

УДК 616.89-008.441.41-07(075.9)

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ПАРАСУИЦИДА И ВЫРАЖЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИНТЕНЦИЙ

О.И. Паровая¹, Е.В. Ласый²¹- ГУ "РНПЦ психического здоровья", Минск, Беларусь²- ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", Минск, Беларусь

Целью исследования являлось выявление связи клинико-психопатологических характеристик пациентов, обстоятельств самоповреждения с выраженностью суицидальных интенций. Обследовано 264 пациента, госпитализированных в психиатрическую клинику после парасуицида. Анализ велся на основе Шкалы суицидальных интенций Пирса. Наиболее высокий уровень суицидальных интенций у пациентов с депрессивным расстройством и заболеваниями шизофренического спектра. Алкогольная интоксикация на момент самоповреждения сочетается с более низким уровнем суицидальных интенций.

Ключевые слова: парасуицид, диагноз, суицидальные интенции, алкогольная интоксикация.

Введение

В настоящее время, хотя и не принято единого определения, критериев и терминологии суицидального и аутоагрессивного поведения [14, 15], понятия «парасуицид» и «суицидальная попытка» нередко приравниваются друг к другу и обозначают намеренное самоповреждение с широким диапазоном интенций - от явно коммуникативных до явно направленных на смерть [14]. В связи с неоднородностью дизайна исследований и включаемых в них актов, уровни парасуицидов колеблются в широком диапазоне: ежегодный от 2,6 до 1100/100000 населения в год, прижизненный от 720 до 5930/100000 [22]. Распространённость парасуицидов выше в молодом возрасте и в женской популяции (соотношение М:Ж колеблется в исследованиях от 1:1,2 до 1:3,3) [22].

Наиболее объективными критериями оценки парасуицида являются суицидальные интенции, оценка которых включает особенности подготовки, обстоятельства и тяжесть медицинских последствий парасуицида. Их выраженность влияет на риск последующих суицидов и парасуицидов (D.W. Pierce, 1977; L. Harries, 2005) [19, 13].

В цели исследования входило установление особенностей влияния 1) диагноза; 2) способа самоповреждения; 3) алкогольной интоксикации на момент парасуицида на уровень суицидальных интенций (СИ) и медицинского риска (МР).

Материалы и методы

Обследовано 264 пациента (149 женщин и 115 мужчин), поступивших в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», по поводу парасуицида за период 2008-2011 гг. Критерии включения в исследование: парасуицид в течение 1 мес. до момента интервьюирования пациента, информированное согласие на участие в исследовании, возраст от 15 лет включительно, отсутствие физического и психического состояния, препятствующего коммуникации исследователя с пациентом. Под парасуицидом мы понимали «...не относящийся к привычным акт не со смертельным исходом, который индивидуум, ожидая смерти или рискуя умереть или причинить себе физический вред/телесное повреждение, инициировал и выполнил с целью осуществления желаемых изменений» (De Leo et al., 2006) [14].

Диагноз выставлялся после клинического интервью на основе критериев МКБ 10 [2].

Для оценки выраженности соответствующих клинических синдромов применялись Шкала депрессии Бека

(BDI-IA) (ШДБ) и Шкала безнадёжности (ШБ), а для оценки соответствующих личностных характеристик - Шкала импульсивности Баррата (BIS-11) [5, 7, 8, 17]. Изучение различий паттернов психологических признаков и общего психопатологического статуса пациента проводилось с помощью Опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List 90 Revised, SCL-90-R) [5, 12]. Интерпретация производилась по общей выраженности психопатологической симптоматики и балльным оценкам отдельных шкал. Затруднения в определении, описании и различении собственных эмоциональных состояний оценивались с помощью Торонтской шкалы алекситимии (TAS), разработанной G.J. Taylor [21] в 1985 году и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева в 1994 году [1]. Для оценки тяжести парасуицида использовалась шкала суицидальных интенций Пирса (ШСИП), разделённая на три субшкалы (обстоятельства парасуицида, самоотчёт, медицинский риск) [18]. Общая сумма баллов ШСИП до 3 соответствует низкому уровню СИ, от 4 до 10 баллов среднему, более 10 баллов высокому [18]. Для оценки частоты и выраженности суицидальных мыслей использовалась Шкала суицидальных мыслей (ШСМ) (Suicide Scale for Ideation, A. Beck, 1979) [7].

Анализировались данные, полученные как по всей выборке, так и при сравнении выделенных из неё дихотомических групп по признакам пола (мужчины женщины), состояния интоксикации ПАВ на момент парасуицида (да, нет), диагноза (психоз, отсутствие психоза). К группе психотических диагнозов были отнесены расстройства спектра шизофрении, депрессия с психотической симптоматикой, синдром отмены алкоголя с делирием, психотическое расстройство на фоне употребления алкоголя и органическое бредовое расстройство.

Статистическая обработка данных проводилась средствами пакета PASW Statistics 18.0 [3]. Для анализа связи между номинативными признаками использовались таблицы сопряженности. Для оценки различий показателей шкал использовался простой непараметрический критерий Манна-Уитни [3]. Угловое преобразование Фишера применялось для оценки достоверности различий между процентными долями интересующего непараметрического признака (диагнозы) в двух выборках. [3].

Во всех случаях опровержение нулевой гипотезы предполагало уровень значимости различий между подгруппами с $d \leq 0,05$.

1. Связь уровня суицидальных интенций с диагнозом психического расстройства

Как видно из таблицы 1, отмечено приблизительно равное распределение пациентов по уровню СИ при расстройствах адаптации. В то же время, СИ основной доли пациентов с расстройствами депрессивного спектра ($n=25$; 71,4%) и шизоаффективным расстройством ($n=3$; 75,0%) соответствовал высокому уровню, причём в первом случае эта доля была значимо выше, чем доли для низкого и среднего уровней СИ (см. табл. 1). Среди пациентов с расстройствами спектра шизофрении только у 8,7% ($n=2$) уровень СИ был расценен как низкий и более, чем у половины (52,2%, $n=12$) как средний, а у 39,1% ($n=9$) как высокий (различия «низкий – высокий» СИ статистически значимы) (см. табл. 1). Противоположная тенденция обнаружена среди пациентов с расстройствами личности и расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, при которых высокий уровень СИ регистрировался только в 18,2% ($n=2$) и 16,7% ($n=12$) случаев. В случае расстройств, связанных с употреблением алкоголя, доли пациентов с низким (36,1%) и средним (47,2%) уровнями СИ были статистически значимо больше доли с высоким уровнем СИ (16,7%).

Таблица 1 - Распределение диагнозов психических расстройств в зависимости от уровня суицидальных интенций

Диагноз	Уровень СИ			Сумма N (%)	p*
	низкий N (%)	средний N (%)	высокий N (%)		
Расстройства адаптации (F 43, F 45)	19 (27,5)	29 (42,0)	21 (30,4)	69 (100,0)	$> 0,05^{H-B}$ $> 0,05^{C-B}$
Расстройства шизофренического спектра (F 20, F 22, F 23)	2 (8,7)	12 (52,2)	9 (39,1)	23 (100,0)	0,01 ^{H-B} $> 0,05^{C-B}$
Депрессивные расстройства (F 32, F 33)	4 (11,4)	6 (17,1)	25 (71,4)	35 (100,0)	0,001 ^{H-B} 0,001 ^{C-B}
Расстройства личности (F 60, F 61, F 91)	4 (36,4)	5 (45,5)	2 (18,2)	11 (100,0)	$> 0,05^{H-B}$ $> 0,05^{C-B}$
Расстройства, связанные с употреблением алкоголя (F 10.1, F 10.2, F 10.3)	26 (36,1)	34 (47,2)	12 (1,7)	72 (100,0)	0,01 ^{H-B} 0,001 ^{C-B}
Биполярное аффективное расстройство (F 31)	2 (6,7)	0 (0)	1 (33,3)	3 (100,0)	-
Тревожные расстройства (F 41)	2 (28,6)	4 (57,1)	1 (14,3)	7 (100,0)	-
Органические расстройства F 06.2, F 06.3, F 06.8, F 07, F 70)	0 (0)	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (100,0)	$> 0,05^{C-B}$
Шизоаффективное расстройство (F 25)	0 (0)	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100,0)	-
Расстройства, связанные с употреблением наркотических средств (F 11, F 19)	1 (11,1)	5 (55,6)	3 (33,3)	9 (100,0)	-
Психозы, связанные с употреблением алкоголя (F 10.4)	2 (28,6)	5 (71,4)	0 (0)	7 (100,0)	-
Всего	62 (24,4)	108 (42,5)	84 (33,1)	254 (100)	-

* Различия выраженности стремления к смерти у пациентов внутри одного диагноза с помощью углового преобразования Фишера производилось в группах с количеством пациентов не менее 10

Самые высокие уровни суицидальных интенций наблюдались у пациентов с биполярным аффективным расстройством (средневзвешенный балл = 1,30), шизо-

аффективным расстройством (средневзвешенный балл = 1,22), депрессивным расстройством (средневзвешенный балл = 1,05) и расстройством шизофренического спектра (средневзвешенный балл = 0,95). При депрессивном расстройстве наблюдаются более высокие баллы (1,05) по ШСИП по сравнению с расстройством адаптации (0,75) ($c = 0,01$), расстройствами личности (0,55) ($c < 0,01$), расстройствами, связанными с употреблением алкоголя (0,56) ($c < 0,01$), включая алкогольные психозы (0,72) ($c = 0,04$). У пациентов с расстройством шизофренического спектра (0,95) были выше баллы по ШСИП, чем при расстройствах личности ($c = 0,016$) и расстройствах, связанных с употреблением алкоголя ($c < 0,01$). При расстройстве адаптации баллы по ШСИП выше, чем у пациентов с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя ($c = 0,02$). При шизоаффективном расстройстве (1,30) СИ выше, чем при расстройствах, связанных с употреблением наркотических средств ($c < 0,05$) и алкоголя, расстройствами личности ($c < 0,01$). При органических расстройствах (0,84) СИ выше, чем при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя ($c < 0,03$).

2. Особенности связи клинических характеристик с тяжестью парасуицида в подгруппах пациентов с психическими и другими диагнозами

При разделении групп пациентов по наличию или отсутствию психотического диагноза обращает на себя внимание то, что у пациентов с психотическим диагнозом был выше уровень стремления к смерти (ШСИП средневзвешенное = 1), по сравнению с пациентами, имеющими другой диагноз (ШСИП средневзвешенное = 0,73) ($c = 0,001$).

В таблице 2 представлена связь выраженности стремления к смерти с клиническими характеристиками подгруппы пациентов с непсихотическими диагнозами.

Таблица 2 - Связь уровня суицидальных интенций с выраженностью клинических показателей (статистически значимые различия, непсихотические диагнозы)

Показатели	Средневзвешенные значения ШСИП в зависимости от уровня СИ			p
	Низкий	Средний	Высокий	
Шкала безнадежности	0,279	0,294	0,389	0,018 ^{H-B} 0,044 ^{C-B}
Шкала депрессии Бека	0,628	0,712	0,897	0,02 ^{C-B} 0,004 ^{H-B}
SCL				
- подшкала OC	0,670	0,877	1,184	0,006 ^{C-B} $< 0,001^{H-B}$
- подшкала INT	0,918	1,074	1,392	0,025 ^{C-B} 0,003 ^{H-B}
- подшкала DEP	0,863	1,066	1,523	$< 0,001^{H-B}$ 0,001 ^{B-C}
- подшкала ANX	0,637	0,997	1,080	0,014 ^{C-H} 0,001 ^{H-B}
- подшкала PSY	0,400	0,706	0,839	0,010 ^{C-H} $< 0,001^{H-B}$
- подшкала ADD	0,865	0,939	1,253	0,005 ^{H-B} 0,006 ^{C-B}
Общий балл SCL	0,674	0,872	1,097	$< 0,001^{H-B}$ 0,015 ^{C-B}
Торонтская шкала алекситимии	2,444	2,740	2,646	0,083 ^{H-B} 0,018 ^{C-H}
SIS	0,158	0,180	0,431	$< 0,001^{H-B}$ $< 0,001^{C-B}$

У пациентов с непсихотическими диагнозами обнаружено совпадение более высокого уровня СИ с более высоким уровнем безнадежности, депрессии по ШДБ и балльных оценок по подшкалам SCL-90R (обсессивность, интровертированность, психотичность, тревожность, дополнительная шкала) и общим баллом SCL-90R, уров-

нем алекситимии, выраженности суицидальных мыслей по ШСМ.

При этом статистических связей качества жизни, импульсивности, характера мотивов парасуицида, враждебности, параноидности, фобичности и соматизации по SCL-90R с уровнем СИ не обнаружено.

У пациентов с психотическими диагнозами была обнаружена единственная статистически значимая связь, а именно - тенденция к более низкому уровню импульсивности у пациентов с более выраженным стремлением к смерти (импульсивность при среднем уровне СИ = 2,295, при высоком = 2,018, $s=0,019$).

3. Связь суицидальных интенций и медицинского риска со способом парасуицида

В таблице 3 представлена частота способов парасуицида, выраженность СИ и МР. Самым распространенным методом парасуицида было повреждение острыми предметами и отравление психотропными препаратами.

Таблица 3 - Выраженность суицидальных интенций и медицинский риск при различных способах парасуицида

Способ парасуицида	N	МР ¹	СИ ¹
Повреждение острыми предметами	114 (47%)	0,60	0,56
Отравление психотропными препаратами	48 (20%)	1,55	1,06
Отравление другими лекарственными средствами	25 (11%)	1,28	0,94
Повешение	26 (11%)	1,12	0,88
Прыжок с высоты	13 (5%)	1,04	0,72
Сочетанный способ	15 (6%)	1,50	0,91
Всего	241 (100%)	1,00	0,76

¹ Средневзвешенное значение - среднее арифметическое значение, в котором учтены веса каждого из чисел, для которых рассчитывается это среднее значение.

Самая высокая степень СИ и МР отмечена при отравлении психотропными препаратами (см. табл.3). Выраженность стремления к смерти при данном способе парасуицида была значимо выше, чем при повреждении острыми предметами и прыжках с высоты (таблица 4). При повреждении острыми предметами СИ были значимо менее выражены, чем при отравлении любыми лекарственными средствами, повешении и сочетанных способах самоповреждения (см. табл. 4). Такая же тенденция наблюдалась при оценке МР. При отравлении психотропными препаратами тяжесть МР была значимо выше, чем при повреждении острыми предметами и даже повешении. Повреждение острыми предметами также имело менее тяжелый МР по сравнению с такими методами

Таблица 4 - Различия выраженности суицидальных интенций по ШСИП в зависимости от способа парасуицида

Способ парасуицида	Повреждение острыми предметами		Повешение		Прыжок с высоты		Отравление другими лекарственными средствами		Сочетанный способ	
	U*	p	U	p	U	p	U	p	U	p
Повреждение острыми предметами			892,0	0,002	569,0	0,169	735,5	0,000	437,0	0,002
Отравление психотропными препаратами	1116,0	<0,01	465,0	0,071	177,5	0,017	483,0	0,172	247,5	0,068
Повешение					133,5	0,289	308,0	0,748	187,5	0,841
Прыжок с высоты							117,5	0,165	70,5	0,211
Отравление другими лекарственными средствами									170,0	0,623

* Коэффициент Манна-Уитни

Примечание: серым цветом выделены ячейки со значимым различием уровня стремления к смерти при различных способах самоповреждения

Таблица 5 - Различия степени медицинского риска по ШСИП в зависимости от способа парасуицида

Способ парасуицида	Повреждение острыми предметами		Повешение		Прыжок с высоты		Отравление другими лекарственными средствами		Сочетанный способ	
	U*	p	U	p	U	p	U	p	U	p
Повреждение острыми предметами			892,0	0,002	569,0	0,169	735,5	0,000	437,0	0,002
Отравление психотропными препаратами	1116,0	<0,01	465,0	0,071	177,5	0,017	483,0	0,172	247,5	0,068
Повешение					133,5	0,289	308,0	0,748	187,5	0,841
Прыжок с высоты							117,5	0,165	70,5	0,211
Отравление другими лекарственными средствами									170,0	0,623

парасуицида, как отравление другими лекарственными средствами, повешение и сочетанные способы (таблица 5).

Для расчёта различий по полу выраженности СИ при различных способах парасуицида объем выборки оказался недостаточным.

4. Влияние состояния интоксикации ПАВ на тяжесть парасуицида

Из 225 парасуицидов 150 (67%) было совершено в состоянии интоксикации ПАВ, и 144 из них (64% от всей выборки) в состоянии алкогольного опьянения. В таблице 6 представлено распределение пациентов с различной выраженностью стремления к смерти в зависимости от наличия интоксикации алкоголем или другими ПАВ на момент самоповреждения. Можно заметить, что в состоянии интоксикации ПАВ доли среднего (56,0%) и низкого (41,3%) уровней СИ преобладали над аналогичными в подгруппе без интоксикации (73,3% и 21,3%) (см. табл. 6).

Таблица 6 - Уровень суицидальных интенций по ШСИП и состояние интоксикации ПАВ на момент парасуицида

		Состояние интоксикации ПАВ на момент парасуицида n (%)					Всего
		Нет	Алкоголь	Другие ПАВ	Алкоголь и другие ПАВ	Все ПАВ	
Уровень СИ по ШСИП	низкий	16 (21,3)	62(43,1)	0 (0,0)	0(0,0)	62 (41,3)	78 (34,7)
	средний	55 (73,3)	78 (54,2)	3 (100,0)	3 (100,0)	84 (56,0)	139 (61,8)
	высокий	4 (5,3)	4 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,7)	8 (3,6)
Всего		75 (100,0)	144 (100,0)	3 (100,0)	3 (100,0)	150 (100)	225 (100,0)

Обнаруженные тенденции (связь уменьшения тяжести СИ с интоксикацией ПАВ на момент парасуицида) оказались статистически значимыми. Средневзвешенные баллы ШСИП и всех её подшкал оказались значимо ниже в подгруппе пациентов с анамнезом употребления ПАВ на момент акта (таблица 7).

Таким образом, независимо от пола выраженность стремления к смерти по ШСИП и значения баллов её подшкал (самоотчет, обстоятельства парасуицида, медицинский риск) были ниже у лиц, находящихся в состоянии опьянения алкоголем и другими ПАВ.

Обсуждение

Наиболее высокие значения СИ и МР наблюдались при отравлениях психотропными препаратами, а к этому способу в нашей выборке чаще прибегали женщины (13,5% против 8,7% у мужчин, $s<0,05$) [4]. Эти факты не соответствуют гипотезе о том, что парасуициды, совершаемые женщинами, ассоциированы с меньшим уровнем СИ и МР, чем мужские. Можно предположить, что

Таблица 7 - Зависимость средних баллов ШСИП и её подшкал от факта интоксикации ПАВ на момент парасуицида

Состояние интоксикации ПАВ на момент парасуицида		Шкала обстоятельства	Шкала самооцента	Шкала медицинского риска	Шкала суицидальных интенций Пирса
Нет	m	3,89	3,57	2,35	9,75
	N	82	82	79	75
Алкоголь	m	3,03	2,76	1,75	7,60
	N	147	152	149	144
Другие ПАВ	m	4,67	1,67	4,00	10,33
	N	3	3	3	3
Алкоголь и другие ПАВ	m	3,33	2,33	1,67	7,33
	N	3	3	3	3
Значимость различий по фактору «интоксикация ПАВ»		U	4599,5	5008	4592
		p	0,003	0,012	0,005
			4067	4067	0,003

Примечание: m - средний балл ШСИП и её подшкал

гендерно специфичные предпочтения способов самоповреждения отражают разные коммуникативные паттерны и стратегии совладения со стрессом, фрустрацией и психологической болью. Для мужчин чаще характерны паттерны повреждения целостности тела, связанные с более высоким уровнем агрессивности, дисфории, «очевидностью» факта самоповреждения, попыткой трансформации психической боли в физическую, для женщин более «мягкий», эстетически приемлемый способ «анестезии» психической боли [11].

Большая часть (67%) парасуицидов в нашем исследовании были предприняты в состоянии интоксикации ПАВ. Обнаружена связь уменьшения тяжести СИ с фактом интоксикации ПАВ на момент совершения парасуицида. Это не совпадает с результатами некоторых исследований [20], продемонстрировавших факт того, что потребление алкоголя являлось фактором, увеличивающим риск суицидального поведения, а более высокая летальность парасуицидов ассоциирована с состоянием выраженного алкогольного опьянения [20]. Эти различия могут быть объяснены разным дизайном исследований и ограничением исследования Sher et al. (2009) выборкой пациентов с расстройствами настроения [20].

Более низкий уровень СИ у пациентов с расстройствами личности и расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, может быть объяснен тем, что в рамках данной нозологии суицидальные действия имеют более выраженный коммуникативный аспект. В то время как при депрессии и расстройствах шизофренического спектра высокий уровень СИ указывает на нарушение коммуникативной экспрессии в целом, тяжесть когнитивных искажений, высокий уровень безнадёжности [12].

При этом следует учитывать, что само понятие летальности значительно отличается от понятий интенций. Несмотря на то, что в ряде исследований была обнаружена связь низкого уровня СИ и летальности парасуицидов женщин [11], известно, что СИ сильно коррелируют с летальностью самоповреждения только в случае совпадения субъективных представлений совершившего парасуицид с объективной информацией о летальности способа [6]. Кроме того известно, что в последние годы все больше женщин совершают суициды высоколетальными методами, такими как повешение и прыжки с высоты. В частности, это наблюдается как в Беларуси, так и

в США, Великобритании [16].

Факт более низкого уровня импульсивности у пациентов с психотическими диагнозами может быть связан с особенностями выборки, в которой в данную подгруппу в основном вошли пациенты с шизофренией, у которых парасуициды ассоциированы с длительно протекающей депрессивной симптоматикой, разворачивающимися бредовыми идеями и галлюцинаторными переживаниями, более длительным характером подготовки и меньшим коммуникативным потенциалом акта.

Выводы

1. Самый высокий уровень суицидальных интенций у пациентов с депрессивным, шизоаффективным расстройством и расстройствами шизофренического спектра. Самый низкий - у пациентов с расстройством личности и расстройствами, связанными с употреблением алкоголя.

2. У пациентов с непсихотическими психическими расстройствами увеличение степени СИ связано с увеличением выраженности депрессивной и obsessивной симптоматики, безнадёжности, тревожности, уровня алекситимии.

3. При отравлении психотропными средствами уровень СИ и МП значимо выше, чем при повреждении острыми предметами.

4. Факт алкогольной интоксикации на момент самоповреждения ассоциирован с низким уровнем суицидальных интенций парасуицидов.

Литература

1. Ерьско, Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / Д.Б. Ерьско., Г.С. Исурин, Е.В. Кайдановская и др.// Метод. пособие. - СПб, 1994. - 21 с.
2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями / Сост. Дж.Э.Купер. Пер. с англ. Д.Полтавца. К.: Сфера, 2000. - 464 с.
3. Наследов, А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / А.Д. Наследов. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2007. - 416 с.: ил.
4. Паровая, О.И. Гендерные различия суицидального поведения: способы, обстоятельства, особенности социально-экономического статуса и биографических данных / Паровая, О.И., Ласый Е.В. // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2012. - № 2. - С. 80-85.
5. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. - СПб: Питер, 2001. - 272 с: ил. - (Серия «Практикум по психологии»).
6. Beck, A. Classification of Suicidal Behaviors: I. Quantifying Intent and Medical Lethality / A.T. Beck, R. Beck, M. Kovacs // Am J Psychiatry. - 1975. - Vol. 132, № 3. - P. 285-287.
7. Beck, A.T. An inventory for measuring depression / A.T. Beck [et al.] // Archives of General Psychiatry. 1961. - № 4. P. 561-571.
8. Beck, A.T. The measure of pessimism: The Hopelessness Scale / A.T. Beck [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1974. - № 42. - P. 861-865.
9. Canetto, S.S. Gender and suicidal behavior. Theories and evidence. R.W. Maris, M.M Silverman, S.S. Carnetto (Eds.), Review of Suicidology. - 1997. - P. 138-167.
10. De Leo, D. Communication of suicide intent by schizophrenic subjects: data from the Queensland Suicide Register / De Leo, D., H. Klieve // International journal of mental health systems - 2007. - Vol.1. - №1. - P. 6.
11. Denning, D. G. Method choice, intent, and gender in completed suicide / D. G. Denning, Y. Conwell, et al. // Suicide & life-threatening behavior. - 2000. - Vol. 30. - №3. - P. 282-288.
12. Derogatis, L.R. Symptom Checklist-90-Revised / L.R. Derogatis // Handbook of psychiatric measures / American Psychiatric

Association. AAP, 2000. - P. 81-84.

13. Harriss, L. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury / L. Harriss, K. Hawton, D. Zahl // *British Journal of Psychiatry*. 2005. - Vol. 186. - P. 60-66.

14. Leo, D. D. Definitions of Suicidal Behavior. Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study / D. De Leo [et al.] // *Crisis*. 2006. - Vol. 27, № 1.- P. 415.

15. Nock, M.K. Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey / M.K. Nock, R.C. Kessler // *Journal of Abnormal Psychology*. - 2006. - Vol. 115, No. 3. - P. 616-623.

16. Oates, M. Suicide: The leading cause of maternal death / M. Oates // *British Journal of Psychiatry*. 2003 Vol. 183. - № 4. - P. 279-281.

17. Patton, J.H. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale / J.H. Patton, M.S. Stanford, E.S. Barratt // *Journal of Clinical*

Psychology. - 1995. - № 51. - P. 768-774.

18. Pierce, D.W. Suicidal intent in self-injury / D.W. Pierce // *The British journal of psychiatry*. - 1977. - Vol. 130. - P. 377-85.

19. Pierce, D.W. The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up / D.W. Pierce // *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. - 1981. - Vol. 139. - P. 391-396.

20. Sher L. Effect of alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders / L. Sher, M.A. Oquendo, R. Richardson-Vejlgaard, N.M. Makhija, K. Posner, J.J. Mann, B.H. Stanley // *J Psychiatr Res*. - 2009. - Vol.43. - № 10. - P. 901-905.

21. Taylor G.J. Alexithimia: Concept, measurement and implications for treatment / G.J. Taylor // *Am. J. Psychiatry*. - 1984. Vol.141. -№ 6.- P. 725-732.

22. 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.

RELATION OF CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS, CIRCUMSTANCES OF PARASUICIDE AND SUICIDAL INTENTIONS

O.I. Paravaya¹, Y.V. Lasy²

¹Republican Research and Practice Centre of Mental Health, Minsk, Belarus

² Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

The purpose of the study was to reveal the link between clinical and psychopathological characteristics of patients, circumstances of parasuicide together with the manifestations of suicide intentions. 264 patients hospitalized after self-injury were examined. The analysis was based on the Pierce Suicide Intent Scale. Patience with depression and schizophrenia spectrum disorders had the highest level of suicidal ideation. Alcohol intoxication at the time of parasuicide was connected with lower level of suicidal intentions.

Key words: *parasuicide, diagnosis, suicidal intentions, alcohol intoxication.*

Адрес для корреспонденции: e-mail: olgaparavaya@gmail.com, elasy@tut.by

Поступила 18.03.2013