. 572–580.
17. An Inventory for Measuring Depression / A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson et al. // *Archives of General Psychiatry.*— 1961.— № 4.— P. 561–571.
18. The measurement of pessimism. The Hopelessness Scale / A. T. Beck, A. Weisman, D. Lester et al. // *J. Consult. Clin. Psychol.*— 1974.— Vol. 41.— P. 861–865.
19. *Лайнен М. М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ.— М.: ООО «И. Д. Вильямс», 2008.— 590 с.
20. *Белинская Е. П.* Временные аспекты «Я»-концепции и идентичности // *Мир психологии.*— 1999.— № 3.— С. 140–147.

Поступила 17.03.2009