

УДК 616.895.4:364.277:316.6:618.179

М. Е. ВОДКА

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Выделены социальные предикторы парасуицидального поведения пациенток с депрессивными расстройствами аффективного регистра, синдромом потери плода и намеренным несуицидальным самоповреждением в анамнезе. На основании анализа клинико-статистических данных в рамках последовательной процедуры А. Вальда (в модификации Е. В. Гублера) установлены признаки-характеристики с мерами информативности, позволяющие вынести заключение об их принадлежности к группе социальных предикторов парасуицидального поведения с достоверностью 95,0; 99,0 и 99,9%.

Ключевые слова: женщины, депрессивные расстройства, парасуицид, потеря плода в анамнезе, социальные предикторы парасуицидального поведения.

Актуальность изучения намеренных самоповреждений обусловлена их местом в структуре причин смертности, а также высокой распространенностью в общей популяции. Так, в докладе Всемирной организации здравоохранения «Статистика самоубийств на 2014–2015 год» отмечается, что самоубийство — одна из 20 ведущих причин смертности во всем мире (каждые сорок секунд на планете совершается один суицид) [1]. Уровни парасуицидов также высоки: ежегодный — от 2,6 до 1100 на 100 000 населения в год, прижизненный — от 720 до 5930 на 100 000 [2].

Важным моментом создания национальных и региональных программ превенции намеренных самоповреждений (как фатальных, так и нефатальных) является доказательное установление всех возможных предикторов такого поведения в разных социальных группах (профессиональных, гендерных, клинических, религиозных и пр.).

Цель настоящего исследования — выделение социальных предикторов парасуицидального поведения в группе женщин с депрессивными

расстройствами (ДР) и синдромом потери плода в анамнезе.

Исследование выполнено в период 2013–2015 гг. на кафедре психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета ХНУ имени В. Н. Каразина.

На условиях информированного согласия в исследовании приняла участие 91 женщина, находящаяся в режиме амбулаторного наблюдения в КУЗ «Областной психоневрологический диспансер» (Харьков): 54 пациентки с ДР аффективного регистра, синдромом потери плода и намеренным несуицидальным самоповреждением в анамнезе (основная группа — ОГ) и 37 — с ДР аффективного регистра, синдромом потери плода в анамнезе, без самоповреждений (контрольная группа — КГ).

Критерии включения в ОГ: совершеннолетие на момент исследования (достижение 18 лет); возраст на момент исследования, не превышающий верхнюю границу репродуктивного временного интервала (45 лет); наличие на момент исследования ДР аффективного регистра легкой и умеренной

степени по критериям МКБ-10 (состояние пациентки, отвечающее критериям депрессивного эпизода (ДЭ) легкой или умеренной степени, рекуррентного депрессивного расстройства (РДР), текущий ДЭ легкой или умеренной степени), иных ДР легкой и умеренной степени выраженности из раздела F30–F39); наличие в анамнезе синдрома потери плода, намеренного несауцидального самоповреждения; согласие на участие в исследовании и соблюдение всех предписаний.

Критерии исключения из ОГ: несовершеннолетие; возраст, превышающий верхнюю границу репродуктивного интервала (более 45 лет); наличие тяжелого ДР из раздела F30–F39, в том числе ДР с психотическими симптомами; депрессивное состояние вследствие употребления психоактивных веществ; депрессивный синдром в рамках органических расстройств, шизофрении, шизоаффективного расстройства, невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств; отсутствие в анамнезе синдрома потери плода; наличие случайных самоповреждений, а также совершенных по суицидальным мотивам; несогласие пациентки на участие в исследовании.

Все обследованные — жительницы г. Харькова и Харьковской области. Их средний возраст составил: в ОГ — $28,90 \pm 2,2$ года, в КГ — $28,40 \pm 2,1$ года.

В исследовании под парасуицидальным поведением мы понимали «поведение, имитирующее суицидальное, но без намерения убить себя» [3]; соответственно под парасуицидом, согласно рекомендациям ВОЗ и определению N. Kreitman, A. Phillip [3], — «любое намеренное самоповреждение или самоотравление, совершенное с целью изменения жизненных обстоятельств путем физических последствий»; под синдромом потери плода — один или более самопроизвольных выкидышей или неразвивающихся беременностей в сроке 10 нед и более, мертворождение, неонатальную смерть; три и более самопроизвольных выкидыша до 8 нед эмбрионального развития [4].

В исследовании были использованы следующие методы: клиничко-психопатологический (с применением критериев МКБ-10 для верификации ДР и самоповреждений), клиничко-суицидологический, психодиагностический (Шкала суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicidi Intent Scale, Pierce, D. W., 1977) [5], Шкала оценки риска суицида Паттерсона (The Sad Persons Scale, Patterson et al., 1983) [5]; Шкала предписаний П. Дрего (The Drego Injunction Scale, 1983) [6]); математической статистики (достоверность различия частот качественных признаков с использованием непараметрического критерия χ^2) [7]. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с помощью статистического пакета

SPSS-14 for Windows, оценки диагностической ценности (диагностических коэффициентов (ДК)), а также информативности (мер информативности Кульбака — МИ) изучаемых признаков с формированием сводной таблицы, применяемой в составе последовательной процедуры А. Вальда (в модификации Е. В. Гублера) [7, 8].

Алгоритм установления социальных предикторов парасуицидального поведения у женщин с ДР и синдромом потери плода в анамнезе предусматривал два этапа. На первом была проведена инвентаризация уже известных социальных предикторов парасуицида у женщин, выделенных по результатам контент-анализа специальной литературы [9–11]. Предиктором в исследовании мы считали «любую характеристику.. по которой можно составить индивидуальный прогноз в отношении возникновения заболевания» (в нашем случае — парасуицидального поведения) [12]. В качестве потенциальных социальных предикторов парасуицидального поведения у женщин с ДР и синдромом потери плода в группах сравнения были изучены следующие характеристики: полнота родительской семьи, уровень конфликтности в родительской семье, стиль воспитания в родительской семье, негативные родительские послания в процессе детско-родительской коммуникации, уровень образования, общественно-профессиональное положение, наличие общественно-профессиональной дезинтеграции, уровень материальной обеспеченности, семейно-брачный статус, возраст вступления в брак, количество детей, проживание в ситуации семейной дезинтеграции, поддержка со стороны ближайшего окружения (мужа/сожителя, друзей и родственников) после последней перинатальной потери.

На втором этапе исследования был проведен компаративный анализ частоты встречаемости характеристик-признаков, определенных на первом этапе, с расчетом их ДК и МИ. В дальнейшем все значимые для предикции клинические признаки были сведены в таблицу и размещены в порядке убывания их информативности. Достоверность различия частот качественных признаков устанавливалась с помощью непараметрического критерия χ^2 (пороговое значение р-критерия $< 0,05$).

Все установленные у респонденток ДР характеризовались как непсихотические расстройства легкой и умеренной тяжести (табл. 1). ДР у большинства пациенток характеризовались как легкой тяжести: общий показатель легких ДЭ в ОГ составил 62,96%, в КГ — 62,16% ($p > 0,05$). Структура ДР в сравниваемых группах была сопоставимой: частоты ДЭ и РДР существенно не отличались ($p > 0,05$). В структуре ДР преобладало РДР (53,70% — в ОГ и 51,35% — в КГ).

Структура депрессивных расстройств и наличие самоповреждения у обследованных женщин (по критериям МКБ-10)

| Структура ДР, самоповреждение | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|---|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Депрессивный эпизод (легкий) (F32.0) | 5 | 9,26 ¹ | 4 | 10,81 ² |
| Депрессивный эпизод (умеренный) (F32.1) | 20 | 37,04 ³ | 14 | 37,84 ⁴ |
| Депрессивный эпизод (F32), всего | 25 | 46,30 ⁵ | 18 | 48,65 ⁶ |
| Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0) | 29 | 53,70 ⁷ | 19 | 51,35 ⁸ |
| Самоповреждение в личном анамнезе (Z91.5) | 54 | 100,00 | — | — |

Примечание. Достоверность различий: ¹⁻² p > 0,05; ³⁻⁴ p > 0,05; ⁵⁻⁶ p > 0,05; ⁷⁻⁸ p > 0,05; ⁵⁻⁷ p < 0,05; ⁶⁻⁸ p < 0,05.

Все установленные самоповреждения были реализованы респондентками в рамках несуйцидального (парасуйцидального) поведения. В пользу несуйцидальности причиненных самоповреждений говорят результаты изучения обстоятельств их причинения, данные самоотчета обследованных, отражающие такие параметры, как летальность, декларируемые намерения, подготовка, реакция на совершенное действие, а также значения Шкалы суйцидальных интенций Пирса и Шкалы оценки риска суйцида Паттерсона.

Средний балл Шкалы суйцидальных интенций Пирса в ОГ составил 2,56±0,45, т. е. находился в интервале 0–3 балла, который соотносится с низким уровнем суйцидальных интенций [6]. Этот уровень, в свою очередь, соотносится с низким уровнем медицинского риска суйцида [6], что дало основание характеризовать все установленные у респонденток намеренные самоповреждения как несуйцидальные. В пользу несуйцидальности самоповреждений говорит также величина среднего балла Шкалы оценки риска суйцида Паттерсона, которая соотносится с интервалом 0–2 балла, что, в свою очередь, соответствует низкому риску суйцида [6].

Первоначально была изучена полнота семьи как потенциальный предиктор парасуйцидального поведения у женщин с ДР и потерей плода в анамнезе. При выборе данного параметра мы исходили из имеющихся в литературе данных о том, что девушки, воспитанные одним родителем, входят в группу с более высоким аутоагрессивным потенциалом [13]. Это касается как несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, так и суйцидальных, что подтверждается многочисленными литературными данными [10, 14, 15].

Большинство обследованных женщин росли и развивались в полных семьях (табл. 2).

Частота женщин ОГ, воспитанных в условиях неполной семьи, была в 3,43 раза выше по сравнению с аналогичным показателем в КГ. Отметим

Таблица 2

Данные о полноте родительской семьи обследованных женщин

| Родительская семья | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Неполная | 25 | 46,30 ¹ | 29 | 53,70 ³ |
| Полная | 5 | 13,51 ² | 32 | 86,49 ⁴ |

Примечание. Достоверность различий: ¹⁻² p < 0,01; ³⁻⁴ p > 0,01.

также, что частота показателя неполных семей в КГ (13,51%) существенно не отличалась от частоты показателя неполных семей в общей популяции (14,7–16,0% [16]). А вот частота неполных семей в ОГ (46,30%) превышала аналогичный среднепопуляционный показатель (15,35%) в 3 раза. Полученные данные позволили рассматривать характеристику «неполная родительская семья» в качестве потенциального социального предиктора парасуйцидального поведения в изучаемой выборке.

Вторым был изучен уровень конфликтности в родительской семье респонденток. При выборе данного параметра мы исходили из имеющихся в литературе данных о том, что воспитание в условиях повышенной конфликтности в родительской семье не способствует развитию у женщин навыков совладания со стрессовыми ситуациями. Такие женщины не получают необходимый опыт конфликтного взаимодействия с последующим конструктивным разрешением ситуации и примирением, у них не формируются навыки проблемно-решающего поведения в стрессовых ситуациях [17].

Воспитание в родительской семье в условиях повышенной конфликтности получили 22 (40,74%) пациентки ОГ и только 6 (16,22%) из КГ. Частота конфликтных родительских семей у женщин ОГ в 2,51 раза превышала таковую в КГ (p < 0,05).

Таблиця 3

Частота конфликтов в полных родительских семьях обследованных женщин

| Конфликты между родителями | ОГ, n = 29 | | КГ, n = 32 | |
|----------------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Наличие | 11 | 37,93 ¹ | 5 | 15,63 ² |
| Отсутствие | 18 | 62,07 | 27 | 84,37 |

Примечание. Достоверность различий: ¹⁻² $p < 0,05$.
То же в табл. 4.

Таблиця 4

Частота конфликтов в неполных родительских семьях обследованных

| Конфликты в неполных семьях | ОГ, n = 25 | | КГ, n = 5 | |
|-----------------------------|------------|--------------------|-----------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Наличие | 11 | 44,00 ¹ | 1 | 20,00 ² |
| Отсутствие | 14 | 56,00 | 4 | 80,00 |

В целом в семейном анамнезе у значительной части пациенток с ДР, потерей плода и намеренным самоповреждением отмечена повышенная конфликтность в родительской семье. Полученные данные позволили рассматривать характеристику «высокий уровень конфликтности в родительской семье» в качестве потенциального социального предиктора парасуицидального поведения респонденток в изученной выборке.

Распределение стилей воспитания в родительских семьях женщин групп сравнения отражено в табл. 5. Гармоничный стиль воспитания в родительских семьях респонденток ни в одном случае не установлен. Все стили воспитания характеризовались как негармоничные.

Доминирующая гиперпротекция как стиль воспитания в родительских семьях респонденток в 5,83 раза чаще встречалась в КГ ($p < 0,05$). Для данного стиля характерна повышенная строгость родителей, нормативность в поведении, ориентация на внешние правила и нормы, чрезмерное следование общепринятым социальным стереотипам, которые интернализировались и в дальнейшем приводили к формированию собственного категоричного, сверхстрогого, лишенного гибкости и приспособляемости сверх-Я. Чрезмерная строгость в соблюдении различных правил, ориентация на правильное поведение, нацеленное на успех и поощрение, формирование нормативных стереотипов, следование непреложным нормам и требованиям, подавление желания сделать что-либо новое, отличное от сформированных представлений, впоследствии приводили к противоречию между возможностями личности, с одной

Таблиця 5

Распределение стилей воспитания в родительских семьях респонденток (по Е. А. Личко [18])

| Стиль воспитания | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|--------------------------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Доминирующая гиперпротекция | 3 | 5,56 ¹ | 12 | 32,43 ² |
| Эмоциональное отвержение | 26 | 48,15 ³ | 6 | 16,22 ⁴ |
| Жесткие взаимоотношения | 5 | 9,26 ⁵ | 3 | 8,11 ⁶ |
| Гипопротекция | 3 | 5,56 ⁷ | 2 | 5,41 ⁸ |
| Потворствующая гиперпротекция | 11 | 20,37 ⁹ | 2 | 5,40 ¹⁰ |
| Повышенная моральная ответственность | 6 | 11,11 ¹¹ | 12 | 21,62 ¹² |

Примечание. Достоверность межгрупповых различий:
¹⁻² $p < 0,05$; ³⁻⁴ $p < 0,05$; ⁵⁻⁶ $p > 0,05$;
⁷⁻⁸ $p > 0,05$; ⁹⁻¹⁰ $p < 0,05$; ¹¹⁻¹² $p < 0,05$.

стороны, и ее стремлениями и завышенными требованиями к себе — с другой [18].

Достоверные различия также установлены в показателях частоты проявления стиля воспитания эмоциональное отвержение ($p < 0,05$). Квалифицирующие признаки данного стиля: «Ребенком тяготеются. Его потребности игнорируются. Иногда с ним жестоко обращаются. Родители (или их «заместители»: мачеха, отчим и пр.) считают ребенка обузой и проявляют общее недовольство им. Часто встречается скрытое эмоциональное отвержение: родители стремятся завуалировать реальное отношение к ребенку повышенной заботой и вниманием к нему. Этот стиль воспитания оказывает наиболее отрицательное воздействие на развитие ребенка» [18]. В нашем исследовании указанный стиль воспитания был установлен у 48,15% женщин ОГ и у 16,22% — КГ, т. е. эмоциональное отвержение в ОГ встречалось в 2,97 раза чаще.

Жесткие взаимоотношения как стиль воспитания в родительских семьях респонденток проявлялся в сравниваемых группах примерно с одинаковой частотой (9,26% — в ОГ и 8,11% — в КГ, $p > 0,05$).

Гипопротекция встречалась в родительских семьях женщин примерно с одинаковой частотой ($p < 0,05$). Данное воспитание характеризуется «недостатком опеки и контроля. Ребенок остается без надзора. К подростку проявляют мало внимания, нет интереса к его делам, часты физическая заброшенность и неухоженность. При скрытой гипопротекции контроль и забота носят формальный характер, родители не включаются в жизнь ребенка. Невключенность ребенка в жизнь

семьи приводит к асоциальному поведению из-за неудовлетворенности потребности в любви и привязанности» [18].

Достоверные различия установлены в показателях частоты проявления стиля воспитания потворствующая гиперпротекция ($p < 0,05$). Квалифицирующие признаки данного стиля: «Так называют воспитание «кумира семьи». Родители стремятся освободить ребенка от малейших трудностей, потакают его желаниям, чрезмерно обожают и покровительствуют, восхищаются его минимальными успехами и требуют такого же восхищения от других. Результат такого воспитания проявляется в высоком уровне притязаний, стремлении к лидерству при недостаточных упорстве и опоре на свои силы» [18]. В нашем исследовании указанный стиль воспитания был установлен у 20,37% женщин ОГ и у 5,40% — КГ, т. е. потворствующая гиперпротекция наблюдалась у респонденток ОГ в 3,78 раза чаще.

Показатели частоты определения такого стиля воспитания, как повышенная моральная ответственность, имели достоверные различия между группами сравнения ($p < 0,05$). Квалифицирующие признаки данного стиля: «От ребенка требуют честности, порядочности, чувства долга несоответственно его возрасту. Игнорируя интересы и возможности подростка, возлагают на него ответственность за благополучие близких. Ему насилию приписывают роль главы семьи. Родители надеются на особое будущее своего ребенка, а ребенок боится их разочаровать. Часто ему поручают заботу за младшими детьми или престарелыми». В нашем исследовании указанный стиль воспитания был отмечен у 11,11% женщин ОГ и у 21,62% КГ, т. е. повышенная моральная ответственность в КГ встречалась в 1,95 раза чаще.

Следует отметить, что наиболее частыми нарушениями воспитания у пациенток ОГ были эмоциональное отвержение и потворствующая гиперпротекция, на которые в совокупности приходится 68,52%.

Наиболее частыми нарушениями воспитания у обследованных КГ были доминирующая гиперпротекция и повышенная моральная ответственность, совокупно составляющие 54,05%.

Такие характеристики, как воспитание в родительской семье по типу эмоционального отвержения и воспитание в родительской семье по типу потворствующей гиперпротекции, были определены в качестве потенциальных социальных предикторов парасуицидального поведения у респонденток в изученной выборке.

При характеристике «негативные родительские послания (предписания), транслируемые в процессе детско-родительской коммуникации»

в качестве потенциального предиктора парасуицидального поведения мы исходили из имеющихся в литературе данных о том, что негативные родительские послания значимо чаще отмечаются у лиц женского пола с высоким аутоагрессивным потенциалом [19]. Роль негативных родительских посланий в формировании различных видов аутоагрессии показана также в публикации [20]. Негативные родительские послания (предписания) в нашем исследовании были изучены с помощью шкалы П. Дрего [6].

Негативные родительские предписания с одинаковой частотой встречались у респонденток обеих групп. При оценке спектра негативных родительских предписаний у женщин было установлено, что в ОГ чаще давались предписания: «Не живи» (48,15%) и «Не будь здоровым» (20,37%) (табл. 6). В КГ наиболее часто встречались предписания «Не будь ребенком» (32,43%) и «Не будь важным» (21,62%) (табл. 6).

Самым частым родительским предписанием у женщин в ОГ было «Не живи» (48,15%), а в КГ — «Не будь ребенком» (32,43%).

«Не живи». Негативное родительское послание (предписание). Дается родителями, если ребенок воспринимается как экзистенциальная помеха (мешает карьере, сексуальным отношениям, нежеланная беременность и т. д.) либо на него возлагается вина за смерть матери во время

Таблица 6

Спектр негативных родительских предписаний у респонденток

| Предписание | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|------------------|------------|---------------------|------------|---------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Не живи | 26 | 48,15 ¹ | 1 | 2,70 ² |
| Не думай | 1 | 1,85 ³ | 1 | 2,70 ⁴ |
| Не будь ребенком | 6 | 11,11 ⁵ | 12 | 32,43 ⁶ |
| Не доверяй | 1 | 1,85 ⁷ | 1 | 2,70 ⁸ |
| Не чувствуй | 1 | 1,85 ⁹ | 1 | 2,70 ¹⁰ |
| Не вырастай | 1 | 1,85 ¹¹ | 2 | 5,41 ¹² |
| Не будь важным | 1 | 1,85 ¹³ | 8 | 21,62 ¹⁴ |
| Не будь собой | 1 | 1,85 ¹⁵ | 1 | 2,70 ¹⁶ |
| Не принадлежи | 1 | 1,85 ¹⁷ | 1 | 2,70 ¹⁸ |
| Не сближайся | 1 | 1,85 ¹⁹ | 1 | 2,70 ²⁰ |
| Не будь здоровым | 11 | 20,37 ²¹ | 2 | 5,40 ²² |
| Не делай | 3 | 11,11 ²³ | 6 | 16,22 ²⁴ |

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: 1-2 $p < 0,001$; 3-4 $p > 0,05$; 5-6 $p < 0,05$; 7-8 $p > 0,05$; 9-10 $p > 0,05$; 11-12 $p < 0,05$; 13-14 $p < 0,05$; 15-16 $p > 0,05$; 17-18 $p > 0,05$; 19-20 $p > 0,05$; 21-22 $p < 0,001$; 23-24 $p > 0,05$.

родов. Может отражать и инфантицидные импульсы родителей, выражающиеся в неудачной попытке аборта, «случайно» стимулированных тяжелой работой или неосторожным поведением преждевременных родов с опасными осложнениями для жизни ребенка и т. д. [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 26 (48,15%) пациенток и только в одном (2,70%) случае в КГ. Частота предписания «Не живи» в ОГ встречалась в 17,83 раза чаще (!), чем в КГ ($p < 0,001$).

«Не думай». Послание (предписание), затрудняющее мышление. Может выражаться в запрете на мышление («Не думай — делай») либо определенные мысли. Выражается в неспособности думать, принимать решения самостоятельно или обдуманно действовать в определенных (например, кризисных) ситуациях, а также в типичной растерянности, убежденности в своей глупости по сравнению с другими и т. п. [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 1 (1,85%) пациентки и в КГ в 1 (2,70%) случае. Частоты предписания «Не думай» в группах сравнения не имели статистических различий ($p > 0,05$).

«Не будь ребенком». Негативное родительское послание (предписание). Ответственность за проблемы, связанные с переживанием позитивных чувств, особенно радости, и способностью расслабляться. Передается в ситуациях, когда ребенок наделяется недетской ответственностью (например, выполняя родительские функции в отношении себя, младших сиблингов, самих «беспомощных» родителей) либо когда в слишком раннем возрасте у него уже есть обязательства, связанные с трудом, учебной, следованием нормам этикета [6, 20]. Данный вид предписания был установлен у 6 (11,11%) пациенток в ОГ и у 12 (32,43%) — в КГ. Таким образом, частота предписания «Не будь ребенком» в ОГ встречалась в 2,92 раза реже по сравнению с КГ ($p < 0,05$).

«Не доверяй». Параноидное послание, отражающее интенсивную тревогу и страх близких отношений [6, 20], одинаково часто встречалось в сравниваемых группах. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 1 (1,85%) пациентки и в 1 (2,70%) случае в КГ. Частоты предписания «Не доверяй» в группах сравнения не имели статистических различий ($p > 0,05$).

«Не чувствуй». Негативное родительское послание (предписание). Дается родителями в виде запрета испытывать все или определенные чувства, например, в рамках культурной или семейной «традиции», из-за страха перед неспособностью совладать с собственным аффектом или аффектом ребенка («Злиться — плохо») либо в силу дефицита эмпатии [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 1 (1,85%) пациентки,

в КГ — у 1 (2,70%). Частоты предписания «Не чувствуй» в группах сравнения не имели статистических различий ($p > 0,05$).

«Не вырастай». Негативное родительское послание (предписание). Люди с данным предписанием склонны демонстрировать импульсивное, необдуманное поведение либо паттерны детской беспомощности и растерянности. Часто дается родителями, испытывающими страх быть брошенными, что выражается, в том числе, и в иррациональной тревоге о сепарации с детьми [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 1 (1,85%) пациентки, в КГ — в 2 (5,41%) случаях. Частота предписания «Не вырастай» в 2,92 раза была выше в КГ ($p < 0,05$).

«Не будь важным». Негативное родительское послание (предписание). Лежит в основе проблем самовосприятия и самооценки, подчеркивая некую условность, ничтожность существования человека. Принимается детьми, родители которых обесценивали значимость их поступков, мыслей, чувств и личности в целом, например, полностью игнорируя их присутствие либо мнение при выборе одежды или время препровождения [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 1 (1,85%) пациентки, в КГ — у 8 (21,62%). Частота предписания «Не будь важным» в КГ встречалась в 11,69 раза чаще по сравнению с ОГ ($p < 0,05$).

«Не будь собой». Негативное родительское послание (предписание). Наличие данного предписания характеризует проблемы самоидентификации и часто выглядит как послание не принадлежать своему полу, когда в девочках и мальчиках воспитываются качества противоположного пола (например, девочка, которую «записывают» в женскую футбольную команду) либо ребенок «взращается» для воплощения нереализованных устремлений родителей [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 1 (1,85%) пациентки, в КГ — у 1 (2,70%). Частоты предписания «Не будь собой» в сравниваемых группах существенно не отличались ($p > 0,05$).

«Не принадлежи». Основное шизоидное предписание. Описывает ощущение разобщенности с другими людьми, «инакости», чувство непринадлежности ни к одной из групп/мест/сообществ [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 1 (1,85%) пациентки и в КГ — у 1 (2,70%). Частоты предписания «Не принадлежи» в группах сравнения существенно не различались ($p > 0,05$).

«Не сближайся». Негативное родительское послание (предписание). Формируется при отсутствии достаточного физического контакта и положительной стимуляции со стороны других в результате длительной сепарации со значимыми людьми или их утратой. Принявший такое

предписание человек испытывает серьезные проблемы в создании и поддержании близких взаимоотношений с другими людьми [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 1 (1,85 %) пациентки и в 1 (2,70 %) случае в КГ. Частоты предписания «Не сближайся» в группах сравнения существенно не различались ($p > 0,05$).

«Не будь здоровым». Негативное родительское послание (предписание). Сообщение о психической или физической неполноценности ребенка, в результате которого человек учится получать внимание путем нездоровья. Вероятно, является одним из звеньев патогенеза психических заболеваний, поскольку может даваться родителями-психотиками и как предписание, и как программа действий («Сойди с ума, и у тебя всегда будет пенсия по инвалидности») [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 11 (20,37 %) пациенток, в КГ — у 2 (5,40 %). Частота предписания «Не будь здоров» в ОГ превышала таковую в КГ в 3,77 раза ($p < 0,001$).

«Не делай». Негативное родительское послание (предписание). Дается тревожными и боящимися (чаще всего иррационально) родителями, маскирующими собственную панику и иррациональные страхи гиперопекой и избыточной осторожностью, например, запрещая обычную детскую активность («Не ходи по лужам!», «Не катайся на велосипеде!»). Лежит в основе формирования пассивного поведения, трудностей в принятии решений, нежелания нести ответственность и поиска внешнего источника контроля [6, 20]. Данный вид предписания был установлен в ОГ у 3 (11,11 %) пациенток, в КГ — у 6 (16,22 %). Частоты предписания «Не делай» в сравниваемых группах не имели существенных различий ($p > 0,05$).

Полученные данные позволили рассматривать негативные родительские предписания «Не живи» и «Не будь здоровым» в качестве потенциальных социальных предикторов парасуицидального поведения у респонденток в изученной выборке.

Выбор для исследования в качестве вероятного предиктора парасуицидального поведения уровня образования у пациенток сравниваемых групп обусловлен имеющимися в литературе сообщениями о значимости указанных факторов при формировании ДР у женщин с проблемой невынашивания беременности [21, 22].

При определении уровня образования оказалось, что большинство респонденток имели высшее образование (в основной группе — 64,81 %, в контрольной группе — 62,16 %, $p > 0,05$). Результаты проведенного нами исследования подтвердили выводы Т. В. Никифоровой [22] о том, что женщины с высшим образованием и проблемой невынашивания беременности имеют высокий депрессивный

потенциал (табл. 7). Но в силу того, что признак «высшее образование» одинаково часто встречался у представительниц сравниваемых групп, он не рассматривался в качестве потенциального социального предиктора парасуицидального поведения.

Анализ трудовой занятости показал, что большинство женщин сравниваемых групп на момент обследования были трудоустроены (табл. 8).

Показатели респонденток, находящихся в условиях общественно-профессиональной дезинтеграции (временно не работающие), в ОГ (25,93 %) и КГ (29,73 %) существенно не различались ($p > 0,05$) (табл. 8).

Характер трудовой деятельности женщин в группах сравнения отражен в табл. 9.

Большинство респонденток (в ОГ — 75,00 %, в КГ — 61,54 %) занимались умственным трудом. Во всех группах женщины чаще были исполнителями. В силу того что частоты изученных параметров трудовой деятельности не имели существенных различий, они не рассматривались нами в качестве потенциальных социальных предикторов парасуицидального поведения в изученной выборке.

Уровень материальной обеспеченности женщин в сравниваемых группах оказался примерно одинаковым: высокий — 16,67 % в ОГ и 18,92 % в КГ; средний — 46,30 % в ОГ и 48,65 % в КГ; низкий — 37,04 % в ОГ и 32,43 % в КГ. Все межгрупповые различия по уровням материальной обеспеченности статистически не значимы ($p > 0,05$) (табл. 10).

Средний возраст вступления женщин в брак в ОГ составлял $21,5 \pm 3,3$ года, в КГ — $20,4 \pm 3,1$ года ($p > 0,05$).

Количество браков в ОГ составляло в среднем $1,5 \pm 0,6$; в КГ — $1,4 \pm 0,7$ ($p > 0,05$).

Семейное положение пациенток было следующим: в ОГ 46 (85,19 %) женщин были замужем, 8 (14,81 %) — не замужем, соответственно в КГ — 32 (86,49 %) и 5 (13,51 %) ($p > 0,05$).

По наличию детей, а также их количеству у респонденток статистической разницы между исследуемыми группами не наблюдалось ($p > 0,05$) (табл. 11).

Анализ материалов исследования (табл. 12) свидетельствует, что проживание в ситуации дезинтегрированной семьи (женщина проживает одна, с партнером без детей, с одним родителем или в семье других родственников, с разведенным супругом или с отчимом/мачехой, пасынком/падчерицей) было установлено у большинства (59,26 %) пациенток ОГ и у 16,22 % респонденток КГ. Частота признака «проживание в ситуации семейной дезинтеграции» в 3,65 раза была выше в ОГ (при $p < 0,001$). Полученные данные позволили рассматривать признак «проживание в ситуации семейной дезинтеграции в настоящее

Таблица 7

Распределение признака «уровень образования» среди респондентов

| Уровень образования | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|---------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Среднее | 1 | 1,85 | 1 | 2,70 |
| Среднее специальное | 8 | 14,81 | 8 | 21,62 |
| Неоконченное высшее | 10 | 18,52 | 5 | 13,51 |
| Высшее | 35 | 64,81 ¹ | 23 | 62,16 ² |

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: $1-2 p > 0,05$.

Таблица 8

Трудовая занятость респондентов на момент исследования

| Трудовая занятость | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|----------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Работают | 40 | 74,07 ¹ | 26 | 70,27 ² |
| Временно не работают | 14 | 25,93 ³ | 11 | 29,73 ⁴ |

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: $1-2 p > 0,05$; $3-4 p > 0,05$.

Таблица 9

Трудовая деятельность респондентов на момент исследования

| Трудовая деятельность | ОГ, n = 40 | | КГ, n = 26 | |
|-----------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Характер труда: | | | | |
| физический | 10 | 25,00 | 10 | 38,46 |
| умственный | 30 | 75,00 ¹ | 16 | 61,54 ² |
| Должность: | | | | |
| руководитель | 8 | 20,00 | 6 | 23,08 |
| исполнитель | 32 | 80,00 ³ | 20 | 76,92 ⁴ |

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: $1-2 p > 0,05$; $3-4 p > 0,05$.

время» как потенциальный социальный предиктор парасуицидального поведения респондентов в изученной выборке.

Удовлетворенность браком/семейным положением продемонстрировали большинство (83,78%) женщин КГ и только 25,93% пациенток ОГ (табл. 13). Частота признака «отсутствие удовлетворенности браком/семейным положением» была в 4,57 раза выше в КГ ($p < 0,001$). Полученные данные позволили рассматривать признак «отсутствие удовлетворенности браком/семейным положением» как потенциальный социальный предиктор парасуицидального поведения респондентов в изученной выборке.

Таблица 10

Уровень материального обеспечения респондентов

| Уровень материальной обеспеченности | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|-------------------------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Высокий | 9 | 16,67 | 7 | 18,92 |
| Средний | 25 | 46,30 ¹ | 18 | 48,65 ² |
| Низкий | 20 | 37,04 | 12 | 32,43 |

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: $1-2 p > 0,05$. То же в табл. 11.

Таблица 11

Данные о наличии детей у респондентов

| Наличие детей | ОГ, n = 4 | | КГ, n = 37 | |
|---------------|-----------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Есть | 11 | 20,37 ¹ | 8 | 21,62 ² |
| Двое и более | — | — | — | — |

Таблица 12

Проживание респондентов в ситуации семейной дезинтеграции

| Ситуация дезинтегрированной семьи | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|-----------------------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Проживает | 32 | 59,26 ¹ | 6 | 16,22 ² |
| Не проживает | 22 | 40,74 | 31 | 83,78 |

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: $1-2 p < 0,001$. То же в табл. 13, 14.

Таблица 13

Удовлетворенность браком / семейным положением респондентов

| Брак / семейное положение | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|---------------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Удовлетворена | 14 | 25,93 ¹ | 31 | 83,78 ² |
| Не удовлетворена | 40 | 74,07 | 6 | 16,22 |

Таблица 14

Поддержка со стороны ближайшего окружения респондентов в период последней перинатальной потери

| Поддержка со стороны ближайшего окружения | ОГ, n = 54 | | КГ, n = 37 | |
|---|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Есть | 11 | 20,37 | 28 | 75,68 |
| Нет | 43 | 79,63 ¹ | 9 | 24,32 ² |

Диагностические свойства признаков в задаче на выделение социальных предикторов

| Признак | Наличие | Частоты в группах | | | | КГ/ОГ | ДК | МИ |
|---|---------|-------------------|----|-------|-------|-------|--------|------|
| | | абс. ч. | | % | | | | |
| | | ОГ | КГ | ОГ | КГ | | | |
| Неполная родительская семья | Есть | 25 | 5 | 46,30 | 13,51 | 0,29 | -5,38 | 0,88 |
| | Нет | 29 | 32 | 53,70 | 86,49 | 1,61 | 2,07 | 0,34 |
| Высокий уровень конфликтности в родительской семье | Есть | 22 | 6 | 40,74 | 16,22 | 0,40 | -3,98 | 0,49 |
| | Нет | 32 | 31 | 59,26 | 83,78 | 1,41 | 1,49 | 0,18 |
| Воспитание в родительской семье по типу эмоционального отвержения | Есть | 26 | 6 | 48,15 | 16,22 | 0,34 | -4,69 | 0,75 |
| | Нет | 28 | 31 | 51,85 | 86,48 | 1,67 | 2,23 | 0,39 |
| Воспитание в родительской семье по типу потворствующей гиперпротекции | Есть | 11 | 2 | 20,37 | 5,40 | 0,27 | -5,69 | 0,43 |
| | Нет | 43 | 35 | 79,63 | 94,60 | 1,19 | 0,76 | 0,06 |
| Негативное родительское послание (предписание) «Не живи», транслируемое в процессе детско-родительской коммуникации | Есть | 26 | 1 | 48,15 | 2,70 | 0,06 | -12,22 | 2,78 |
| | Нет | 28 | 36 | 51,85 | 97,30 | 1,88 | 2,74 | 0,62 |
| Негативное родительское послание (предписание) «Не будь здоровым», транслируемое в процессе детско-родительской коммуникации | Есть | 11 | 2 | 20,37 | 5,40 | 0,27 | -5,69 | 0,43 |
| | Нет | 43 | 35 | 79,63 | 94,60 | 1,19 | 0,76 | 0,06 |
| Проживание в ситуации дезинтегрированной семьи | Есть | 32 | 6 | 59,26 | 16,22 | 0,27 | -5,69 | 1,22 |
| | Нет | 22 | 31 | 40,74 | 83,78 | 2,06 | 3,14 | 0,68 |
| Удовлетворенность браком / семейным положением | Есть | 14 | 31 | 25,93 | 83,78 | 3,23 | 5,09 | 1,47 |
| | Нет | 40 | 6 | 74,07 | 16,22 | 0,22 | -6,58 | 1,90 |
| Поддержка со стороны ближайшего окружения (мужа/сожителя, друзей и родственников) в период после последней перинатальной потери | Есть | 11 | 28 | 20,37 | 75,68 | 3,72 | 5,71 | 1,58 |
| | Нет | 43 | 9 | 79,63 | 24,32 | 0,31 | -5,09 | 1,41 |

www.mps.kh.ua

Данные исследования свидетельствуют, что поддержку со стороны ближайшего окружения (мужа/сожителя, друзей, родственников) в период после последней перинатальной потери ощутили 20,37 % респонденток ОГ, отсутствовала такая поддержка у 79,63 % (табл. 14). В КГ 75,68 % женщин отметили наличие поддержки со стороны ближайшего окружения в период после последней перинатальной потери и только 24,32 % пациенток ее отсутствие. Наличие поддержки со стороны ближайшего окружения в 3,27 раза реже отмечалось респондентками ОГ. Полученные данные позволили рассматривать признак «отсутствие поддержки со стороны ближайшего окружения (мужа/сожителя, друзей и родственников) в период после последней перинатальной потери» как потенциальный социальный предиктор парасуицидального поведения в изученной выборке.

По результатам проведенного исследования (табл. 1–14) были отобраны следующие характеристики (в задаче на выделение социальных предикторов парасуицидального поведения именуемые «признаками»): неполная родительская семья, высокий уровень конфликтности в родительской семье,

воспитание в родительской семье по типу эмоционального отвержения, воспитание в родительской семье по типу потворствующей гиперпротекции, проживание в ситуации дезинтегрированной семьи в настоящее время, отсутствие удовлетворенности браком / семейным положением, отсутствие поддержки со стороны ближайшего окружения (мужа/сожителя, друзей и родственников) в период после последней перинатальной потери.

Результаты изучения диагностических свойств признаков в задаче на выделение социальных предикторов (факторов, потенциально участвующих в формировании парасуицидального поведения у женщин с ДР и потерей плода в анамнезе) представлены в табл. 15.

Согласно методологии расчета достоверности решения относительно принадлежности характеристики к группе социальных предикторов для достижения уровня вероятности 95,0 % ($p = 0,05$) пороговая сумма ДК ($\Sigma ДК$) является константой, равной ± 13 , для достижения вероятности 99,0 % — равной ± 20 , для достижения вероятности 99,9 % — равной ± 30 . Таким образом, при $\Sigma ДК < -13; -20$ и -30 комплекс выделенных признаков с вероятностью

95,0; 99,0 и 99,9% соответственно свидетельствует в пользу того, что данные признаки являются социальными предикторами парасуицидального поведения в контингенте женщин с ДР и потерей плода в анамнезе.

Σ ДК совокупности признаков 1–9 (табл. 16) равен (–51,03), т. е. < –30. Это означает, что комплекс указанных признаков с вероятностью 99,9% свидетельствует в пользу того, что данные признаки являются социальными предикторами парасуицидального поведения в контингенте женщин с ДР и потерей плода в анамнезе.

На основании полученных данных была построена диагностическая табл. 17, в которой значения признаков, отнесенных к социальным предикторам парасуицидального поведения, были расположены в порядке убывания их Σ МИ (Σ МИ — суммарная информативность обоих диапазонов признака (слагается из наличия и отсутствия данного признака)).

Такой порядок расположения Σ МИ в таблице диктуется требованиями последовательной процедуры А. Вальда [7, 8], в которой они используются. Перебор диагностически ценных признаков в порядке от наиболее информативных к менее информативным обеспечивает кратчайший путь к квалификационному (диагностическому) заключению требуемого уровня достоверности.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы.

1. В работе проведен сравнительный анализ характеристик, отнесенных к группе потенциальных социальных предикторов парасуицидального поведения в контингенте женщин с ДР и синдромом потери плода в анамнезе по критерию диагностической значимости их характеристик.

2. Проведен сравнительный клинко-психопатологический и клинко-статистический анализ женщин с ДР и синдромом потери плода в анамнезе, с намеренными несуйцидальными самоповреждениями и без таковых. Выявлены признаки-характеристики с достоверными различиями частоты встречаемости в группах сравнения и для каждого из них рассчитаны величины ДК и МИ.

3. Проведена сепарация признаков-характеристик, являющихся валидными, в ракурсе их клинко-дискурсивной нативности на основании пороговых значений уровня достоверности различий ($p \leq 0,05$) и МИ ($\geq 0,5$).

4. На основании значений ДК и МИ валидных признаков разработана шкала, позволяющая сделать заключение о принадлежности этих признаков-характеристик к группе социальных предикторов с любым из трех необходимых уровней достоверности: 95,0% ($p = 0,05$), 99,0% ($p = 0,01$) или 99,9% ($p = 0,001$).

5. К социальным предикторам парасуицидального поведения для женщин с ДР и синдромом потери плода в анамнезе были отнесены:

Таблица 16

Величины диагностических коэффициентов социальных предикторов парасуицидального поведения у женщин с депрессивным расстройством и синдромом потери плода в анамнезе (в порядке убывания информативности)

| Признак | Наличие | ДК | МИ |
|--|---------|---------------|------|
| Негативное родительское послание (предписание) «Не живи», транслируемое в процессе детско-родительской коммуникации | Есть | –12,22 | 2,78 |
| Отсутствие удовлетворенности браком / семейным положением | Есть | –6,58 | 1,90 |
| Воспитание в родительской семье по типу потворствующей гиперпротекции | Есть | –5,69 | 0,43 |
| Негативное родительское послание (предписание) «Не будь здоровым», транслируемое в процессе детско-родительской коммуникации | Есть | –5,69 | 0,43 |
| Проживание в ситуации дезинтегрированной семьи | Есть | –5,69 | 1,22 |
| Неполная родительская семья | Есть | –5,38 | 0,88 |
| Отсутствие поддержки со стороны ближайшего окружения (мужа/сожителя, друзей и родственников) в период после последней перинатальной потери | Есть | –5,09 | 1,41 |
| Воспитание в родительской семье по типу эмоционального отвержения | Есть | –4,69 | 0,75 |
| Высокий уровень конфликтности в родительской семье | Есть | –3,98 | 0,49 |
| Сумма ДК (ΣДК) | | –51,03 | |

Социальные предикторы парасуицидального поведения в контингенте женщин с депрессивным расстройством и потерей плода в анамнезе

| ΣМИ | Признак | Наличие | ДК |
|------|--|---------|--------|
| 3,40 | «Не живи» — негативное родительское послание (предписание), транслируемое в процессе детско-родительской коммуникации | Есть | -12,22 |
| | | Нет | 2,74 |
| 3,37 | Отсутствие удовлетворенности браком / семейным положением | Есть | -6,58 |
| | | Нет | 5,09 |
| 2,99 | Отсутствие поддержки со стороны ближайшего окружения (мужа / сожителя, друзей и родственников) в период после последней перинатальной потери | Есть | -5,09 |
| | | Нет | 5,71 |
| 1,90 | Проживание в ситуации дезинтегрированной семьи | Есть | -5,69 |
| | | Нет | 3,14 |
| 1,22 | Неполная родительская семья | Есть | -5,38 |
| | | Нет | 2,07 |
| 1,14 | Воспитание в родительской семье по типу эмоционального отвержения | Есть | -4,69 |
| | | Нет | 2,23 |
| 0,67 | Высокий уровень конфликтности в родительской семье | Есть | -3,98 |
| | | Нет | 1,49 |
| 0,49 | Воспитание в родительской семье по типу потворствующей гиперпротекции | Есть | -5,69 |
| | | Нет | 0,76 |
| 0,49 | «Не будь здоровым» — негативное родительское послание (предписание), транслируемое в процессе детско-родительской коммуникации | Есть | -5,69 |
| | | Нет | 0,76 |

www.mps.kh.ua

— «Не живи» — негативное родительское послание (предписание), транслируемое в процессе детско-родительской коммуникации (ΣМИ = 3,40);
 — отсутствие удовлетворенности браком / семейным положением (ΣМИ = 3,37);
 — отсутствие поддержки со стороны ближайшего окружения (мужа/сожителя, друзей и родственников) в период после последней перинатальной потери (ΣМИ = 2,99);
 — проживание в ситуации дезинтегрированной семьи (ΣМИ = 1,90);
 — неполная родительская семья (ΣМИ = 1,22);
 — воспитание в родительской семье по типу эмоционального отвержения (ΣМИ = 1,14);
 — высокий уровень конфликтности в родительской семье (ΣМИ = 0,67);
 — воспитание в родительской семье по типу потворствующей гиперпротекции (ΣМИ = 0,49);
 — «Не будь здоровым» — негативное родительское послание (предписание), транслируемое в процессе детско-родительской коммуникации (ΣМИ = 0,49).

Полученные в ходе исследования данные могут быть использованы для превенции парасуицидального поведения в потенциально суицидоопасной группе женщин с ДР и синдромом потери плода в анамнезе.

Список литературы

1. Статистика самоубийств на 2014–2015 год [Электронный ресурс] // Сайт Всемирной организации здравоохранения. 2015 год.— Режим доступа: <http://www.who.int/features/qa/24/ru/index.html>
2. Welch S. S. A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population / S. S. Welch // *Psychiatric Services*.— 2001.— Vol. 52.— P. 368–375.
3. Krietman N. Parasuicide (Letter to the Editor) / N. Krietman, A. Phillip // *Brit. J. Psychiat.*— 1969.— № 115.— P. 746–747.
4. Синдром потери плода [Электронный ресурс] / Ю. И. Тирская, Е. Б. Рудакова, И. А. Шакина [и др.] // *Лечащий врач*.— 2009.— № 11.— Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2009/11/11154193/>
5. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения / Е. В. Ласый.— Минск: БМАПО, 2009.— 46 с.
6. Drego P. Happy family: Parenting through family rituals / P. Drego.— Bombay: Alfreruby Publishers, 1994.— 18 p.
7. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер.— Л.: Медицина, 1978.— 296 с.
8. Гублер Е. В. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических

- исследованиях / Е. В. Гублер, А. А. Генкин.— Донецк: Медицина, 1973.— С. 13–15.
9. Лукашук А. В. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) / А. В. Лукашук, М. Д. Филиппова, О. Ю. Сомкина // Рос. медико-биологический вестн. им. акад. И. П. Павлова.— 2016.— № 2.— С. 137–143.
 10. Зотов П. Б. Суицидальное поведение: роль «внешнего ключа» как элемента суицидальной динамики и объекта психотерапии / П. Б. Зотов // Рос. медико-биологический вестн. им. акад. И. П. Павлова.— 2015.— № 4.— С. 133–137.
 11. Лукашук А. В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях / А. В. Лукашук, А. В. Меринов // Наука молодых (Eruditio Juvenium).— 2014.— № 4.— С. 82–87.
 12. Москаленко В. Д. Созависимость в семьях наркологических больных / В. Д. Москаленко // Руководство по наркологии; под ред. Н. Н. Иванца.— М.: Медпрактика, 2002.— С. 187–221.
 13. Неполная родительская семья: влияние на аутоагрессивные и личностно-психологические особенности девушек, воспитанных в них / Т. А. Меденцева, А. В. Лукашук, О. Ю. Сомкина [и др.] // Наука молодых (Eruditio Juvenium).— 2016.— Вып. 1.— С. 83–88.
 14. Зотов П. Б. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007–2012 гг. / П. Б. Зотов, Е. В. Родяшин // Суицидология.— 2013.— Т. 4, № 1.— С. 54–61.
 15. Лукашук А. В. Актуальность исследования клинико-психологической характеристики родителей подростков, совершивших суицидальную попытку / А. В. Лукашук, А. В. Меринов // Тюменский медицинский журн.— 2014.— Т. 16, № 3.— С. 20–21.
 16. Матевосян С. Н. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола) / С. Н. Матевосян, Г. Е. Введенский.— М.: Медицинское информационное агентство, 2012.— 400 с.
 17. Вахренева О. А. Клинические, социально-психологические характеристики больных неврастенией и их индивидуальная интегративная психотерапия: дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.01.06 «Психиатрия» [Электронный ресурс] / О. А. Вахренева; СПбНИПИ им. В. М. Бехтерева.— СПб., 2014.— 244 с.— Режим доступа: <http://www.twirpx.com/file/1658143/>
 18. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко.— СПб.: Речь, 2010.— 256 с.
 19. Кутбиддинова Р. А. Роль родительских предписаний в формировании суицидальных намерений у студентов / Р. А. Кутбиддинова, Е. А. Пек // Теоретические и прикладные аспекты современной науки: сб. науч. тр. по материалам VII Междунар. науч.-практ. конф. 31 января 2015 г.: в 10 ч.: Ч. X; под общ. ред. М. Г. Петровой.— Белгород: ИП Петрова М. Г., 2015.— С. 71–75.
 20. Аутоагрессивная алкогольная личность / Д. И. Шустов, О. Д. Тучина, И. А. Федотов [и др.] // Консультативная психология и психотерапия.— 2016.— Т. 24, № 3.— С. 89–109.
 21. Никифорова Т. В. Условия формирования депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе / Т. В. Никифорова, Е. Д. Счастливый, Л. А. Агаркова // Акушерство, гинекология и репродукция.— 2014.— № 4.— С. 79.
 22. Никифорова Т. В. Депрессивные расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе: клинический полиморфизм, особенности реабилитации: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Т. В. Никифорова.— Томск, 2016.— 24 с.

СОЦІАЛЬНІ ПРЕДИКТОРИ ПАРАСУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА СИНДРОМОМ ВТРАТИ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ

М. Є. ВОДКА

Виділено соціальні предиктори парасуїцидальної поведінки пацієнток із депресивними розладами афективного регістра, синдромом втрати плода та навмисним несуїцидальним самошкодженням в анамнезі. На підставі аналізу клініко-статистичних даних у межах послідовної процедури А. Вальда (у модифікації Є. В. Гублера) встановлено ознаки-характеристики з мірами інформативності, що дають змогу зробити висновок про їхню належність до групи соціальних предикторів парасуїцидальної поведінки з достовірністю: 95,0; 99,0 і 99,9%.

Ключові слова: жінки, депресивні розлади, парасуїцид, втрата плода в анамнезі, соціальні предиктори парасуїцидальної поведінки.

**SOCIAL PREDICTORS OF PARASUICIDE BEHAVIOR IN WOMEN
WITH DEPRESSIVE DISORDERS AND HISTORY OF MISSCARRIAGE SYNDROME**

М. Ye. VODKA

Social predictors of parasuicide behavior were determined in female patients with depressive disorders of affective register, miscarriage syndrome and intentional non-suicide self-harm history. Analysis of clinical and statistical data within the framework of consistent procedures by A. Wald (modified by Ye. V. Gubler) identified the signs with the measures of informativity allowing to conclude about their affiliation to a group of social predictors of parasuicide behavior with confidence levels 95,0; 99,0 and 99,9%.

Key words: women, depressive disorders, parasuicide, history of miscarriage, social predictors of parasuicide behavior.

Поступила 14.11.2016