

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, член-корр. РАН,
д.м.н., профессор (Томск)
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор
(Ижевск)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Г.Я. Пилягина, д.м.н., профессор
(Киев, Украина)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.
(Гродно, Беларусь)
К.Ю. Ретюнский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Одесса, Украина)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор
(Днепропетровск, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Jyrki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Niko Seppälä M.D. (Финляндия)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций
г. Москва
Свид-во: ПИ № ФС 77-44527
от 08 апреля 2011 г.

ISSN 2224-1264

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- Е.Б. Любов, В.С. Кабизулов, В.Е. Цурпун, С.А. Чубина*
Территориальные суицидологические службы
Российской Федерации: структура и функция 3
- Ю.Е. Разводовский*
Алкоголь и суицид в странах Восточной Европы ... 18
- А.В. Меринов, А.В. Лукашук*
Жизнь после развода: суицидологические
и наркологические показатели мужчин,
страдающих алкогольной зависимостью 28
- В.А. Розанов, А.С. Рахимкулова, А.И. Уханова*
Ощущение бессмысленности существования
у подростков – связь с суицидальными
проявлениями и психическим здоровьем 33
- Т.Д. Азарных*
Суицидальные идеации и темперамент
при посттравматических стрессах
в юношеском возрасте 41
- А.А. Яковлева, Г.Г. Симуткин*
Влияние коморбидности аффективных и
личностных расстройств на основные клинические
характеристики текущего депрессивного эпизода
и суицидальное поведение 47
- А.Ю. Лазуткина, В.В. Горбунов,
Н.В. Говорин, А.В. Сахаров*
Оценка прогностической значимости
возрастного и психосоциального факторов риска
для возникновения суицидов у работников
локомотивных бригад Забайкальской железной
дороги 53
- Ю.Е. Шматова, М.В. Морев, Е.Б. Любов*
Экономическое бремя социально значимых
болезней и девиантного поведения населения
Вологодской области 59
- М.В. Пулькин*
Старообрядческие постройки для самосожжений
(XVII–XVIII вв.) 65
- Информация для авторов 72

EDITOR IN CHIEF	
P.B. Zotov, Ph. D., prof. (Tyumen, Russia)	
RESPONSIBLE SECRETARY	
M.S. Umansky, M.D. (Tyumen, Russia)	
EDITORIAL COLLEGE	
N.A. Bokhan, corresp. RAMS, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
Y.V. Kovalev, Ph. D., prof. (Izhevsk, Russia)	
N.A. Kornetov, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
J.A. Kudryavtsev, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
E.B. Lyubov, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
A.V. Merinov, Ph. D. (Ryazan, Russia)	
N.G. Neznanov, Ph. D., prof. (St. Petersburgs, Russia)	
G. Pilyagina, Ph. D., prof. (Kiev, Ukraine)	
B.S. Polozhy, Ph. D., prof. (Moscow, Russia)	
Y.E. Razvodovsky, M.D. (Grodno, Belarus)	
K.Y. Retiunsky, Ph. D., prof. (Ekaterinburg, Russia)	
V.A. Rozanov, Ph. D., prof. (Odessa, Ukraine)	
V.A. Ruzhenkov, Ph. D., prof. (Belgorod, Russia)	
N.B. Semenova, Ph. D. (Krasnoyarsk, Russia)	
A.V. Semke, Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)	
V.A. Soldatkin, Ph. D. (Rostov-on-Don, Russia)	
V.L. Yuldashev, Ph. D., prof. (Ufa, Russia)	
L.N. Yur'yeva, Ph. D., prof. (Dnipropetrovsk, Ukraine)	
Chiyo Fujii, Ph. D., prof. (Japan)	
Jyrki Korkeila, Ph. D., prof. (Finland)	
Niko Seppälä, M.D. (Finland)	
Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)	
Учредитель и издатель: ООО «М-центр», 625007, г. Тюмень, ул. Д.Бедного, д. 98-3-74	
Адрес редакции: г. Тюмень, ул. 30 лет Победы, д. 81А, оф. 201, 202	
Адрес для переписки: 625041, г. Тюмень, а/я 4600	
Телефон: (3452) 73-27-45	
Факс: (3452) 54-07-07	
E-mail: sibir@sibtel.ru	
Заказ № 139. Тираж 1000 экз.	
Подписан в печать 23.09.2014 г.	
Распространяется по подписке	

Contents

<i>E.B. Lyubov, V.S. Kabizulov, V.E. Tsuprun, S.A. Chubina</i>	
Regional antisuicide facilities in Russia: structure and function	3
<i>Y.E. Razvodovsky</i>	
Alcohol and suicide in countries of Eastern Europe	18
<i>A.V. Merinov, A.V. Lukashuk</i>	
Life after divorce: suicide and substance abuse indicators of men suffering from alcohol dependence	28
<i>V.A. Rozanov, A.V. Rakhimkulova, A.I. Ukhanova</i>	
«Life has no meaning» feeling in adolescents – relation to suicidal ideation and attempts and mental health	33
<i>T.D. Azarnykh</i>	
Suicidal ideation, temperamentum in posttraumatic stress at juvenile age	41
<i>A.L. Yakovleva, G.G. Simutkin</i>	
The impact of comorbidity affective and personality disorders on the main clinical characteristics of the current depressive episode and suicidal behavior	47
<i>A.Y. Lazutkina, V.V. Gorbunov, N.V. Govorin, A.V. Sakharov</i>	
Evaluation of prognostic significance of age and psychosocial risk factors for the occurrence of suicides among workers of locomotive brigades of the Transbaikalian railway	53
<i>J.E. Shmatova, M.V. Morev, E.B. Lyubov</i>	
Economic burden social significant diseases and deviant behavior (at the region level)	59
<i>M.V. Pulkin</i>	
Old Believers built for self-immolations (XVII-XVIII centuries)	65

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, сайт Российского общества психиатров – www.psychiatr.ru, www.medpsy.ru

Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, ул. Володарского, д. 45, телефон: (3452) 46-90-03
При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.
На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

УДК: 616.89.008.44

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СТРУКТУРА И ФУНКЦИЯ

Е.Б. Любов, В.С. Кабизулов, В.Е. Цупрун, С.А. Чубина

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ, г. Москва, Россия
 Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО "МГУПП", г. Москва, Россия
 ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева», Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: руководитель отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Кабизулов Владислав Сергеевич – врач. Место работы: Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО "Московский государственный университет пищевых производств". Адрес: 125080, г. Москва, Волоколамское шоссе, д.11. Телефон: (926) 844-12-79, e-mail: pobediw@rambler.ru

Цупрун Виталий Евсеевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отдела суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: syicid@mail.ru

Чубина Софья Александровна – врач-психиатр, психотерапевт. Место работы и должность: заведующая отделением ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева». Адрес: 301105, Тульская область, Ленинский район, п. Петелино. Телефон: (4876) 74-18-82, e-mail: sonyaost@yandex.ru

Данные (2012-2013 гг.) о структуре и функции суицидологических служб 57 субъектов РФ указывают проблемы (разобщенность, неполный состав звеньев, дефицит подготовленных кадров и перспективы их развития (междисциплинарное и межведомственное взаимодействие, привлечение общественных ресурсов, внедрение научно-доказательного подхода) на пути к биопсихосоциальной модели.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицидологические службы, региональный уровень, биопсихосоциальный подход, проблемы, развитие.

«Построение суицидологии связано с анализом и синтезом разносторонней информации, игнорирование которой сделает невозможным целостное описание суицидального поведения как самостоятельного объекта комплексных междисциплинарных исследований».

А.Г. Амбрумова (1986)

Отечественная психиатрия 80-90 гг. XX века вышла за рамки матричной модели с территориальным принципом обслуживания населения. Суицидологическая служба (Сс) как внедиспансерный раздел психиатрической помощи указала на большее проникновение психиатрии в общество [9]. Действующий и ныне Приказ Минздрава России от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» (далее – Приказ) определил организацию и обеспечение типовой региональной Сс со структурно-функциональными подразделениями: 1) отделение «Телефон доверия» (ТД); 2) кабинет социально-психологической помощи (КСПП) при территориальных поликлиниках; 3) отделение кризисных состояний (КС)

городской больницы «скорой помощи» (СП). Звенья преемственно связаны и координированы единым центром. К Сс примыкают не упомянутые Приказом суицидологические кабинеты ПНД и койки психиатрических больниц (ПБ) [4, 26] для наиболее тяжелых больных, в том числе наблюдаемых диспансером.

Однако Сс в крупных городах бывшего СССР (Москва, Ленинград, Казань, Нижний Новгород, Ростов-на-Дону, Уфа) фактически организована еще в 70-80-е гг. XX века. Основополагающий вклад в научно-доказательное обоснование и реализацию отечественной модели Сс сделан школой профессора Московского НИИ психиатрии А.Г. Амбрумовой [1, 15, 20, 23]. Модель апробирована в столице (1978 г.). Служба столичного района (прообраз региональной программы) включила кабинет социально-психологической помощи (КСПП) при ПНД [подробнее: 20]. Вслед столичному прототипу развиваются Сс в РСФСР: Горьком (ТД, КСПП), Иваново (ТД), Калуге, Кемерово (ТД), Ленинграде (ТД, КСПП и КС на базе ГПБ № 7 им. И.П. Павлова с 1989 г.), Липецке, Магадане (ТД), Мурманске (КСПП), Новосибирске

(ТД), Омске (с 1991 г.), Оренбурге (ТД); Перми (СПП «Доверие»); Ростове-на-Дону (ТД, КСПП), Саратове (ТД), Свердловске (Суицидологический центр), Сочи (КСПП), Томске, Челябинске (ТД, КСПП), Башкирской АССР: Уфе (КСПП), Татарской АССР: Казани (ТД, КСПП), Набережных Челнах (ТД); Удмуртской АССР: Ижевске (ТД). Построение Сс в полном объеме, по примеру московских, было, как всегда, затруднено местными экономическими и организационными условиями.

Согласно Приказу (1998 г.), предстояло привести в соответствие с его Приложениями (дополнить звенья) суицидологические службы 5 Республик (Башкортостан, Марий-Эл, Мордовия, Тыва, Удмуртия), трех краев (Алтайский, Краснодарский, Красноярский), 34 областей (Амурская, Архангельская, Астраханская, Владимирская, Вологодская, Воронежская, Иркутская, Калининградская, Калужская, Камчатская, Кировская, Костромская, Курганская, Курская, Ленинградская, Липецкая, Магаданская, Московская, Нижегородская, Новгородская, Новосибирская, Омская, Оренбургская, Орловская, Пензенская, Псковская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тульская, Тюменская, Челябинская, Читинская, Ярославская); организовать службу в Республиках Бурятия, Кабардино-Балкария, Калмыкия, Карелия, Коми, Татарстан, Саха-Якутия, в Приморском, Ставропольском, Хабаровском краях, Еврейской Автономной области, Брянской, Ивановской, Мурманской, Пермской, Самарской, Саратовской, Сахалинской области.

К выходу Приказа уровень самоубийств в России достиг 40 (здесь и далее – на 100 тыс. населения), вдвое превысив «критический» уровень ВОЗ. В ряде районов РФ (Волго-Вятский, Западно-Сибирский, Восточно - Сибирский, Дальневосточный, Уральский) показатель составлял 65-81, в Республиках Коми, Удмуртия – 150-180, что Приказом объяснено ростом страдающих наркоманиями (алкоголизмом), иными расстройствами, в развитии которых важны социально-экономические факторы. В 2012 и 2013 гг. уровень суицидов в РФ составил 20,2 и 19,6 соответственно, позволивший стране впервые за годы официальной статистики покинуть первую десятку (11 место) лидеров по показателю самоубийств среди стран-членов ВОЗ; в первой половине 2014 г. уровень достиг 18,9, продолжая снижаться последние 10 лет. Однако усредненная статистика не может успокоить профессионалов и общественность.

Проблемы Сс неизменно в центре внимания [7, 8, 13, 15, 21, 24], но требуют систематизации. Секции суицидологии Всероссийских научно-практических конференций «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» (Казань, 13-15.09.12 г.), «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии (Самара, 19-21.09.13 г.) посвящены организации и практике региональных Сс. Так, на секции суицидологии «Актуальные вопросы организации и практики суицидологической помощи», посвященной 100-летию рождения профессора А.Г.Амбрумовой представители Вологды, Иркутска, Казани, Краснодар, Москвы, Омска, Оренбурга, Санкт-Петербурга, Томска обсудили «болезни роста» полипрофессионального и межведомственного взаимодействия.

Для разработки дифференцированных профилактических программ важно изучение суицидологической ситуации и ресурсов помощи на местном уровне. Систематический динамический контроль и анализ показателей, отражающих и влияющих на суицидальную ситуацию в регионе, предлагают представить в виде «суицидологического паспорта территории» [13], включающий 1) оценку суицидологической ситуации территории (число попыток суицидов и суицидов; их характеристика); 2) перечень учреждений и служб Сс; 3) кадровый состав службы; 4) данные о просветительской, научной работе. В русле данных предложений проведена данная работа.

Цели и задачи исследования: изучить распространенность, структуру и функцию Сс и её подразделений в субъектах РФ, выявить типовые проблемы и перспективы развития службы на местном уровне.

Материал и методы.

В состав РФ (Указ Президента РФ от 13 мая 2000 г. № 849) входили (до 18 марта 2014 г., т.е. до завершения работы) 83 субъекта (далее – регионы): 21 республика, 9 краев, 46 областей, 2 города федерального значения, 1 автономная область, 4 автономных округа (АО), включенные в 8 федеральных округов (ФО). Организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью Сс, по Приказу, возложено на главных психиатров (психотерапевтов) субъекта РФ, ставших респондентами настоящего масштабного исследования 2012-2013 гг. на основе оригинального структурированного опросника отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии.

Регионы России, охваченные опросом*

Федеральный округ	Регион
Центральный (13,1; 12,9)	Владимирская (22,5; 21,6), Воронежская (17,4; 15,2), Костромская (23,9; 20,3), Липецкая (19,1; 18,5), Московская (15,9; 15,5), Орловская (13,5; 14,7), Рязанская (7,1; 6,9), Тамбовская (14,5; 12,7), Тверская (26,9; 24,3), Тульская (15,8; 15,5), Ярославская (12,2; 13,4) области, Москва (5,2; 4,5).
Северо-Западный (18,7; 18,7)	Архангельская (36,3; 34,9), Вологодская (20,2; 23,0), Калининградская (17,2; 20,6), Ленинградская (20,6; 21,8), Мурманская (9,4; 6,4), Новгородская (24,5; 27,9), Псковская (21,7; 24,9) области, Республики Карелия (26,0; 24,7), Коми (39,2; 31,9), Санкт-Петербург (9,7; 9,4).
Южный (14,1; 12,9)	Астраханская (7,0; 1,3), Волгоградская (13,6; 12,8), Ростовская (8,6; 7,2) области, Краснодарский край (19,0; 18,1).
Северо-Кавказский (6,0; 5,4)	Кабардино-Балкарская Республика (9,5; 9,7), Республика Ингушетия (0,5; 0,4), Чеченская Республика (0,7; 0,8), Ставропольский край (11,6; 9,8).
Приволжский (25,4; 23,8)	Кировская (37,1; 38,9), Нижегородская (14,1; 13,2), Оренбургская (32,5; 32,7), Пензенская (22,3; 21,1), Саратовская (25,5; 22,4) области, Республики Башкортостан (36,2; 34,0), Марий Эл (38,0; 37,6), Мордовия (19,1; 22,3), Татарстан (17,6; 17,4), Пермский край (37,0; 35,7), Чувашская Республика (34,1; 13,0).
Уральский (26,7; 26,9)	Курганская (45,7; 43,5), Свердловская (25,2; 24,3), Тюменская (20,4; 20,1), Челябинская (30,0; 32,7) области, Ханты-Мансийский АО- Югра, (ХМАО) (12,2; 11,2).
Сибирский (31,6; 31,4)	Республики Бурятия (62,7; 58,4), Хакасия (31,5; 38,0), Иркутская (38,7; 31,8), Кемеровская (35,7; 34,0), Омская (8,0; 14,2), Томская (17,4; 23,9) области, Забайкальский (57,9; 54,6), Красноярский (19,3; 19,4) края
Дальневосточный (30,7; 29,0)	Камчатский (22,5; 25,6), Хабаровский (27,8; 25,5) края. Сахалинская область (12,4; 14,2).

* Примечание: в скобках уровни суицидов (2012 и 2013 гг.).

Получены данные из 57 (почти 70%) регионов, представляющих все ФО России (табл. 1). Привлечены дополнительные ресурсы информация – официальные сайты субъектов РФ.

Результаты исследования.

Уровни суицидальной смертности в России характеризуется существенными (до двух порядков) региональными различиями (порой даже в соседних районах одной территории), имеют неоднозначную динамику. Риск суицидов селян (особенность России) многократно превышает таковой горожан. Разделение регионов на таковые с «удовлетворительной» суицидологической ситуацией (низким и средним уровнями самоубийств), «неудовлетворительной» (высоким уровнем самоубийств) и «критической», с сверхвысоким уровнем самоубийств [23] условно. «Высокий» (> 20) уровень в половине Федеральных округов; в ряде регионов превышен (в том числе более, чем вдвое) в 32 из 57 регионов. Причем за последние два года в 13 регионах (21%) он растет. Регионы отличны по социально - экономическому уровню (подушевому ВРП), развитости психиатрических служб [11] и социально-экономическому бремени суицидальной смертности [19, 21].

Структура местных Сс. По данным органов здравоохранения и социальной защиты населения субъектов РФ, подразделения Сс в различных сочетаниях развернуты (на 2012 г.) в 60 субъектах РФ (т.е. в 2/3 имеющихся): ТД – в 52, КСПП – в 39, КС – в 18. Открытие ТД запланировано в 5, КСПП – в 10, КС – в 13 регионах [19]. Сс обычно организованы согласно пп. 5 п. 1 ст. 16 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", приказами МЗ РФ от 6 мая 1998 г. № 148 "О специализированной помощи лицам с кризисным состоянием и суицидальным поведением", от 16 сентября 2003 года № 438 "О психотерапевтической помощи", приказом Минздравсоцразвития РФ от 17 мая 2012 г. № 566н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения" в рамках программы модернизации здравоохранения, Положений местных МЗ, утвержденных Правительством субъекта РФ, распоряжений Правительства о программах повышения эффек-

тивности (модернизации) местного ЗД. Внимание к резонансным самоубийствам несовершеннолетних имеет продолжение в виде приказов для муниципальных отделов образования на основании решения Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 16 августа 2011 г. по вопросу «О реализации мер, направленных на снижение смертности детей от внешних причин». Организационно Сс не обозначена в *Кабардино-Балкарши, Вологодской, Кировской, Ярославской областях, Чечне и Ингушетии, Новгородской, Челябинской областях*, но функции ее звеньев выполняют учреждения различных ведомств (как Министерства образования и социальной защиты). Наиболее тяжелых больных курируют соматические, токсикологические, реанимационные отделения многопрофильных больниц, психиатрические ЛПУ.

Отделение «Телефон доверия» (ТД) – наиболее распространенное звено местных Сс. Как структурное подразделение ПНД (диспансерного отделения) организовано, по Приказу, несколько номеров телефонов, работает ежедневно, круглосуточно. Возможна специализация по работе с детьми и подростками, вопросам межличностных отношений, бытового устройства. На ТД заняты специально подготовленные (по Приказу, прошедшие «специализацию по суицидологии») психиатры, психотерапевты, медицинские психологи. В связи с отсутствием иных звеньев службы рекомендации о ресурсах помощи сводятся к обращению в психиатрическое ЛПУ. Звонки регистрирует-

ся в журнале. Так, с 2004 г. в *Омске* внедрен «Единый кодификатор телефонных обращений». ТД обычно доступны жителям главных городов, но в *Свердловской области* ТД зарегистрирован в *Нижнем Тагиле*, в *Кемеровской области – в Новокузнецке*. Так, в *Краснодарском крае* в 2012-2013 гг. к пяти ТД примкнули еще три отделения, в том числе в Сочи при ПНД. Не всюду обеспечен бесплатный звонок с мобильного телефона. 20 лет Сс Омской области при активной поддержке областного МЗ ознаменовано открытием второй линии круглосуточного канала ТД (2009 г.). На дневном психологическом ТД работают медицинские психологи, православные священники, на круглосуточном ТД – психиатр, психотерапевт или нарколог. С 2010 г. открыта бесплатная сотовая линия круглосуточного ТД, улучшив доступность помощи [подробнее: 23]. ТД в структуре различных ведомств (МЧС, социальная защита, образование) не взаимодействуют друг с другом, так как такое взаимодействие не определено методическими рекомендациями по каждому ведомству. Так, в *Санкт-Петербурге* зарегистрированы городской ТД и телефон экстренной психологической помощи при МЧС. В *Москве* наряду с городским ТД работает «Горячая линия» Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях Центра им. В.П. Сербского. В *Забайкалье* ТД отнесены к центру «Доверие» (Министерства социальной защиты) и краевой психотерапевтической поликлинике.

Таблица 2

ТД в различных регионах РФ

Федеральный округ	Регион
Центральный	Москва, Белгородская, Владимирская, Воронежская, Калужская, Костромская, Курская Липецкая, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ярославская области
Северо-Западный	Архангельская, Вологодская, Калининградская, Ленинградская, Мурманская, Новгородская, Псковская области, Санкт-Петербург, Республики Карелия, Коми
Южный	Краснодарский край, Ростовская область
Северо-Кавказский	Северная Осетия-Алания, Ставропольский край
Приволжский	Астраханская, Волгоградская, Самарская, Саратовская, Ульяновская области, Республики Марий Эл, Мордовия, Татарстан, Удмуртия область, Республика Чувашия
Уральский	Алтайский край Республика Коми Нижегородская, Оренбургская, Пензенская, Пермская, Свердловская, Тюменская, Челябинская области, Ханты-Мансийский АО
Сибирский	Иркутская, Кемеровская, Курганская, Магаданская, Новосибирская, Омская, Томская, Читинская области. Ямало-Ненецкий АО Красноярский край Республика Саха (Якутия)
Дальневосточный	Амурская, Камчатская, Хабаровская области, Приморский край

Российская ассоциация телефонной экстренной психологической помощи (РАТЭПП) объединяет на общественных началах специалистов разных ведомств и разной подчиненности 171 ТД в 69 субъектах РФ (табл. 2). Стихийный рост ТД разного качества настораживает [19].

В *Иркутской области* ТД (при Усть-Илимском ПНД) работает по будням с 8 до 15 час. В *Тамбовской области* «Телефон надежды» доступен в 8-21 час; в Республиканском молодежном центре *Саранска* ТД доступен в 17-22 час. В *Москве и Санкт-Петербурге* (экстренная психологическая помощь МЧС), в ХМАО заявлены круглосуточные многоканальные линии ТД. В *Волгоградской ОКПБ* (с 2010 г.), в *Ростовской области* (с 1988 г.) работают круглосуточно ТД.

Всероссийское национальное объединение «Российская ассоциация детских ТД» охватило почти 300 служб. 17 мая в РФ отмечают Международный день детского ТД. Линии экстренной психологической помощи детям и подросткам работают, например, в *Екатеринбурге, Иркутске, Москве, Орле, Сахалинской области* (с 2010 г., 5 линий), *Томске, Хабаровске*. Любой несовершеннолетний может позвонить со стационарного или мобильного телефонов на единый бесплатный общероссийский номер Фонда поддержки детей в трудной жизненной ситуации (с 2010 г.). На выделенные линии могут звонить и пожилые, подвергающиеся интернет-угрозам, жертвы семейного насилия. ТД в *Астраханской области* работал с 1993 г., но закрыт в связи с трудностями финансирования; возрожден в ОКПБ (сходная судьба ТД в *Воронежской области*). С 2010 г. открыты линии детского ТД как отделения экстренной социальной и психологической помощи «Ребенок в опасности» областного социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних и ТД для подростков и молодежи службы реализации социальных программ для молодежи. В 2011 г. в *Санкт-Петербургском* Центре восстановительного лечения «Детская психиатрия» установлен городской многоканальный ТД. К единому номеру подключены детский оздоровительно-образовательный туристский центр «Балтийский берег», Социальный приют для детей, Городской центр профилактики безнадзорности и наркозависимости несовершеннолетних «КОНТАКТ». В зависимости от проблемы звонок переключен на одну

из служб. В *Чите* на базе медико - психологического центра помощи семье и подростка «Доверие» работает ТД. Обычно (факт, удивляющий каждое новое поколение работников со времени открытия первой линии ТД в *Москве*) доля абонентов разных возрастов с суицидальным поведением не превышает 5% [подробнее: 19]. Сформирована определенная группа абонентов, блокирующая часами линии ТД. По данным доклада Уполномоченного при президенте РФ по правам ребенка Павла Астахова (2012), растут обращения несовершеннолетних с суицидальным поведением. При этом Иркутский ТД отмечает 80% «немых и хулиганских» звонков. Основные проблемы абонентов в общении с близкими (>50%) [подробнее: 7].

Кабинет социально - психологической помощи (КСПП), подразделение ПНД (диспансерного отделения) оказывает бесплатную и анонимную (по желанию пациента) консультативно - лечебную и профилактическую помощь вне его стен: поликлинике (медсанчасти) предприятия или учебного заведения и может быть профилирован для взрослых, учащихся и несовершеннолетних, лиц нетрадиционной сексуальной ориентации. Обычно они развернуты в главных городах субъектов РФ в составе диспансерных отделений краевых (областных) ПБ в *Екатеринбурге, Кирове, Саранске, Ставрополе, Волгограде* (с 2010 г.), *Улан-Уде, Хабаровске* или – ПНД, в *Москве* (два «кабинета суицидолога»), *Петрозаводске (Республика Карелия), Казани*. Кабинет суицидолога для пациентов ПНД фактически выполняет функцию КСПП. В результате происходит смешение потоков суицидентов.

В 80-е гг. XX века в *Москве* КСПП работали при ряде районных поликлиник, ВУЗах, производствах, в приемнике для несовершеннолетних правонарушителей. Долечивание и динамическое наблюдение входило в обязанности КСПП, что обеспечивало оптимальный профилактический эффект. На пике развития программы 23 КСПП в *Москве* выявляли и курировали лиц из клинических, профессиональных, возрастных групп риска суицидального поведения, оказывали медико-социальную и юридическую (привлекался консультант) помощь в зоне обслуживания. КСПП принимал пациентов по направлениям ТД, врачей поликлиник, диспансеров, больниц СП. В связи с тяжестью психического состояния пациента лечение осуществлялось в КСПП, либо он

направлялся в ПБ (специализированные койки), КС [подробнее: 19]. К 1994 г. сеть столичных КСПП сокращена до 17 (недостаток финансирования, текучесть кадров). Неизменные трудности преследуют и, например, *Тюменский КСПП* организованный в 1998 г., закрытый в 2000 и возрожденный в 2011 г. На *Сахалине* кабинет кризисных ситуаций и социально-психологической помощи (круглосуточная помощь психологов) работает с 2011 г в составе службы МЧС. Его линия работает и как ТД. В *Иркутской области* КСПП есть вне областной столицы: в Братске и Усть-Илимске (при ПНД), Ангарске (при ОПБ), в *Свердловской области* – в Нижнем Тагиле, Первоуральске; *ХМАО* сообщает о 22 (!) КСПП. В *Краснодарском крае* – не только в столице, но и Сочи. В 2012-2013 гг. к четырем КС прибавлены два. В *Забайкалье* КСПП открыты не только при психотерапевтическом отделении Читинской медицинской академии и краевой психотерапевтической поликлинике, но в центрах «Доверие», «Росток» Министерства социальной защиты, «Дар», «Лад», «Успех» Министерства образования. Кабинет медико-социально-психологической помощи в Тамбове расположен в поликлинике, прием в будни с 15⁰⁰ до 18⁰⁰. В *Астраханской области* согласно Приказам МЗ РФ от 06.05.1998 № 148 "О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением", от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи» запланировано открыть 10 КСПП в структуре ОКПБ, ОНД и городской поликлиники (Астрахань) и 7 ЦРБ. В 2009 г. открыты, в дополнение к работающему, 2 кабинета амбулаторной психотерапевтической (кризисной) помощи в административных округах Омска (т.е. вне ПБ) с двусменным режимом работы психиатров и психологов, включая субботы. В Ставропольской краевой ПБ организован кабинет психиатрической и психотерапевтической помощи детям с посттравматическими стрессовыми расстройствами и суицидальным поведением. По данным П. Астахова, в РФ в 2010 г. работали 34 детско-подростковых суицидологических кабинета. Детско-подростковая СС *Краснодарского края* (с 2004 г.) диспансерного отделения КПБ представлена КСПП; утвержден порядок плановой и неотложной помощи несовершеннолетним, чаще (70%) подросткам 15-17 лет. Основной (70%) повод суицидального поведения – семейные отношения.

Отделение или кризисных состояний (КС), по Приказу, должно быть развернуто в многопрофильных больницах республиканских, окружных, краевых, областных административных центров, городов с населением не менее 300000. В противном случае образуют палаты кризисных состояний в составе (психосоматических) отделений многопрофильных больниц. КС (обычно речь идет о палатах, кризисных койках, по количеству далеких от нормативов Приказа) работают в ряде главных городов регионов: *Екатеринбурге, Иркутске, Кемерово, Коми, Краснодаре, Мурманске, Кирове, Перми, Саратове, Санкт-Петербурге, Ставрополе, Томске, Тюмени, Челябинске, Чебоксары*. В Москве первый в СССР КС открыт А. Амбрумовой на базе городской больницы в 1981 г. Функцию КС в регионах обычно выполняют психотерапевтические (психосоматические) отделения областных (краевых, республиканских) ПБ (*Кировская, Хабаровская области, Республики Коми, Чувашия*). В *Свердловской области* КС развернуты в *Нижнем Тагиле, Первоуральске*; не только в Иркутском ОПНД (55 коек), но в *Братском и Усть-Илимском ПНД, Ангарской ОПБ*, (по 5 коек). В Краснодарском крае коечный фонд КС увеличен в 2013 г. до 35, причем не только в ККПБ, но и палате кризисных состояний городской больницы.

В *Екатеринбурге, Орле* открыты кризисные центры для детей. Так, Кризисный центр помощи женщинам и детям «Орловский» оказывает срочную психологическую, правовую, медико-социальную помощь женщинам и детям в потенциально суицидоопасных кризисных ситуациях (речь идет о первичной профилактике) жестокого обращения, угрозы жизни и здоровью, перенесшим психофизическое насилие. Отделение кризисной профилактической помощи детям и подросткам открыто в *Санкт-Петербургском* Центре «Детская психиатрия». КС для детей запланированы в Омской (как и для взрослых) и Челябинской областях (с 2012 г.). В *Южно-Сахалинске* в центре психолого-педагогической помощи семье и детям реабилитацию проходят подростки с суицидальным поведением. В 2003 г. в *Бурятии* открыт дневной стационар; при городской больнице (что примечательно) – кризисные койки для детей и подростков.

В 1994 г. в полном объеме СС, включающая ТД, КСПП в поликлиниках и кабинеты

суицидологов в ПНД, в НИИ СП и психиатрические отделения развернута лишь в Москве. Полный состав звеньев Сс и сегодня – исключение: Москва, Санкт-Петербург, Кемеровская, Томская, Тюменская области, Краснодарский, Хабаровский края, Республика Чувашия. В 2014 г (по завершению опроса) на базе новой Краевой ПБ (Чита) открыт кризисный центр в составе ТД, кабинета психотерапевтической разгрузки и пяти кризисных коек психотерапевтического отделения. В 25 регионах работали ТД и КСПП.

Примеры развития городской модели Сс. Столичная многоуровневая Сс (Приказ от 13 февраля 2012 г. № 109 Правительства и Департамента ЗД Москвы), построена по типовому образцу. Амбулаторный уровень представлен КСПП (в каждом из 10 административных округах при поликлиниках и ПНД), кабинетом психотерапии городской психотерапевтической поликлиники. Стационарный уровень – специализированной клинической больницей (клиникой неврозов), ПКБ, кризисным отделением ГКБ, соматопсихиатрическим отделением НИИ СП, многопрофильными больницами, ПБ по месту жительства суицидента. Реабилитация и профилактика возложена на клинику неврозов, ПБ № 12, КСПП, кабинет психотерапии. Городское отделение ТД (круглосуточного, многоканального) работает при ПНД и КСПП (в часы его работы: с 8 до 20 часов). КС планируются в структуре многопрофильных соматических стационаров и ПБ. В Краснодарском крае организована целостная детско-подростковая Сс. Приказом МЗ Краснодарского края от 26.08.2004 г. №442 «О мерах по улучшению психиатрической и психотерапевтической помощи детскому населению Краснодарского края» на базе диспансерного отделения КПБ открыт кабинет психиатрической и психотерапевтической помощи детям с посттравматическими стрессовыми расстройствами и суицидальным поведением; утверждён порядок взаимодействия специалистов при оказании экстренной и плановой специализированной помощи несовершеннолетним суицидентам. Несовершеннолетний после неотложной помощи в реанимационных и соматических отделениях продолжает восстановление и реабилитацию у детского / районного психиатра, психотерапевта, психолога по месту жительства. Сведения незамедлительно передаются в краевой кабинет. Возможно наблю-

дение психолога медико-социального отделения (кабинета) детской политики.

Междисциплинарное и межведомственное сотрудничество – основополагающий принцип организации и функционирования Сс [1, 4, 15, 19, 22, 25], согласно представлению о суицидальном поведении как биопсихосоциальном феномене. Так, дежурный ТД (Приказ, Приложение 1) советует абоненту обратиться в ПНД, психотерапевтический кабинет поликлиники, семейного врачебного психологического консультирования, КСПП, в КС, юридическую консультацию. Работники Сс, по Приказу, взаимодействуют как члены терапевтической, по А. Амбрумовой, бригады в составе психиатра со «специализацией по суицидологии и психотерапии», психотерапевта, медицинского психолога и социального работника, медсестры. По необходимости привлекаются юристы, социологи.

В письме МЗ РФ от 04.06.2012 г. № 15-2/10/1 – 190 Администрации президента РФ отмечено: «Профилактика всех форм девиантного поведения, в том числе суицидов, является сложной межведомственной проблемой, медицинская составляющая в которой минимальна». Основные мероприятия должны проводить Минобрнауки с Минкультуры, Минспорта, Министерством труда и социальной защиты РФ. МЗ выступает как координатор и соисполнитель. В Свердловской области Приказом МЗ от 13.04.2012 г. №387-п «О мерах по мониторингу и профилактике суицидального поведения среди детского населения», исполнения Приказа МЗ России № 148, Приказа МЗ России от 16.09.2003 г. №438 "О психотерапевтической помощи", Приказа МЗ Свердловской области от 28.01.2009 г. №54-п "О мерах по дальнейшему снижению числа суицидов в Свердловской области" психиатрам, специалистам по социальной работе, социальным работникам, медицинским психологам (при наличии) надлежит выявлять причины и выработать план профилактической и реабилитационной работы для несовершеннолетнего суицидента. Сегодня бригада строится согласно Методическим рекомендациям о многопрофильной бригаде специалистов, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь (Приложение 3 Приказа МЗ России от 26.11.96 г. № 391) с привлечением сотрудников общесоматических ЛПУ, работников правоохранительных органов, ЦСО и ЦЗН (что важ-

но на этапе реабилитации суицидента). Так, с токсикологическими отделениями и бригадами СМП сотрудничают Сс почти всех регионов. Уникальная межведомственная модель Сс *Томска* в системе социальной защиты населения, по сути, внедиспансерная психиатрическая служба; «кризисные» койки расположены в отделении аффективных расстройств [15]. Службы связаны с токсикологическим центром ОКБ (в московской модели – в НИИ СП), ПНД, ОКПБ, станцией СП, отделением судебной медицины, ЗАГСом, УВД, статуправлением области, бюро СМЭ, учреждениями Минобразования, ЦЗН, службами спасения МЧС России. В *Кемерово* муниципальная Сс самостоятельна, не связана административно с психиатрической службой. Межведомственная модель применена в *Новокузнецке*. В *Омской области* межведомственная рабочая группа для предупреждения суицидального поведения включила представителей областных МЗ, труда и социального развития, культуры, образования, по делам молодежи, физической культуре и спорту. Разработан алгоритм действий консультантов ТД с привлечением служб МЧС и полиции, взаимодействия консультантов различных служб, вопросы обучения специалистов. Создан единый Паспорт служб кризисной помощи населению. В *Ставропольском крае* (2013 г.) после межведомственного рабочего совещания представителей краевых министерства здравоохранения, управления ЗАГС, управлений ФСБ, МВД и МЧС организована краевая Сс. В начале открыт ТД и упорядочена статистика суицидальных попыток в «Центре регистрации суицидальных случаев». В *Забайкальском крае* (2010 г.) межведомственный Координационный совет в составе главы муниципальных образований, представителей краевых МЗ, образования, науки и молодежной политики, труда и социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта, краевого УВД, Читинской медицинской академии и Епархиального управления разработал долгосрочную целевую программу «Комплексные меры по профилактике суицидального поведения» (2012-2014 гг.). В Краевой психотерапевтической поликлинике в 2013-2014 гг. открыты ТД, КСПП; палата для лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением в Городской клинической больнице. Организационно-методическая работа возложена на психотерапевтическую поликлинику, главных психоте-

рапевта и психиатра Края [подробнее: 7]. В *Челябинской области* межведомственная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав при правительстве подготовила план профилактики суицидального поведения несовершеннолетних. Первым пунктом означена организация детско-подростковой Сс в 2012 г. Налажено сотрудничество с молодежными организациями, правоохранительными и социальными службами (*Кабардино-Балкария, Москва, Санкт-Петербург, Ставропольский край, Архангельская, Тюменская области*). Кризисная (суицидологическая) помощь *Москвы* оказывается государственными ЛПУ и в сотрудничестве с учреждениями социальной защиты населения, образования, семейной и молодежной политики, СМИ, комитетом по физической культуре и спорту, межрегионального сотрудничества, национальной политики и связей с религиозными организациями, по туризму, при тесном взаимодействии с представителями гражданского общества, общественными фондами, общественными и культурно-просветительными организациями, правоохранительными органами и СМИ, Русской православной церковью (выделена лишь одна конфессия). Достоинства Сс в централизации; опоре на городские медицинские учреждения при бюджетном финансировании (означающее бесплатную помощь), тесное внутри- и межведомственное взаимодействие с психотерапевтической и медико-психологической, психиатрической, наркологической и иными службами Департамента ЗД, общественными организациями и СМИ, обеспечивая преимущество комплексной помощи. К работе Сс на Западе активно привлечены обученные добровольцы («полупрофессионалы»), в том числе и с личным опытом преодоления трагедии [20]. С обществами самопомощи сотрудничают службы *Липецкой, Омской, Оренбургской областей, Ставропольского края*. В Чувашии на ТД добровольцы задействованы из числа студентов психологического факультета (14 человек в год). В *Омской области* в качестве сотрудников ТД привлечены и обучены священники, по «чину» знакомые с пастырской психиатрией.

Программа профилактики суицидов утверждена в *Республике Коми, Краснодарском и Камчатском краях, Хакасии, Псковской, Саратовской, Томской, Тульской, Челябинской областях, Татарстане, Москве, Санкт-Петербурге, ХМАО*.

Первичная профилактика. Содержанию профилактики соответствует *скрининг* (ранних проявлений континуума суицидального поведения в возрастных, профессиональных и клинических группах повышенного риска). В *Забайкалье* начат скрининг в детской поликлинике краевой больницы, проводится оценка психофизиологического здоровья в Центрах здоровья (двух взрослых, трех детских). В *Краснодарском крае* разработаны социальная анкета суицидента, психологическая анкета по оценке риска суицида детей и подростков. Целевой мониторинг суицидального поведения детей и подростков ведется в *Бурятии, Краснодарском крае*. Образцом эффективной программы первичной профилактики суицидов и депрессий служит обучающая программа для интернистов «Распознавание депрессии» в *Томской области* профессора Н.А. Корнетова [15]. Психотерапевты ТД и на приеме обучены выявлению депрессии и тревоги; психолого-педагогические кадры мотивированы альтруистическими установками и непрерывно обучаемы. В *Архангельской области* целью российско-норвежского проекта профилактики суицидов стало обучение врачей первичного звена диагностике депрессивных расстройств, суицидального риска и необходимой тактике действий. В *Краснодарском крае* проходят научно-практические конференции, ежеквартальные межрайонные обучающие семинары врачей первичного звена, педагогов, психологов, социальных работников с участием представителей правоохранительных органов, духовенства и казачества.

Рекомендации по диагностике и ведению суицидентов, организации Сс использованы в *Бурятии, Коми, Краснодарском крае, Москве, Марий Эл, Татарии, Хакасии, Воронежской, Курганской, Липецкой, Мурманской, Омской, Оренбургской, Псковской, Рязанской, Саратовской, Тульской, Челябинской областях*. Более 70% Сс используют труды Московского НИИ психиатрии 80-90-х гг. прошлого века. Оригинальные разработки в *Республике Коми, Марий Эл, Татарстане, Курганской, Московской, Свердловской, Томской областях*. В *Тюменской области* выпущены рекомендации для педиатров, неврологов, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, педагогов, социальных работников, работающих с детьми: «Суицидальное поведение детей и подростков: факторы риска и защиты, 2013», «Суицидаль-

ное поведение больных наркоманией». В *Краснодарском крае* кафедрой психиатрии Кубанского МУ с привлечением уполномоченного по правам ребёнка изданы методические рекомендации для педагогов, психологов, социальных работников образовательных учреждений «Суицидальное поведение у детей и подростков», пособие для родителей «Агрессия и аутоагрессия у детей».

Работа со СМИ. С местными СМИ эпизодически контактируют все Сс (обычно в связи с резонансным самоубийством). Недостаточна информация о Сс и ее возможностях. Сайт психологической и психотерапевтической помощи открыт в *Забайкалье* (на базе сайта «Краевая психотерапевтическая поликлиника», ЦППН «Доверие»). «Рассматривается вопрос» об организации филиалов Центра психолого-педагогической помощи во всех районах *Сахалинской области*. В *Москве, Ямало-Ненецком АО, Красноярском, Краснодарском, Хабаровском краях, Калининградской, Курганской, Новгородской, Новосибирской, Оренбургской, Орловской, Пермской, Ростовской, Самарской, Смоленской, Тюменской, Челябинской, Ярославской областях* созданы организационно-функциональные модели службы практической психологии в системе образования в городе и сельской местности с учетом этнонациональных и социально-экономических особенностей региона (Приказ Минздрава РФ № 1086, МЧС РФ № 550, Минобрнауки РФ № 2415, Минкомсвязи РФ № 241 от 29.09.2011 г. «Об утверждении Концепции создания Интернет-службы психологической помощи населению и комплексного плана мероприятий по ее реализации»). В *Омской области* запланирован сайт для онлайн-кризисного консультирования.

Статистика суицидального поведения населения. Одной из многообразных задач Сс, по Приказу, служит динамический эпидемиологической и клинко-психологический анализ информации (исходя из «Карт суицидентов») об уровне, структуре, особенностях суицидологической ситуации в конкретный период времени в регионе, осведомление специалистов, представителей власти, руководителей учреждений и населения. Обычно сведения поступают со станций СП токсикологических отделений больниц СП, УВД, Бюро судебно-медицинской экспертизы Регистрация суицидальных попыток налажена во исполнение Приказов МЗ «Об организации специали-

зированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» (Башкортостан, Вологодская, Воронежская, Кемеровская, Кировская, Омская, Пермская, Псковская, Рязанская, Саратовская Свердловская, Тамбовская Тверская, Тюменская, области, Краснодарский (с 2005 г.), Ставропольский края, Коми, Татарстан, Мэрий Эл, Хакассия, ХМАО). Учёт суицидов психически больных с разбивкой по диагнозам и / или учетом наличия (но не качества) лечения ведётся в Вологодской, Воронежской, Иркутской, Кемеровской, Кировской, Курганской, Омской, Пермской, Псковской, Рязанской, Саратовской, Тверской областях, Краснодарском, Ставропольском краях, Республиках Коми, Марий Эл, Хакассия, Чувашии). Учёт способов самоубийств (суицидальных попыток) ведётся в Иркутской, Кировской, Псковской, Рязанской, Саратовской, Свердловской, Тамбовской областях, Краснодарском, Ставропольском краях, Республиках Кабардино-Балкария, Коми, Марий Эл, Хакассия, Чувашии. Так, с 2009 г. в отдел медицинской информатики Омской КИБ ежемесячно стекается дифференцированная информация о суицидальных попытках и самоубийствах в ЛПУ города и 32 районов (пол, возраст, способ суицида, повторность попытки, алкогольное опьянение). В Тюмени [подробнее: 13] действует оригинальная система учета («регистр») суицидального поведения. В Москве, за исключением одномоментных исследований [5, 6], мониторинга суицидальных попыток не ведётся. В Краснодарском крае заключено трехстороннее соглашение между региональным МЗ, краевыми статуправлением и отделами ЗАГС, в результате снижена доля ошибочных заключений о самоубийстве до 1%. В Свердловской области Приказом МЗ от 13.04.2012 г. №387-п «О мерах по мониторингу и профилактике суицидального поведения среди детского населения», исполнения Приказа МЗ России № 148, Приказа МЗ России от 16.09.2003 г. № 438 "О психотерапевтической помощи", Приказа МЗ Свердловской области от 28.01.2009 г. № 54-п "О мерах по дальнейшему снижению числа суицидов в Свердловской области" руководителям ЛПУ предписан учет «суицидальных» вызовов СМП и информирование Территориального центра медицины катастроф ежеквартально; оперативное сообщение участковому психиатру о суицидальных попытках или суициде (лишь детей и подростков). В Республике Коми введен регистр суицидов; идет помесечная сверка данных с Госкомстатом.

Кадры суицидологических служб. Обучение. В Приложениях Приказа детально расписаны штатные нормативы медицинского и иного персонала подразделений Сс. Штаты заполнены для ТД в Воронежской, Курганской, Липецкой, Омской, Оренбургской, Пермской, Псковской, Рязанской, Саратовской, Тамбовской, Челябинской областях, Краснодарском и Ставропольском краях, республике Чувашия; для КСПП в Воронежской, Липецкой, Псковской, Саратовской областях, Краснодарском и Ставропольском краях, республиках Кабардино-Балкарии, Марий-Эл, Чувашии; для КС в Мурманской, Саратовской, Свердловской, Челябинской областях, в республике Чувашия. В Иркутской области специалистов для расширяющихся КС не хватает. Врачи, именующие себя суицидологами, со стажем $5,8 \pm 3,7$ (1-15) лет работают в Бурятии, Марий Эл, Краснодарском крае, Москве, Мурманской, Ленинградской, Свердловской, Томской, Челябинской областях. Наибольший дефицит медицинских психологов и психотерапевтов. Обычно в КСПП работают психиатр и медсестра, в Краснодарском крае задействован фельдшер. По данным П. Астахова, в 65% школ нет психологов; в стороне вопрос об уровне специалистов.

Приказом на КСПП возложено обучение персонала ЛПУ, на базе которого он развернут; та же функция и у сотрудников КС (пример Московского КС при ГБ), а на Московский НИИ психиатрии – подготовка специалистов по программе тематического усовершенствования (72 часа). Его за последние три года прошли отдельные специалисты (обычно психиатры) Бурятии, Коми, Марий Эл, Хакассии, Чувашии, Курганской, Ленинградской, Рязанской, Свердловской, Челябинской областей. На выездных курсах в НИПНИ им. В.М. Бехтерева обучались специалисты из Коми и Тверской области; в отделе суицидологии МНИИП наряду с выездными циклами (Коми, Ставропольский край) на рабочем месте обучены 16 психиатров и клинических психологов из 7 субъектов РФ (как Башкирия, Бурятия, Пермская, Тамбовская области, Приморский край, Москва), с перспективой работы в определенном звене местной Сс. Для обучения кадров правительство Москвы заключило договор с медицинскими ВУЗами о подготовке кадров. «Программы разработаны, но кадров не хватает» (из интервью главного психиатра Москвы Б.Д. Цыганкова, 2012 г.). С местными ВУЗами сотрудничают Сс 23 регионов: Москва, Санкт-Петербург, Воронежская, Иркутская, Киров-

ская, Краснодарская, Омская, Оренбургская, Пермская, Псковская, Рязанская, Саратовская, Свердловская, Томская, Тульская, Тюменская, Челябинская области, Ставропольский и Краснодарский края, Республики Бурятия, Коми, Татарстан, Чувашия. Основы суицидологии введены в образовательные программы ВУЗов и ФПО лишь 11 регионов (Москва, Санкт-Петербург, Иркутская, Омская, Псковская, Саратовская, Свердловская, Томская, Тюменская области, республики Бурятия, Коми, Татарстан, Чувашия).

Эффективность службы. Попытки изучения сделаны в Архангельской, Воронежской, Курганской, Кировской, Московской, Омской, Оренбургской, Псковской, Рязанской,

Саратовской, Свердловской, Тамбовской, Томской, Челябинской областях, Республиках Коми, Марий Эл, Хакасии, Чувашия ХМАО, Татарстан, Краснодарском крае обычно в форме аналитической справки для МЗ региона и сводятся к усредненным показателям суицидов, особо несовершеннолетних, и (реже) массива суицидальных попыток без учета их повторности. Большинство респондентов полагает ситуацию с суицидальным поведением населения вверенного им региона удовлетворительной («не хуже, чем «у соседей»). Особняком – главный психиатр Иркутской области, хотя местная поступательно развивающаяся Сс представлена всеми звеньями.

Таблица 3

Общие проблемы местных суицидологических служб и пути их разрешения

Проблемы	Возможные решения
Отсутствие федеральной и региональных программ профилактики суицидов и целостной централизованной суицидологической службы.	В русле Концепции демографической политики РФ до 2025 г. (распоряжение Правительства РФ от 14 февраля 2008 г. №170-р,) разработать Федеральную и региональные целевые программы «Охрана психического здоровья населения страны», определяющие планомерное развитие и организационно-методическое и материальное обеспечение Сс.
Низкое ресурсообеспечение суицидологических служб. Нехватка (отток) подготовленных кадров. Суицидология исключена из списка специальностей медицинских работников. Приказом детально расписано штатное расписание подразделений Сс, не пересматриваемое более 20 лет.	Рассмотрение охраны психического здоровья как приоритетное направление МЗ. Включение показателей суицидального поведения в оценку социального благополучия населения в ежегодных отчетах администрации. Координация служб здравоохранения, социальной защиты, образования, правоохранительных, религиозных, благотворительных организаций. Пересмотр штатного расписания, детализация функциональных обязанностей (нормативов нагрузки) сотрудников.
Формы и методы Сс не соответствуют положениям Приказа и уровню суицидологической науки и практики. Разобщенность, дублирование служб разного соподчинения. Опора на психиатрические учреждения (психиатр «отвечает за все»). Малая доступность помощи, реабилитации суицидентов. Разобщенность служб помощи и невозможность («незаконность») динамического наблюдения большей части суицидентов. Незавершенные критерии оценки работы звеньев службы.	Разработка клинических рекомендаций, основанных на доказательствах, Федеральных и местных стандартов качества помощи суицидентам и их близким в контексте социально-экономических и этно-культуральных особенностей региона. Унификация и координация помощи, организационно-методической работы. Развитие междисциплинарного (бригадного) взаимодействия.
Несистематизированный статистический учет СП на региональном и федеральном уровнях. Неполный и недифференцированный анализ суицидального поведения психически больных (объем и качество лечения, комплаенс, коморбидность).	Нормативно-правовая и информационная базы динамического контроля и анализа СП населения с развернутым и формализованным его описанием, эпидемиологический и клинико-психологический анализ суицидов, информирование специалистов, представителей власти, руководителей учреждений и населения об уровне, структуре, суицидологической ситуации «здесь и сейчас».

В *Томской области* уровень суицидов снижен в 2008-2012 гг. на 54%, в Томске на 91% [14], но затем отмечен (табл. 1) тренд к росту, как и в *Омской области* с динамично развивающейся Сс. Следует оценить вклад в резкое снижение (табл. 1) уровня суицидов в Чувашии с ее полной (лишь последние годы) Сс только активной антиалкогольной программы. Вопрос строгой корреляции потребления спиртного и уровня суицидов строго не показан [5]. В *Кемерово* число повторных суицидальных попыток уменьшено в 3,4 раза [цит. по 20].

Проблемы Сс и пути их разрешения (по мнению респондентов) указаны в табл. 3.

Обсуждение и выводы.

Неполный охват регионов РФ в исследовании не исключает выделение «типичного» и «особенного» организации и функции местных Сс. Наряду с «оазисами» обнадеживающего поступательно-планомерного развития Сс, их обеспечение ресурсами (организационно-методическими, материально-техническими, кадровыми, общественными), реальные возможности в большинстве регионов РФ, в том числе с относительно высокими уровнями самоубийств, недостаточны. В ряде регионов нет Сс, в большинстве – представлены не в полном составе. Прослежена связь с развитостью психиатрической службы региона, табуированностью суицида (субъекты Северо-Кавказский, Южный ФО) и Сс [11], уровнями суицидов и бременем суицидальной смертности [19]. Следует объяснить резкие (1,5-2,5 раз) «скачки» (табл. 1) уровней суицидов (*Чувашия, Астраханская, Омская области*) с учетом местного контекста [5, 29]. Происходят разнонаправленные процессы развития (*Иркутская Омская области, Забайкалье, Республика Чувашия*), стагнация и распад («закрытие» ТД за «нендобностью», «неэффективностью», для «экономики») служб. Положение Сс связано не только с вниманием к психическому здоровью и социальному благополучию населения, объективизированным бременем суицидальной смертности на местном уровне [19], но указывает видение проблемы организатором психиатрической (психотерапевтической) службы [22] и меру возможности его убеждения (привлечения в союзники) руководителей региона. Низкий приоритет суицидального поведения для ЗД [30] и местных политиков [31] повсеместен. Качество и доступность общесоматиче-

ской и психиатрической помощи отчасти отражено в показателях суицидального поведения [30].

10 сентября отведено для Всемирного дня предотвращения самоубийств. Э. Шнейдман [27] полагал, что о суициде нужно «больше и подробнее» рассказывать, это самая эффективная форма его предотвращения. Важна широкая психообразовательная (информационно-обучающая) программа [5, 6, 11]. Просвещение и осведомленность населения (формирование поведения, направленного на поиск скорейшей помощи, развитие навыков преодоления кризисных ситуаций в «школах жизнестойкости» и поиска ресурсов неформальной и профессиональной поддержки) – обязательная часть работы типовой Сс [20, 23, 26, 29].

В центре внимания должны быть страдающие депрессиями, особо нарушающие режим лечения, с коморбидными медицинскими и психиатрическими (злоупотребляющие ПАВ как нередкое средство самолечения) расстройствами. «Значительная часть» лиц с суицидальным поведением не получает своевременно медико-социальную помощь вне психиатрических учреждений, но «в большинстве своем ищут эту помощь и добровольно обращаются за нею» (спорный пассаж Приказа). Региональные службы (помимо, с оговорками, ТД) и сегодня доступны лишь жителям больших городов, базируются обычно в стенах психиатрических ЛПУ. За редким исключением отсутствуют КСПП в ВУЗах при многолетнем опыте Московского НИИ психиатрии, МСЧ, ЦСО и ЦЗН за что ратовала А. Амбрумова [1, 3, 4]. При этом ТД мало привлекает лиц групп высокого риска суицида [28], как пожилых, так и в бедственном экономическом положении (заслуживают выделенных линий). КС важно развивать при многопрофильных «скоромощных», наркологических стационарах, возможно, как дневные и ночные полустационары. Большинство Сс не имеет детско - подросткового звена и ни одной – для пожилых, но риск суицида у последних многократно превышает таковой у подростков. Предстоит разработка, внедрение и оценка моделей Сс для зон экономического и экологического неблагополучия (план Федерального Центра суицидологии в далеком 1995 г.), сельской местности [15], территориях с «сверхвысокими» уровнями суицидов с учетом этно-культуральных факторов и стигматизации помощи с привлечением экспе-

диционного метода работы Сс в отдаленных и труднодоступных районах [23], таких авторитетных лиц как священнослужителей, старейшин. Важно определить бремя суицидального поведения в отдельных возрастных, клинических социальных и профессиональных группах. Так, в зоне особого риска маргинальные группы населения: селяне (вопреки классическому взгляду Дюркгейма) беженцы, мигранты, безработные, заключенные или лица, выходящие на свободу, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, инвалиды, особо сопровождающейся ограничением жизнедеятельности, болевым синдромом [29]. Масштабный скрининг для выявления предрасположенности к суицидальному поведению школьников проведен сотрудниками Московских НИИ психиатрии и психолого-педагогического университета; разработаны модули выявления депрессии в первичном медицинском звене Московского НИИ психиатрии [17]. «Ресурсоёмкие» группы – становятся группами-мишенями первоочередных лечебно-профилактических мероприятий, они укажут потребности звеньев Сс.

Искажение статистики, по Дюркгейму, начинается с близких суицидента и полицейского чина при известной позиции администрации региона, не склонной афишировать истинный масштаб проблемы. Предстоит упорядочить и унифицировать эпидемиологический динамический контроль суицидального поведения. Пока безразмерная «корзина» рубрики МКБ-10 Y10-Y34 «Повреждение с неопределенными намерениями» и «Повешение, удушение и удушение с неопределенными намерениями» (Y-20) поглощает значительную (не менее 20% в странах с образцовой статистикой) долю суицидов, регистрируются (если так) суицидальные попытки с наиболее тяжелыми медицинскими последствиями.

Обычно (и в силу Закона о психиатрической помощи) нарушен принцип преемственности стационарного и амбулаторного звеньев Сс, препятствующий систематическому наблюдению за суицидентом и его психосоциальному восстановлению. Кабинет суицидолога в ПНД, предназначен для суицидентов под диспансерным (консультативным) наблюдением. На деле за неимением КСПП вне (организационно и территориально) психиатрической службы происходит смешение потоков пациентов, так как заявлен прием любых желающих

вне зоны обслуживания психиатрического ЛПУ. Мало внимания уделено обширным социально уязвимым группам граждан с сочетанными клинико-социальными проблемами и высоким риском суицида (пожилые, селяне); в забвении психосоциальная реабилитация с опорой на выявление и стимуляцию антисуицидальных факторов (жизнестойкость); третичная профилактика (бремя семьи суицидента).

Специалисты устранены от разработки действенных мер затруднения доступа к средствам самоубийства (барьеры безопасности в метро, на мостах, регулирование продажи слабых анальгетиков). Ограничительные меры более касаются препаратов с потенциалом зависимости, транквилизаторы, что разумно и с позиции снижения риска намеренной передозировки.

Обязательным элементом местной программы профилактики суицидального поведения служит сотрудничество со СМИ. Согласованные с профессионалами и группами самопомощи рекомендации по «правильному» освещению суицидов во избежание их героизации, развенчиванию мифов о риске суицида, дестигматизации суицидологической и психиатрической помощи [17, 24]. Пока внимание к СМИ носит более запретительный характер без использования антисуицидального потенциала [16, 25]. Вместе с тем Утверждена концепция создания Интернет-службы психологической помощи населению (29 сентября 2011 г.). В работе, особенно с молодежью и подростками, привлекателен Интернет (антисуицидальные сайты с возможностью выхода в социальные сети, виртуального он-лайн консультирования. Так, Интернет-ресурс «Победишь.ру» (www.pobedish.ru) поддержан группой добровольцев.

В итоге при ряде примечательных успехов в повседневной практике нарушены принципы региональной кризисно-суицидологической помощи населению [1, 4, 5, 15, 23]:

- 1) профилактическая направленность;
- 2) целевая помощь возрастным, клиническим и социальным группам риска;
- 3) взаимодействие государственных и общественных организаций и специалистов;
- 4) преемственность;
- 5) доступность и эффективность;
- 6) сбор и анализ детальных данных о суицидальном поведении;

- 7) анонимность;
- 8) размещение вне психиатрических ЛПУ.

Положительные результаты работы Сс более констатированы, чем доказаны. Так, низкий уровень суицидов в Москве (в 3-4 раза более низкий, чем в целом по стране, на уровне католической Панамы) А. Амбрумова объяснила «несомненной эффективностью» профилактической деятельности Сс [2, 3], но следует учесть относительно благополучную социально-экономическую обстановку в мегаполисе, доступность общемедицинской и специализированной (психотерапевтической) помощи и неполноту статистики. За ее рамками остаются группы социально уязвимых лиц – бездомные, нелегальные рабочие, переселенцы. Целевым показателем эффективности Сс не может быть лишь уровень суицидов (некий рост их уровня не препятствует положительной оценке программы [28] и может быть связан, например, с уточнением статистики) в связи с относительно малой частотой и сложностью биопсихосоциального феномена, малым охватом суицидентов, неполнотой усредненной статистики. Более широкий подход оценки включает снижение показателей суицидального поведения в наиболее уязвимых группах населения, снижением риска суицидальных попыток и их повтора, долями реабилитированных суицидентов [18], распространенность иных саморазрушительных форм поведения, убийств как варианта широкого спектра девиантного поведения.

Назрело уточнение функциональных обязанностей и нагрузки сотрудников Сс в реальных условиях. Предстоит повысить привлекательность и престиж Сс не только для «клиентов», но и новых работников. Целевое непрерывное обучение (сертификация) сотрудников Сс (обязательные 72 часа позволяют познакомиться лишь с пропедевтикой суицидологии). Консолидации кадров способствует Национальная Ассоциация суицидологии. Важно активизировать обучение персонала общемедицинской сети, преподавателей средней и высшей школы. Пока же лишь 30% интернистов считают, что профилактикой суицидального поведения должны заниматься «не психиатры» [17]. Развитие междисциплинарного и межведомственного взаимодействия возможно с привлечением добровольцев их благотворительных, религиозных организаций. Национальное Руководство по превенции суицидального поведения позволит определить качество работы Сс.

Традиции и опыт отечественной суицидологической школы в организации научно обоснованной и целостной Сс позволят повысить качество и результативность повседневной практики местных лечебно-профилактических программ.

Благодарность: соавторы признательны участникам опроса за информацию и рекомендации по улучшению организации и практики вверенных им служб.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии / Сб. научных трудов. – М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. – С. 7–25.
2. Амбрумова А.Г. О деятельности Федерального научно-методического центра суицидологии // Социальная клиническая психиатрия. – 1994. – Том 4. – Вып. 3. – С. 151-156.
3. Амбрумова А.Г. Пути становления отечественной суицидологии // Социальная клиническая психиатрия. – 1995. – Том 5. – Вып. 4. – С. 53-59.
4. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. – М.: Изд-во Академии МВД СССР, 1980. – 164 с.
5. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2007. – 280 с.
6. Войцех В.Ф., Амбрумова А.Г. Сравнительный клиничко-экономический анализ суицидальных попыток в городе Москве за 1978 и 1998 годы // Социальная клиническая психиатрия. – 2001. – Том 11. – Вып. 2. – С. 15-18.
7. Ворсина О.П. Опыт работы детской линии телефона доверия в городе Иркутске // Социальная клиническая психиатрия. – 2012. – Том 22. – Вып. 4. – С. 80-82.
8. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Эпидемиология самоубийств в Забайкальском крае, организация кризисной помощи населению // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 48-54.
9. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Социальная клиническая психиатрия. – 2001. – Том 11. – Вып. 1. – С. 9-15.
10. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема медицинской помощи // Социальная клиническая психиатрия. – 2012. – Том 22. – Вып. 4. – С. 5-8.
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006-2011 гг.: динамика показателей и

- анализ процессов развития. – М.: Медпрактика-М, 2012. – 600 с.
12. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. «Суицидологический паспорт территории» как этап развития системы суицидальной превенции // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4. – С. 55-60.
 13. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М. Кузнецов П.В. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 10-11.
 14. Кабизулов В.С. Просуицидные и антисуицидальные факторы информационной сети Интернет [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (1). URL: <http://medpsy.ru/climp>
 15. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С.11-12.
 16. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Том 23. – Вып. 4. – С. 5-13.
 17. Ласый Е.В., Минкевич К.М., Вилькоцкая Н.В. и соавт. Врачи и суицидальное поведение: базовые представления, отношение, профессиональный и личный опыт // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2012. – № 3. – С. 57-69.
 18. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. – 2012. – Том 3, № 4. – С. 10-22.
 19. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Том 23. – Вып. 2. – С. 38-44.
 20. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru>
 21. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: территориальный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 3-11.
 22. Перцель М.Г., Поташева А.П. Особенности организации суицидологической помощи в Свердловской области // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Том 9. – Вып. 1. – С. 76-77.
 23. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – Том 3, № 1. – С. 8-12.
 24. Чеперин А.И., Степанова О.Н., Белебева Е.А. и соавт. Новые подходы к организации кризисной помощи: опыт суицидологической службы города Омска // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru>
 25. Чубина С.А., Любов Е.Б. Оценка суицидального поведения и риска пациентов персоналом психиатрических учреждений // Тюменский психиатрический журнал. – 2014. – Том 16, № 1. – С. 26-27.
 26. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. – Киев, 1999. – 34 с.
 27. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001. – 132 с.
 28. Lester D. Do suicide prevention centers prevent suicide? // Homeost Health Dis. – 1991. – Vol. 33. – P. 190-194.
 29. Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers: Ministerial Round Tables 2001, 54th World Health Assembly. – WHO, 2001. – 163 p.
 30. Norredam M., Album D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases // Scand. J. Publ. Health. – 2007. – Vol. 35. – P. 655-661.
 31. Saunders K.E., Hawton K., Fortune S., Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review // J. Affect Dis. – 2011. – Vol. 139. – P. 205-216.
 32. Skruibis P., Gailiene D., Hjelmeland H. et al. Attitudes towards suicide among regional politicians in Austria, Lithuania, Hungary, Norway and Sweden // Suicid. Online. – 2010. – Vol. 1. – P. 79-87.

REGIONAL ANTISUICIDE FACILITIES IN RUSSIA: STRUCTURE AND FUNCTION

*E.B. Lyubov, V.S. Kabizulov,
V.E. Tsuprun, S.A. Chubina*

Moscow Institute of Psychiatry, Russia

Data (2012-2013) on the structure and function of antisuicide facilities in 57 subjects of the Russian Federation indicate problems (disconnection, part of the units, lack of trained personnel, and the prospects for their development (interdisciplinary and interagency cooperation, attracting public resource, implementation, absence of evidence-based approach in everyday practice) on the way to the biopsychosocial antisuicide model.

Keywords: suicidal behavior, antisuicide facilities, regional level, biopsychosocial approach, problems development.

АЛКОГОЛЬ И СУИЦИД В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ

Ю.Е. Разводовский

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Контактная информация:

Разводовский Юрий Евгеньевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет». Адрес: Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Горького, 80. Телефон: +375-152-70-18-84, e-mail: razvodovsky@tut.by

В работе представлен обзор литературных источников, посвященных связи между алкоголем и суицидом в странах Восточной Европы. В многочисленных исследованиях, использующих различный дизайн, была показана тесная связь между алкоголем и суицидом в этом регионе. Накопленные данные позволяют полагать, что сочетание таких факторов, как высокий общий уровень потребления алкоголя, преобладание в структуре потребления крепких алкогольных напитков, интоксикационно-ориентированный стиль потребления алкоголя являются ключевыми детерминантами высокого уровня самоубийств в странах Восточной Европы. Эмпирические данные говорят о том, что ограничение доступности алкоголя является эффективным средством профилактики суицидов.

Ключевые слова: алкоголь, суицид, Восточная Европа.

Суицид является одной из основных видов насильственной смертности во многих странах мира с ожидаемой перспективой роста в течение ближайших десятилетий [15, 18, 24, 33]. Существует целый ряд причин, объясняющих эту тенденцию, включая снижение социальной интеграции, увеличение распространенности психической патологии, в том числе зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ [40, 43, 49, 67]. Уровень суицидов в различных регионах мира значительно варьирует, причем наиболее высокий уровень данного показателя отмечается в странах Восточной Европы (ВЕ) [33]. Среди возможных причин высокого уровня самоубийств в ВЕ обсуждают социально-экономические, этно-культуральные и биологические факторы [18, 40, 50]. Рост уровня суицидов в странах ВЕ в начале 90-х годов прошлого столетия ассоциируется с резкими социально-экономическими переменами, вызванными распадом Советского Блока [41, 43]. Начиная с середины 90-х годов в большинстве бывших коммунистических стран ВЕ уровень суицидов снижался [39]. Несмотря на постепенное снижение уровня самоубийств на протяжении последнего десятилетия республики бывшего Советского Союза лидируют по этому показателю [50].

I.H. Mäkinen [42] выделил следующие кластеры стран ВЕ согласно различным переменным, характеризующим смертность в результате самоубийств:

1. К странам с высоким уровнем суицидов, выраженным половым и низким возрастным градиентом относится Беларусь, Эстония, Казахстан, Латвия, Литва, Россия, Словения, Украина.

2. Группу стран с высоким уровнем самоубийств и высоким возрастным градиентом составляют Хорватия, Восточная Германия, Венгрия. Эти страны отличаются от стран, вошедших в первую группу, относительно низким половым и высоким возрастным градиентом.

3. В группу стран с низким уровнем суицидов, но высоким их половым и низким возрастным градиентом входят Польша, Румыния, Словакия.

4. К странам с низким уровнем суицидов, а также низким их половым градиентом относятся Болгария, Чехия, Македония, Сербия и Черногория. Эти страны также характеризуются высоким возрастным градиентом.

5. В группу стран с низким уровнем суицидов, а также их относительно эквивалентным распределением среди различных половых и возрастных групп входят Албания, Армения, Азербайджан, Грузия, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан.

Хотя суицидальный акт является мультикаузальным поведением как результат взаимодействия психологических, биологических и социально-экономических факторов, злоупотребление алкоголем является одним из наибо-

лее важных факторов риска [1, 3, 32]. Имеются веские основания полагать, что сочетание таких факторов, как высокий общий уровень потребления алкоголя, преобладание в структуре потребления крепких алкогольных напитков, интоксикационно-ориентированный стиль потребления алкоголя, культуральная приемлемость злоупотребления алкоголем являются ключевыми детерминантами высокого уровня самоубийств в странах ВЕ [16]. Несмотря на то, что алкоголь является основным фактором риска смерти во многих странах мира, страны ВЕ несут наибольшее бремя связанной с алкоголем заболеваемости и смертности [74]. Алкоголь является основным фактором, ответственным за более высокий уровень общей смертности в странах ВЕ по сравнению с Западной Европой [16]. В особенности это касается бывших Советских республик, где алкоголь был идентифицирован как основной фактор резкого роста уровня смертности от различных причин после развала СССР [77]. Общий уровень потребления алкоголя в Восточно-Европейском регионе самый высокий в мире. Согласно докладу ВОЗ в 2003 году средний уровень потребления алкоголя в странах ВЕ составил 14,2 литра на душу населения, что в 2,3 раза превышает общемировой уровень (6,2 литра) [83].

Вследствие различий в уровне и стиле потребления алкоголя страны ВЕ не являются гомогенным регионом в смысле влияния алкоголя на уровень суицидов. Тем не менее, многочисленные исследования, проведенные на индивидуальном и популяционных уровнях, показали тесную связь между алкоголем и суицидом в различных странах ВЕ региона [35, 39, 50, 82].

Алкоголь и суицид в странах Восточной Европы: связь на индивидуальном уровне.

Имеются обширные литературные данные, указывающие на существование связи между алкоголем и суицидом на индивидуальном уровне во многих странах ВЕ. Согласно данным Эстонского бюро судебных медицинских экспертиз в период с 1981 по 1992 гг. 48,7% мужчин и 22,0% женщин на момент совершения суицида находились в состоянии алкогольного опьянения [78]. В Словении 74,6% жертв суицида были САК (содержание алкоголя в крови) – позитивными [20]. В этом исследовании также было показано, что алкоголь в крови был обнаружен у 87,1% мужчин и 12,9% жен-

щин, совершивших самоубийство. Удельный вес САК-позитивных самоубийств был максимальным в возрастной группе 35-54 лет [20]. В Хорватии средняя концентрация алкоголя в крови на момент суицида составила 0,68 г/кг у мужчин и 0,29 г/кг у женщин [27]. Согласно результатам аутопсии 60% мужчин и 27% женщин в Румынии были САК-позитивными на момент совершения суицида [34].

По данным М. Vinczyska-Anholcer в Польше 47,5% мужчин и 36,0% женщин, совершивших самоубийство, находились в состоянии алкогольного опьянения [21]. В аналогичном исследовании, проведенном на кафедре судебной медицины Варшавского медицинского университета, алкоголь был обнаружен у 39,5% (43% мужчин и 31,3% женщин) жертв суицида и установлена связь между полиморфизмом TPH_2 и фенотипом алкогольного суицида [30]. Кроме того, было показано, что алкогольная зависимость является предиктором суицида, совершенного в состоянии алкогольного опьянения [30]. В исследовании, проведенном в Венгрии с помощью метода ретроспективной психологической аутопсии, было показано, что алкоголизм является важным фактором риска суицида [27]. В более свежем исследовании, выполненном по аналогичному дизайну, было установлено, что 68% мужчин и 29% женщин, совершивших самоубийство, при жизни злоупотребляли алкоголем, либо страдали алкогольной зависимостью [36]. Результаты исследования, проведенного в городе Ижевске (Россия), показали, что 57% мужчин трудоспособного возраста, покончивших жизнь самоубийством, злоупотребляли алкоголем. Было также установлено, что мужчины, злоупотребляющие алкоголем, имеют в 3,7 раза (95% CI: 1,3-11,0) больше шансов покончить жизнь самоубийством по сравнению с мужчинами, не имеющих проблем с алкоголем [56].

Алкоголь является основным фактором риска суицида в Беларуси [4-13, 59-65]. Исследование, проведенное с помощью ретроспективной психологической экспертизы, показало, что 70% мужчин и 71,4% женщин, совершивших самоубийство, злоупотребляли алкоголем, либо страдали алкогольной зависимостью [70]. Результаты аутопсий, проведенных службой судебных медицинских экспертиз Беларуси, показали, что 61% мужчин и 30,6% женщин были САК-позитивными на момент смерти [68]. Наибольший удельный вес САК-позитивных

самоубийств отмечался среди мужчин в возрастной группе 30-59 лет (66%), а среди женщин в возрастной группе 19-39 лет (48%).

Алкоголь и суицид в странах Восточной Европы: связь на популяционном уровне.

Большинство исследований, посвященных связи между алкоголем и суицидом, выполнено на популяционном уровне. Результаты многочисленных лонгитудинальных и кросс-секционных исследований указывают на существование тесной позитивной связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем самоубийств [2, 39, 42, 57, 70, 71, 81]. На основании анализа многих переменных, А. Marusic сделал вывод, что распространенность алкогольных психозов является наиболее важным предиктором региональных различий уровня суицидов в Словении [44]. Далее, W.A. Pridemore показал тесную кросс-секционную связь между потреблением алкоголя и самоубийствами в Российских регионах в середине 1990-х годов прошлого века [52].

В последнее время многие исследователи, изучающие связь между алкоголем и суицидом на популяционном уровне используют технику статистического анализа временных рядов, разработанную G. Vox и G. Jenkins [23] в 1976 году, и получившей название ауторегрессии и проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС). Преимущество данной техники состоит в том, что она минимизирует вероятность получения ложных корреляций. Кроме того, использование данного метода позволяет сравнивать степень связи между уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов в разных странах. Используя АРПСС А. Belinska-Kwapisz и Z. Mielecka-Kubien [19] показали, что уровень потребления алкоголя тесно связан с уровнем суицидов в Польше: повышение уровня потребления алкоголя на душу населения на 1 литр ассоциируется с ростом уровня суицидов на 8,3%.

В целом ряде исследований была показана тесная связь между алкоголем и суицидом на популяционном уровне в странах бывшего Советского Союза. В своей пионерской работе A. Värnik и D. Wasserman [79] выявили статистически значимую позитивную связь между потреблением алкоголя и суицидом в Славянских и Балтийских республиках бывшего Советского Союза в период с 1984 по 1992 гг. Было установлено, что алкоголь является основным фактором риска суицида во всех республиках, отве-

чая за 85% всех суицидов в Беларуси, 77% – в Украине, 75% – в России, 65% – в Эстонии, 63% – в Латвии, 60% всех суицидов в Литве [82].

В своем анализе временных серий с использованием данных за период с 1965 по 1999 гг. A.V. Nemtsov [45] показал, что повышение общего уровня потребления алкоголя в России на 1 литр сопровождается ростом уровня самоубийств на 11,4% (на 13,1% среди мужчин и на 6,6% среди женщин). В более свежем анализе временных серий повышение общего уровня потребления алкоголя в России ассоциируется с ростом уровня суицидов на 7,2% (на 8% среди мужчин и на 4,3% среди женщин) [39]. В относительно недавнем исследовании, используя Российские данные за период с 1980 по 2005, Y.E. Razvodovsky [69] также показал существование тесной связи между общим уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов: повышение уровня потребления алкоголя на 1 литр сопровождается ростом уровня суицидов на 7,0% среди мужчин и на 3,2% среди женщин. При этом оценка эффекта алкоголя на возрастные коэффициенты уровня суицидов среди мужчин колебалась от 2,9% (возрастная группа 75+) до 8,4% (возрастная группа 30-44 лет), а для женщин 0,8% (возрастная группа 60-74 лет) до 3,6% (возрастная группа 15-29 лет). Оценка алкогольной фракции (АФ) в структуре суицидов составила 35% для женщин и 61% для мужчин. АФ колебалась в различных возрастных группах мужчин от 33% (возрастная группа 75+) до 68% (возрастная группа 30-44 года), в то время как для женщин эти колебания составили от 10% (возрастная группа 60-74 года) до 39% (возрастная группа 15-29 лет) [69]. Представленные данные указывают на то, что наиболее тесная связь между алкоголем и суицидом имеет место среди мужчин среднего трудоспособного возраста. Это не удивительно, принимая во внимание тот факт, что уровень потребления алкоголя среди мужчин среднего возраста наиболее высок [25].

Некоторые исследователи указывают на роль структуры и стиля потребления алкоголя как возможных факторов высокого уровня самоубийств в России [53, 65, 66, 72]. Отличительной особенностью питейной традиции в России является интоксикационно - ориентированный (фестивальный) стиль потребления, преобладание в структуре потребления крепких алкогольных напитков, а также социокультуральная приемлемость злоупотребления

алкоголем [77]. В анализе временных серий с использованием техники АРПСС W.A. Pridemore M.B. Chamlin [53] показали наличие тесной связи между индикаторами злоупотребления алкоголем (алкогольная смертность) и уровнем суицидов в России в период с 1956 по 2002 годы. В аналогичном исследовании, основанном на данных за период с 1956 по 2005 гг., была показана тесная связь между динамикой уровня смертности в результате острых алкогольных отравлений (классический индикатор интоксикационно-ориентированного стиля потребления алкоголя) и уровнем суицидов [66]. В более свежем анализе временных серий А. Stickley с соавторами [76] сделал вывод, что фестивальное потребление алкоголя тесно ассоциируется с риском самоубийства в России, причем эта связь четко прослеживается как в течение последних десятилетий, так и в более глубокой исторической ретроспективе.

Дополнительную поддержку гипотезе, согласно которой неблагоприятное сочетание высокого общего уровня потребления алкоголя и интоксикационно-ориентированного стиля потребления преимущественно крепких алкогольных напитков является ключевым фактором высокого уровня самоубийств в России, предоставили результаты исследования, согласно которым уровень суицидов тесно коррелирует с уровнем продажи водки [65]. Была установлена закономерность, согласно которой рост уровня продажи водки ассоциируется с ростом уровня суицидов на 9,3% среди мужчин и на 6% среди женщин [65]. Оценка эффекта алкоголя на уровень суицидов была положительной для мужчин всех возрастных групп, кроме возрастной группы 75+ лет и старше и колебалась от 6,9% (возрастная группа 60-74 года) до 12,3% (возрастная группа 30-44 года). Оценка для женщин была положительной в возрастной группе 15-29 лет (8,0%), 30-44 года (9,6%) и 45-59 лет (5,7%) [65].

Тесная связь между водкой и суицидом на популяционном уровне физиологически может объясняться быстрым ростом концентрации алкоголя в крови, что, в свою очередь, может служить триггером аутоагрессивного поведения у лиц, предрасположенных к нему [31, 76]). В какой-то степени связь между водкой и суицидом может быть обусловлена предпочтением крепких алкогольных напитков среди лиц, злоупотребляющих алкоголем и являющихся группой риска совершения суицида.

Результаты ряда исследований, проведенных на популяционном уровне, однозначно указывают на то, что алкоголь является строгим предиктором высокого уровня самоубийств в Беларуси. К примеру, результаты анализа временных серий, основанных на данных за период с 1970 по 2005 годы, выявили позитивную корреляцию между уровнем заболеваемости алкогольными психозами и уровнем суицидов [63]. Результаты другого исследования показали, что общий уровень потребления алкоголя тесно коррелирует с уровнем суицидов, при этом рост уровня потребления алкоголя на 1 литр ассоциируется с ростом уровня суицидов на 7,4% среди мужчин и на 3,1% среди женщин [10]. Оценка эффекта алкоголя на уровень суицидов среди мужчин разных возрастных групп колебалась от 2,4% в возрастной группе 15-29 лет до 8,2% в возрастных группах 30-44 и 45-59 лет. Эффект алкоголя на уровень суицидов среди женщин составил 1,7% в возрастной группе 15-29 лет, 4,7% в группе 30-44 лет, 3,9% в группе 45-59 лет и 1,7% в группе 60-74 года [10]. В другом исследовании Y.E. Razvodovsky (2001) показал, что в Беларуси уровень суицидов в большей степени ассоциируется с уровнем продажи водки на душу населения, нежели с общим уровнем продажи алкоголя. С помощью анализа временных серий была также показана тесная связь между уровнем смертности в результате острых алкогольных отравлений и уровнем суицидов [10].

В недавнем исследовании была показана тесная связь между уровнем смертности в результате острых алкогольных отравлений и уровнем суицидов среди городских и сельских мужчин и женщин, что косвенно указывает на важную роль алкоголя как фактора, обуславливающего градиент уровня самоубийств среди городского и сельского населения [13]. Кроме того, было установлено, что уровень заболеваемости алкогольными психозами является предиктором региональных вариаций уровня суицидов в Беларуси [73].

В своем анализе временных серий J. Landberg [39] показал тесную связь между уровнем потребления алкоголя и уровнем суицидов в 7 странах ВЕ. Характерно, что сила этой связи была большей в странах, где преобладает интоксикационно-ориентированный стиль потребления крепких алкогольных напитков. Оценочный эффект алкоголя на уровень суи-

цидов среди мужчин в странах с преобладанием в структуре потребления крепких алкогольных напитков был аналогичным эффекту в странах Северной Европы. Эти данные согласуются с гипотезой Т. Norstrom, который предположил, что алкоголь и суицид более тесно связаны в странах с Северной культурой потребления алкоголя, характеризующейся эпизодами употребления больших доз крепких алкогольных напитков [46, 47].

Необходимо отметить, что степень связи между алкоголем и суицидом в странах ВЕ значительно более выражена для мужчин, нежели для женщин. К примеру, согласно оценке D. Wasserman и соавт. [82] в бывшем Советском Союзе алкогольная фракция в структуре суицидов мужчин (более 70%) значительно превосходила аналогичный показатель в структуре суицидов женщин (24%). В более позднем исследовании было рассчитано, что в России алкоголь может быть ответственен за 61% всех самоубийств мужчин и 35% всех самоубийств женщин [69]. Различия в уровне потребления алкоголя, а также в предпочтении алкогольных напитков могут быть ответственны за эти гендерные различия, поскольку водка является алкогольным напитком первого выбора для большинства мужчин, в то время как женщины не только пьют меньше, но и предпочитают вино [22, 48].

Несмотря на то, что в большинстве исследований была продемонстрирована четкая связь между алкоголем и суицидами на популяционном уровне в странах ВЕ, имеются единичные работы, указывающие на неоднозначность этой связи. В частности, было показано, что уровень суицидов в Венгрии снизился с 46 на 100000 населения в 1984 г. до 32 в 1998 г. (-32%), несмотря на то, что в период с 1989 по 1996 г. уровень распространенности алкогольной зависимости вырос на 25%, а уровень безработицы вырос в 6 раз [38]. В другом исследовании E. Rancans и соавт. [58] пришли к выводу, что уровень заболеваемости алкогольными психозами (как индикатор уровня потребления алкоголя) не может в достаточной степени объяснить резкий рост уровня суицидов в Латвии в период с 1980 по 1998 г. Некоторая противоречивость результатов исследований, посвященных связи между алкоголем и суицидом на популяционном уровне, повышение суицидальной смертности может объясняться тем, что уровень суицидов, помимо ал-

коголя, определяется целым рядом социокультуральных факторов.

Алкоголь и суицид в странах Восточной Европы: естественные эксперименты.

Естественные эксперименты, приводящие к резкому падению уровня потребления алкоголя, предоставляют возможность изучить эффективность ограничительных мероприятий в снижении уровня связанных с алкоголем проблем. Россия, вследствие высокого общего уровня потребления алкоголя, фестивального стиля его потребления, а также высокого уровня суицидов представляет собой важный контекстуальный объект для такого рода анализа. На протяжении последних десятилетий в России несколько раз вводились ограничительные меры с целью уменьшения бремени связанных с алкоголем проблем. Антиалкогольная кампания 1985-1988 гг. стала наиболее известным естественным экспериментом в области алкогольной политики. В ряде исследований был изучен эффект ограничительных мероприятий в рамках антиалкогольной кампании на уровень суицидов. В частности, A. Värnik с соавт. [78] показала, что в период анти-алкогольной кампании в Эстонии число САК-позитивных суицидов снизилось на 39,4%, в то время как число САК-негативных суицидов выросло на 3%. В своем исследовании трендов уровня потребления алкоголя на душу населения и уровня суицидов в России в период с 1965 по 1999 гг. A. Nemtsov [45] показал, что антиалкогольная кампания сопровождалась значительным снижением уровня суицидов: в период с 1984-1986 гг. уровень суицидов снизился на 39,1% (с 37,9 до 23,1 на 100000 населения), в то время как уровень потребления алкоголя снизился на 26,8% (с 14,2 до 10,5 литров). Число САК-позитивных суицидов за этот период снизилось на 55% [45]. Оздоровительный эффект антиалкогольной кампании четко был продемонстрирован в Беларуси, где снижение уровня потребления алкоголя в период с 1984 по 1986 гг. с 13,3 до 6,7 литров привело к снижению уровня самоубийств с 15,4 до 7,0 на 100000 населения [59]. В более свежем исследовании Y.E. Razvodovsky [70] продемонстрировал, что алкогольные суициды более подвержены влиянию ограничения доступности алкоголя: в период с 1984 по 1996 гг. число САК-позитивных суицидов снизилось на 54,2%, в то время как число САК-негативных суицидов снизилось только на 7,1%.

Кажется очевидным, что резкое снижение уровня суицидов в бывших Советских республиках в середине 1980-х годов прошлого века было полностью обусловлено ограничением доступности алкоголя в рамках антиалкогольной кампании. Тем не менее, несмотря на то обстоятельство, что все вновь появившиеся республики бывшего Советского Союза прошли схожий путь социально-экономических преобразований, динамика уровня суицидов в них существенно различалась. Такие республики как Беларусь, Эстония, Латвия, Литва, Россия, Украина, относящиеся к странам с высоким уровнем суицидов и значительным их половым градиентом, демонстрировали существенное снижение уровня суицидов в период с 1985 по 1989 годы, особенно среди мужчин среднего возраста, с последующим резким ростом этого показателя в период с 1989 по 1993 гг. [42]. Следует отметить, что уровень потребления алкоголя в этих республиках наиболее высок. Азербайджан, Грузия, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан, принадлежащие к группе стран с низким уровнем суицидом и равномерным их половым распределением демонстрировали другой паттерн динамики уровня суицидов. В этих республиках уровень суицидов проявлял тенденцию снижения на протяжении всего периода с 1985 по 1993 гг. Примечательно, что в данный период изменения уровня потребления алкоголя тесно коррелировали с изменениями уровня суицидов только в первой группе стран [42].

Некоторые исследователи считают, что алкогольный фактор вряд ли может являться универсальным объяснением резким колебаниям уровня суицидов в бывшем Советском Союзе в середине 1980-х годов прошлого века [82]. Они полагают, что снижение уровня самоубийств в этот период может быть связано с социально-политической либерализацией в период «перестройки», которая породила социальный оптимизм и надежды на лучшее будущее. В качестве контраргумента следует возразить, что любые социальные перемены приводят к росту уровня социальной аномии, что, согласно Э. Дюркгейму, должно сопровождаться ростом уровня самоубийств [29]. Кроме того, А. Nemtsov показал, что в России в период перестройки уровень САК-позитивных суицидов снизился на 55%, в то время как уровень САК-негативных суицидов существенно не изменился [45]. С его точки зрения так называ-

емый национальный оптимизм, скорее всего, является проекцией эмоций интеллигентной части общества (включая ученых), чем населения в целом. Было также показано, что в период антиалкогольной кампании уровень суицидов в наибольшей степени снизился среди мужчин молодого и среднего, трудоспособного возраста, в то время как среди лиц старших возрастных групп этот показатель колебался незначительно [54]. Дополнительным аргументом в пользу алкогольной гипотезы может служить тот факт, что паттерн возрастного распределения суицидов и смертности в результате острых алкогольных отравлений был аналогичным [45].

Имеются веские основания полагать, что алкоголь сыграл ключевую роль в резком росте уровня суицидов в России в начале 1990-х годов прошлого века. В своей работе I.N.Mäkinen [42] показал, что уровень потребления алкоголя является мощным предиктором уровня суицидов в странах ВЕ с высоким уровнем суицидов, а также высоким их половым градиентом (включая Россию), в которых наблюдалось резкое снижение числа самоубийств в 1985-1989 гг., особенно среди мужчин среднего возраста, с последующим их резким ростом в начале 1990-х гг.

Некоторые исследователи полагают, что главной причиной «кризиса» суицидальной активности в бывших Советских республиках в 1990-х годах был психосоциальный дистресс, вызванный резкими социально - экономическими реформами, связанными с распадом Советского Союза [14, 17, 28]. В недавнем кросс-секционном анализе временных серий было показано, что динамика уровня суицидов в странах ВЕ в переходный период определялась социально-экономическими факторами, а не уровнем потребления алкоголя [35]. Тем не менее, тесная связь на популяционном уровне между алкоголем и суицидом в бывших Советских республиках, продемонстрированная в ряде исследований, а также результаты исследования, проведенного в Беларуси, и показавшего, что число САК-позитивных суицидов резко выросло в первой половине 1990-х годов, в то время как число САК-негативных суицидов выросло незначительно, свидетельствуют в пользу алкогольной гипотезы [71].

Ключевым моментом в дебатах относительно роли алкоголя и психосоциального дистресса в «кризисе» суицидальной активности в

России в первой половине 1990-х годов является вопрос, касающийся причин роста уровня потребления алкоголя в этот период. Известно, что алкоголь в России часто используется в качестве средства, снижающего уровень стресса [37]. Было также показано, что злоупотребление алкоголем было распространено среди мужчин, потерявших свой социальный статус в переходный период [84]. Поэтому очевидно, что психосоциальный дистресс и злоупотребление алкоголем тесно взаимосвязаны, так как дистресс провоцирует злоупотребление алкоголем, что, в свою очередь, повышает риск суицида. По всей видимости, психосоциальный дистресс, вызванный «шоковой терапией» социально-экономических реформ был основной причиной повышения спроса на алкоголь. Это повышение спроса сочеталось с повышением доступности алкоголя вследствие отмены алкогольной монополии в январе 1992 года. Вследствие отмены государственного контроля, алкогольный рынок был практически наводнен дешевым контрафактным алкоголем, преимущественно водкой и спиртом [77]. Негативным последствием резкого роста уровня потребления алкоголя был рост уровня алкогольной смертности, в том числе уровня суицидов.

В современной России подписан Закон, который регулирует объем и качество производимого алкоголя, а также требует регистрации всей продаваемой алкогольной продукции. В своей недавней работе W.A. Pridemore с соавт. [55], используя технику прерванного анализа временных серий ежемесячных данных с января 2000 г. по декабрь 2010 г., оценили эффект данного естественного эксперимента на уровень самоубийств. Оказалось, что принятие новых мер, регулирующих алкогольный рынок, привело к снижению уровня суицидов среди мужчин на 9%, что эквивалентно 4000 сохраненных жизней ежегодно.

Другим примером возможности снижения уровня суицидов путем ужесточения алкогольного законодательства является Словения, где в январе 2003 г. Национальная Ассамблея приняла новое законодательство, предусматривающее снижение доступности алкоголя, путем установления возрастного ценза, а также ограничения места и времени продажи алкоголя. Анализируя результаты этих ограничительных мероприятий, W.A. Pridemore и A.J. Snowden [51] пришли к выводу, что сразу же после вве-

дения новой алкогольной политики уровень самоубийств среди мужчин снизился на 10%. Примечательно то, что также, как и в России, ограничение доступности алкоголя в Словении не отразилось на уровне суицидов среди женщин. Очевидно, что алкогольный суицид является преимущественно мужским феноменом. В более свежем исследовании T. Zupanc с соавт. [85] показал, что в период, предшествовавший введению ограничительных мероприятий, концентрация алкоголя в крови у жертв алкогольного суицида была выше, чем в период после вступления закона в силу. Результаты данных интервенций в сфере алкогольной политики, совместно с итогами предыдущих естественных экспериментов, четко указывают на роль алкогольного фактора в этиологии суицидального поведения, а также на важность проведения мероприятий, ограничивающих доступность алкоголя, как эффективной стратегии профилактики суицида.

Следует отметить, что влияние естественных экспериментов по ограничению доступности алкоголя на уровень суицидов не всегда однозначно. В частности, высокий уровень связанных с алкоголем проблем вынудил правительство Литвы в 2007 г. принять новую алкогольную политику [75]. Нововведения включали увеличение акцизов на алкогольную продукцию, строгое регулирование рекламы алкоголя, ужесточение наказания за вождение в пьяном виде, усиление борьбы с производством и импортом нелегального алкоголя. Итогом применения новой алкогольной политики стало значительное снижение бремени связанной с алкоголем насильственной смертности. Вместе с тем, на этом фоне отмечалась тенденция роста числа САК-позитивных суицидов среди мужчин, в то время как среди женщин этот показатель оставался стабильным в течение 2006-2009 гг. Авторы предположили, что увеличение числа алкогольных суицидов среди мужчин в этот период было обусловлено ростом уровня психосоциального дистресса, вызванного экономической рецессией.

В многочисленных исследованиях, использовавших различный дизайн, было показано, что алкоголь является ключевым фактором риска суицида в странах ВЕ. Высокий общий уровень потребления алкоголя в сочетании с неблагоприятным стилем потребления преимущественно крепких алкогольных напитков обуславливает тесную связь между алкоголем

и суицидом, а также высокий уровень алкогольных суицидов в странах ВЕ. При этом связь между алкоголем и суицидом на популяционном уровне в странах Восточной Европы значительно более тесная, чем в странах Западной Европы. Изучение опыта естественных экспериментов в области алкогольной политики также показало, что алкоголь является основным фактором, обуславливающим высокий уровень суицидов в странах ВЕ. Эти эмпирические данные являются свидетельством того, что ограничительная алкогольная политика является эффективным средством профилактики суицидов. Учитывая имеющиеся данные, указывающие на то, что наряду с общим уровнем потребления алкоголя важной детерминантой уровня суицидов является структура и стиль потребления алкоголя, профилактические стратегии также должны предусматривать снижение в структуре потребления алкоголя удельного веса крепких алкогольных напитков, а также формирование более умеренного стиля потребления алкоголя.

Литература:

- Амбрумова А.Г., Чуркина Е.А. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме. – М., 1980. – 16 с.
- Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и постсоветских государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 24–33.
- Зотов П.Б., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя (на примере Юга Тюменской области) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 37–41.
- Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2004. – № 2. – С. 48–52.
- Разводовский Ю.Е. Эпидемиология самоубийств // Медицинские новости. – 2005. – № 1. – С. 24–27.
- Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в Беларуси // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2006. – № 4. – С. 55–56.
- Разводовский Ю.Е., Дукорский В.В. Острая алкогольная интоксикация как фактор риска суицида // Психиатрия. – 2008. – № 2. – С. 16–19.
- Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси // Вопросы наркологии. – 2008. – № 6. – С. 67–71.
- Разводовский Ю.Е. Самоубийства и алкогольные отравления в Беларуси // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 1. – С. 12–17.
- Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси: сравнительный анализ трендов // Медицинская панорама. – 2009. – № 5. – С. 58–60.
- Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды в Беларуси: эпидемиологический анализ. – LAP LAMBERT Academic Publishing. Saarbrücken, 2012. – 81 с.
- Разводовский Ю.Е., Дукорский В.В. Корреляты суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 31–38.
- Разводовский Ю.Е. Алкоголь как фактор градиента уровня суицидов среди городского и сельского населения Беларуси // Вопросы Наркологии. – 2014. – № 4. – С. 46–54.
- Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28–40.
- Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.
- Anderson P., Baunberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
- Andreeva E., Ermakov S., Brenner H. The socio-economic etiology of suicide mortality in Russia // International journal environment and sustainable development. – 2008. – Vol. 7, № 1. – P. 21–48.
- Bertolote J.M., Fleishman A. A global perspective in the epidemiology of suicide // Suicidology. – 2002. – Vol. 7, № 2. – P. 6–8.
- Bielinska-Kwapisz A., Mielecka-Kubien Z. Alcohol consumption and its adverse effects in Poland in years 1950–2005 // Economic Research International. – 2011. Article ID 870714.
- Bilban M., Skibin L. Presence of alcohol in suicide victims // Forensic science international. – 2005. – Vol. 147 (Suppl. 1). – S. 9–12.
- Binczycka-Anholcer M. Alcohol as a significant factor in women's suicidal behavior // Suicidology. – 2006. – № 2. – P. 57–63.
- Bobak M., McKee M., Rose R., Marmot M. Alcohol consumption in a sample of the Russian population // Addiction. – 1999. – Vol. 94, № 6. – P. 857–866.
- Box G.E.P., Jenkins G.M. Time Series Analysis: forecasting and control. – London: Holden-Day Inc, 1976.
- Cherpitel C.J., Borges L.G., Wilcox H.C. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2004. – Vol. 28, № 5. – P. 18–28.
- Cockerham C.W. Health lifestyle in Russia // Social Science & Medicine. – 2000. – Vol. 51, № 9. – P. 1313–1224.
- Cockerham C.W., Hinote B.P., Abbot P. Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakstan, Russia and Ukraine // Social science & medicine. – 2006. – Vol. 63, № 9. – P. 2381–2394.
- Coklo M., Stemberga V., Cuculić D., Sosa I., Jerković R., Bosnar A. The methods of committing and alcohol intoxication of suicides in Southwestern Croatia from 1996 to 2005 // Collegium An-

- tropologicum. – 2008. – Vol. 32 (Suppl. 2). – P. 123–125.
28. Cornia G.A., Poniccia P. The transition mortality crisis: evidence, interpretation and policy response. In: Cornia G.A. & Poniccia P. (Eds.). The mortality crisis in transitional economies (pp. 4–37). – Oxford: Oxford University Press. 2000.
29. Durkheim E. Suicide. – New-York: The Free Press, 1966.
30. Fudalej S., Ilgen M., Fudalej M., Wojnar M., Matsumoto H., Barry K.L., Polski R., Blow F.C. Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a Polish sample // Alcohol & alcoholism. – 2009. – Vol. 44, № 5. – P. 437–442.
31. Gruenewald P., Ponicki W.R., Mitchell P.R. Suicide rates and alcohol consumption in the United States, 1970–89 // Addiction. – 1995. – Vol. 90, № 8. – P. 1063–1075.
32. Hufford M.R. Alcohol and suicidal behavior // Clinical psychology review. – 2001. – Vol. 21, № 5. – P. 797–811.
33. Jagodic H.K., Agius M., Pregeli P. Inter-regional variations in suicide rates // Psychiatria danubina. – 2012. – Vol. 34, № 2. – P. 1–20.
34. Jung H., Matei D.B., Hecser L. Biostatistical study of suicide features in Mures Country (Romania) // Legal medicine. – 2009. – Suppl. 1. – P. 95–97.
35. Kõlves K., Milner A., Värnik P. Suicide rates and socioeconomic factors in Eastern European countries after the collapse of the Soviet Union: trends between 1990 and 2008 // Sociological health illness. – 2013. – Vol. 35, № 6. – P. 956–970.
36. Kõlves K., Värnik A., Tooding L.M., Wasserman D. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study // Psychological medicine. – 2006. – Vol. 36, № 7. – P. 923–930.
37. Kuposov R.A., Ruchkin V.V., Eiseemann M., Sidorov P.I. Alcohol use in adolescents from northern Russia: the role of social context // Alcohol & alcoholism. – 2002. – Vol. 37, № 3. – P. 297–303.
38. Kovács K. Suicide and alcohol-related mortality in Hungary in the last two decades // International journal public health. – 2008. – Vol. 53, № 5. – P. 252–259.
39. Landberg J. Alcohol and suicide in Eastern Europe // Drug and Alcohol Review. – 2008. – Vol. 27, № 4. – P. 361–373.
40. Lester D. Suicide in an international perspective // Suicide and life-threatening behavior. – 1997. – Vol. 27, № 1. – P. 105–111.
41. Lester D. Suicide and homicide after the fall of communist regimes // European psychiatry. – 1998. – Vol. 13, № 2. – P. 98–100.
42. Mäkinen I.H. Eastern European transition and suicide mortality // Social science & medicine. – 2000. – Vol. 51, № 9. – P. 1405–1420.
43. Mäkinen I.H. Suicide mortality of Eastern European regions before and after the communist period // Social science & medicine. – 2006. – Vol. 63, № 2. – P. 307–319.
44. Marusic A. Suicide in Slovenia: Lessons from cross-cultural psychiatry // International review of psychiatry. – 1999. – № 2. – P. 213–220.
45. Nemtsov A.V. Suicide and alcohol consumption in Russia, 1965–1999 // Drug and alcohol dependence. – 2003. – Vol. 71, № 2. – P. 161–168.
46. Norström T., Rossov I. Beverage specific effects on suicide // Nordic studies alcohol drugs. – 1999. – №16. – P. 109–118.
47. Norström T. Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden // Addiction. – 1995. – Vol. 90, № 11. – P. 1465–1469.
48. Pomerleau J., McKee M., Rose R., Haerper C.W., Rotman D., Tumanov S. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries // Alcohol & alcoholism. – 2008. – Vol. 43, № 3. – P. 351–359.
49. Pompilli M., Serafini G., Innamorati M., Dominici G., Ferracuti S., Kotzalidis G.D. et al. Suicide behavior and alcohol abuse // International journal environment research public health. – 2010. – № 7. – P. 1392–1431.
50. Pray L., Cohen C., Makinen I.H., Varnik A., MacKellar F.L. (Eds.). Suicide in Eastern Europe, the CIS, and the Baltic Countries: social and public health determinants. – Vienna: Remaprint, 2013.
51. Pridemore W.A., Snowden A.J. Reduction in suicide mortality following a new national alcohol policy in Slovenia: an interrupted time-series analysis // American journal of public health. – 2009. – Vol. 99, № 5. – P. 915–920.
52. Pridemore W.A. Heavy drinking and suicide in Russia // Social forces. – 2006. Vol. 85, № 1 – P. 413–430.
53. Pridemore W.A., Chamlin M.B. A time-series analysis of the impact of heavy drinking on homicide and suicide mortality in Russia, 1956–2002 // Addiction. – 2006. – Vol. 101, № 12. – P. 1719–1729.
54. Pridemore W.A., Spivak A.L. Pattern of suicide mortality in Russia // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2003. – Vol. 33, № 2. – P. 132–150.
55. Pridemore W.A., Chamlin M.B., Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis // American journal public health. – 2013. – Vol. 103, № 11. – Vol. 2021–2026.
56. Pridemore W.A. The impact of hazardous drinking on suicide among working-age Russian males: an individual-level analysis // Addiction. – 2013. – Vol. 108. – P. 1933–1941.
57. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries // Addiction. – 2001. – Vol. 96 (Suppl. 1). – P. 59–75.
58. Rancans E., Salander-Renberg E., Jacobsson L. Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980–98 // Acta psychiatrica scandinavica. – 2001. – Vol. 103, № 4. – P. 275–281.
59. Razvodovsky Y.E. The association between the level of alcohol consumption per capita and suicide rate: results of time-series analysis // Alcoholism. – 2001. – № 2. – P. 35–43.

60. Razvodovsky Y.E. Association between distilled spirits consumption and violent mortality rate // *Drugs: education, prevention and policy*. – 2003. – Vol. 10. – P. 223–235.
61. Razvodovsky Y.E. Some socioepidemiological correlates of suicides in Belarus // *Psychiatria danubina*. – 2006. – Vol. 18 (Suppl. 1). – P. 145.
62. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rate in Belarus // *Psychiatry danub*. – 2006. – Vol. 18 (Suppl. 1). – P. 64.
63. Razvodovsky Y.E. Suicide and alcohol psychoses in Belarus, 1970 and 2005 // *Crisis*. – 2007. – Vol. 28, № 2. – P. 61–66.
64. Razvodovsky Y.E. Alcohol and suicide in Belarus // *Psychiatria danubina*. – 2009. – Vol. 21, № 3. – P. 290–296.
65. Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia // *Crisis*. – 2009. – Vol. 30, № 4. – P. 186–191.
66. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956-2005 // *Drugs: education, prevention and policy*. – 2009. – Vol. 16, № 2. – P. 127–139.
67. Razvodovsky Y.E., Stickley A. Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990-2005 // *Public health*. – 2009. – Vol. 123, № 1. – P. 120–126.
68. Razvodovsky Y.E. Blood alcohol concentration in suicide victims // *European psychiatry*. – 2010. – Vol. 25 (Suppl. 1). – P. 1374.
69. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide rates in Russia // *Suicidology online*. – 2011. – № 2. – P. 67–74.
70. Razvodovsky Y.E. Alcohol consumption and suicide in Belarus // *Suicidology online*. – 2011. – Vol. 2. – P. 1–7.
71. Razvodovsky Y.E. Suicide trends in Belarus, 1980-2008. In: Pray, L., Cohen, C., Makinen, I.H., Varnik, A., MacKellar F.L. (Eds.). *Suicide in Eastern Europe, the CIS, and the Baltic Countries: social and public health determinants* (pp. 21-28). – Viena: Remaprint, 2013.
72. Razvodovsky Y.E. Aggregate level effect of binge drinking on suicide mortality rate in Russia // *European psychiatry*. – 2014. – Vol. 29 (Suppl.1). – P. 1.
73. Razvodovsky Y.E., Kandrychyn S.V. Spatial regularity in suicides and alcohol psychoses in Belarus // *Acta medica lituanica*. – 2014. – Vol. 21, № 2. – P. 57–64.
74. Rehm J., Taylor B., Patra, J. Volume of alcohol consumption, pattern of drinking and burden of disease in the European region // *Addiction*. – 2006. – Vol. 101, № 8. – P. 1086–1095.
75. Sauliune S., Petrauskiene J., Kalediene R. Alcohol-related injuries and alcohol control policy in Lithuania: effects of the year of sobriety // *Alcohol & alcoholism*. – 2012. – Vol. 47, № 4. – P. 458–463.
76. Stickley A., Jukkala T., Norstrom T. Alcohol and suicide in Russia, 1870-1894 and 1956-2005: evidence for the continuation of a harmful drinking culture across time? // *Journal of studies on alcohol and drugs*. – 2011. – Vol. 72, № 2. – P. 341–347.
77. Stickley A., Leinsalu M., Andrew E., Razvodovsky Y.E., Vagero D., McKee M. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970-2002 // *European journal of public health*. – 2007. – Vol. 17, № 5. – P. 444–449.
78. Värnik A, Kõlves K, Vali M., Tooding L., Wasserman D. Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? // *Addiction*. – 2006. – Vol. 102, № 2. – P. 251–256.
79. Värnik A., Wasserman D. Suicides in the former Soviet republics // *Acta psychiatrica scandinavica*. – 1992. – Vol. 86, № 1. – P. 76–78.
80. Värnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund G. Marked decrease in suicide among men and women in the former USSR during perestroika // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1998. – Vol. 98 (Suppl.394). – P. 13–19.
81. Värnik A., Wasserman D., Dankowicz M., Eklund G. Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika in comparison with 22 European countries // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1998. – Vol. 98 (Suppl. 394). – P. 20–25.
82. Wasserman D., Värnik A., Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1994. Vol. 89, № 5. – P. 306–313.
83. World Health Organization (WHO). WHO Global Alcohol Database. Available: www.who.int/globalatlas/dataquery/default.asp
84. Yukkala T., Mäkinen I.H., Kislitsyna O., Ferlander S. Economic strain, social relations, gender, and binge drinking in Moscow // *Social science & medicine*. – 2008. – Vol. 66, № 3. – P. 663–674.
85. Zupanc T., Agius M., Videtič Paska A., Pregelj P. Reduced blood alcohol concentration in suicide victims in response to a new national alcohol policy in Slovenia // *European addiction research*. – 2013. – Vol. 19, № 1. – P. 7–12.

ALCOHOL AND SUICIDE IN COUNTRIES OF EASTERN EUROPE

Y.E. Razvodovsky

Grodno State Medical University, Belarus

This paper summarizes the evidence of the relationship between alcohol and suicide in the Eastern European countries. In a number of studies using various designs alcohol consumption has been found to be important risk factors of suicide in Eastern Europe. The studies presented here suggest that the high level of alcohol consumption in combination with detrimental drinking pattern in the Eastern European countries results in high level of alcohol-related suicides and strong association between alcohol consumption and suicide rates in EE. Overall, accumulated research and empirical evidence suggests that alcohol plays an important role in the suicide burden in Eastern Europe and that the restrictive alcohol policy appears to be one of the most effective suicide prevention strategies.

Keywords: alcohol, suicide, Eastern Europe.

ЖИЗНЬ ПОСЛЕ РАЗВОДА: СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ И НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.В. Меринов, А.В. Лукашук

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

Контактная информация:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: alex_mer@inbox.ru

Лукашук Александр Витальевич – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, e-mail: lukashuk-alex62@yandex.ru

В статье рассмотрены суицидологические, наркологические и личностно-психологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, находящихся длительное время в состоянии развода. Полученные данные конкретизируют динамику аутоагрессии у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в постразводном периоде, демонстрируя отсутствие существенного роста изучаемых показателей. Что не согласуется с существовавшим ранее устойчивым мнением о «фатальном» влиянии развода на судьбу пьющего мужчины.

Ключевые слова: развод, алкогольная зависимость, аутоагрессия.

В нашей стране за последние годы отмечается стабильно высокий уровень распада брачных пар [1, 3]. Алкогольной зависимости, как причине развода, по-прежнему принадлежит одна из основных ролей [1, 3, 6]. В сплошных выборках больных алкогольной зависимостью находят большее количество разведённых, чем в общей популяции [16].

Считается, что развод негативно сказывается на дальнейшей судьбе зависимого от алкоголя человека [5, 8-10]. В первую очередь, это касается озлокачивания наркологических характеристик, снижения продолжительности жизни, роста суицидальности группы [10, 12, 13]. Отделение от семьи и развод, согласно С.Е. Lewis и соавт. (1995), являются предиктором короткой последующей жизни больных алкоголизмом. Отметим, что ряд авторов утверждает, что роль развода в суицидологической практике сильно преувеличивается [17], в том числе у наркологических больных [15].

Следует отметить, что имеющиеся работы, посвящённые изучению суицидологических показателей после развода у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ), ограничены исследованием классического суицидального поведения [2, 12, 15, 17, 18] и носят констатирующий характер (по данным кри-

зисных стационаров и документации по поводу завершённых суицидов) [7, 9, 10]. Это, безусловно, искажает наше представление о распространённости аутоагрессивных паттернов поведения у разведённых МСАЗ, поскольку речь в большинстве исследований идёт о фатальных саморазрушающих актах. Таким образом, существует пробел в наших знаниях по поводу показателей классической аутоагрессии у разведённых МСАЗ. Стоит упомянуть, что нам так же не встретилось исследований, посвящённых изучению несуйцидальной аутоагрессии у МСАЗ в послеразводный период.

Цель исследования: сравнительный анализ профилей суицидальной, несуйцидальной аутоагрессии и экспериментально-психологических характеристик у МСАЗ, состоящих в браке и не состоящих по причине развода.

Согласно поставленной цели, основной задачей исследования являлась оценка степени влияния состояния разведённости на суицидологические и личностно-психологические показатели мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Материал и методы.

Для получения ответа на поставленные вопросы было проведено обследование 32 разве-

дённных МСАЗ и 125 МСАЗ, состоящих в браке. Возраст в первой группе составил – 42,9±3,7 года, во второй – 41,8±4,3 года. Срок семейной жизни составил 13,2±5,7 и 15,3±6,3 года соответственно. Длительность послеразводного периода в первой группе – 6,8±3,1 года. Респонденты на момент обследования в повторном браке не состояли. Все обследованные пациенты клинически находились во второй стадии заболевания, тип употребления алкоголя – псевдозапойный.

В качестве диагностического инструмента использовались: опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [11], в котором оценивалось наличие признака в анамнезе вообще, а так же в такие временные отрезки, как последние два года, добрачный, брачный и послеразводный периоды. Безусловно, у МСАЗ, проживающих в браке, формально отсутствовал такой период как «послеразводный». Поэтому сравнения между группами для характеристики послеразводной динамики изучаемых показателей проводилось с использованием периода последних двух лет (так как для разведённых МСАЗ во всех имеющихся у нас наблюдениях этот отрезок приходился на послеразводное состояние).

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики на базе компьютерной программы Microsoft Excel 2007 (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона). Выборочные дескриптивные статистики в работе представ-

лены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и обсуждение.

Проанализируем классические аутоагрессивные показатели в группах, представленные в табл. 1. В целом можно констатировать, что суицидальная активность разведённых МСАЗ за весь период анамнеза, период брачной жизни, укладывается в средние показатели в группе женатых МСАЗ, то есть отражает общий тренд алкогольной субпопуляции в отношении суицидальных типов реагирования. Отметим, что в период брака (у разведённых впоследствии МСАЗ) отмечалось несколько меньшее количество суицидальных попыток.

Хорошо видно, что количество классических суицидальных феноменов у МСАЗ после развода становится меньше, чем в период брака (на что, безусловно, может влиять разница в длительности периода брачной жизни и послеразводного периода). Однако мы так же видим и снижение рассматриваемых показателей в группе за очерченный временной промежуток – последние два года (который, напомним, в группе разведённых МСАЗ пришёлся на период после развода), что подразумевает определённое снижение суицидальной активности в группе разведённых МСАЗ. Это весьма неожиданно с позиций взглядов на «фатальность» влияния развода на судьбу МСАЗ [2, 14] и согласуется с мнением Т. Noström (1995), считающим, что значение развода в суицидологической практике сильно преувеличивается. Ещё раз подчеркнём, что в исследовании речь идёт о нефатальных суицидальных попытках.

Таблица 1

Показатели суицидальной аутоагрессии разведённых МСАЗ и МСАЗ, состоящих в браке (статистически достоверные отличия между рассматриваемыми признаками отсутствуют), в %

Признак	Разведённые мужчины, страдающие алкогольной зависимостью	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, состоящие в браке
Суицидальная попытка в анамнезе вообще	28,13	32,0
Суицидальная попытка в период брака	18,75	24,0
Суицидальная попытка в последние два года	6,25	12,0
Суицидальная попытка в послеразводный период вообще	6,25	–
Суицидальные мысли в анамнезе вообще	31,25	31,2
Суицидальные мысли в период брака	25,0	26,4
Суицидальные мысли в последние два года	6,25	16,0
Суицидальные мысли в послеразводный период вообще	9,38	–

Коротко коснёмся известных нам из литературы данных, характеризующих вклад разведённых МСАЗ в общие показатели смертности от самоубийств у зависимых от алкоголя мужчин. Количество разведённых суицидентов, страдающих алкогольной зависимостью, среди всех МСАЗ, покончивших с собой, находится в пределах 13% [10, 12]. С другой стороны, в исследованиях, касающихся суицидального феномена вообще, приводятся похожие показатели – количество разведённых суицидентов составляет от 9,3% по данным кризисного стационара, до 17,8% при ретроспективной оценке лиц, покончивших жизнь самоубийством [3]. Иными словами, на первый взгляд, количество разведённых суицидентов среди МСАЗ, в принципе, не выше таковых показателей среди всех мужчин, покончивших с собой, а если вспомнить роль алкоголя в мужской суицидальности [7, 9], то эти показатели вполне логичны.

Напомним, что в возрастном срезе изученной нами группы, по данным переписи 2007 года, количество разведённых мужчин составило 4088 тыс. человек, соотношение разведённых мужчин к состоящим в браке составило 1:8,25 – с чёткой тенденцией к увеличению разведённой прослойки [4]. То есть, при допущении равной суицидальной активности у разведённых и состоящих в браке мужчин, соот-

ношение их должно оставаться похожим. Однако мы знаем, что факт развода в анамнезе увеличивает склонность к суициду в общепопуляционных рамках, в частности, Е.А. Grollman (1988) считает, что частота самоубийств среди разведённых в 4-5 раз выше, чем у состоящих в браке, соответственно вышеуказанная пропорция стремится к 1:1,65-2,1. Это соотношение приблизительно сохраняется в общей массе мужских суицидов, однако в алкогольной популяции оно равнялось 1:4.

Коснёмся теперь профиля предикторов аутоагрессивного поведения, отличающих группу разведённых МСАЗ. Основные достоверные отличия представлены в таблице 2.

Попутно отметим, что значимых достоверных отличий по несуйцидальным и аутоагрессивным феноменам между группами обнаружено не было.

Обращает на себя внимание то, что между группами практически не встретилось отличий в отношении изучаемых признаков в добрачный и внутрибрачный периоды (то есть, они почти идентичны). При этом обнаруживается достаточно большое количество достоверных отличий за очерченный период в два последних года (в разведённой группе соответствует постразводному периоду), что означает снижение / повышение указанных показателей после развода.

Таблица 2

Сравнение предикторов саморазрушающего поведения и личностно-психологических характеристик МСАЗ, состоящих в разводе и проживающих в браке (приведены пары сравнений с $p < 0,05$), в %

Признак	Разведённые мужчины, страдающие алкогольной зависимостью (n=32)	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, состоящие в браке (n=125)
Обращение к психиатру, психотерапевту, психологу в анамнезе вообще	25,0	8,8
Моменты одиночества последние два года	53,13	32,8
Склонность долго переживать вину в последние 2 года	15,36	33,6
Стыд тела или внешности в последние два года	3,13	22,4
Склонность к перееданию или отказу от пищи в последние два года	28,13	49,6
Комплекс неполноценности в последние два года	3,13	17,6
Убеждённость в том, что «проживу ещё долго» последние два года	75,0	48,0
Убеждённость в том, что «проживу ещё долго» в период брака	71,88	43,20
Вера в реинкарнацию	15,63	41,6

Сравнение наркологических характеристик МСАЗ, состоящих в разводе и проживающих в браке (приведены пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Разведённые мужчины, страдающие алкогольной зависимостью (n=32)	Мужчины, страдающие алкогольной зависимостью, состоящие в браке (n=125)
Продолжительность псевдозапойного периода	16,5±9,1	7,0±6,1
Потеря веса во время псевдозапоя	68,75%	44,0%
Толерантность к алкоголю (в пересчёте на водку), в литрах	1,4±0,3	1,1±0,5

В разведённой группе МСАЗ мы обнаружили снижение ряда значимых в суицидологической практике показателей (склонность долго переживать вину; стыд тела и переживание собственной неполноценности, никчёмности; отсутствие убеждённости в собственной долгой последующей жизни; склонность к переданию или отказу от пищи на фоне сниженного настроения). Это говорит в пользу некоторого снижения уровня просуицидального фона, возникающего после сепарации в результате развода. Любопытно, что убеждённости в долгой последующей жизни достоверно характеризует разведённых МСАЗ и в период брака, то есть носит сквозной характер, не исчезает и не снижается после развода. Одиночество достоверно чаще встречается у разведённых МСАЗ, что логично и нередко инспирировало обращение к психиатру или психологу в послеразводный период.

Отметим так же, что группы достоверно отличаются по такому признаку, как вера в реинкарнацию, жизнь после смерти, что так же в определённой степени является признаком большей провитальной устойчивости разведённых МСАЗ.

Наркологические спецификации МСАЗ после развода весьма показательны, что отражено в табл. 3.

Полученные данные согласуются с мнением авторов утверждающих, что клиническое течение алкогольной зависимости становится тяжелее у разведённых МСАЗ [14]. Это касается длительности псевдозапойного периода, более высокой толерантности к алкоголю

Обсуждение и выводы:

Полученные данные позволяют утверждать, что в мужской алкогольной субпопуляции факт развода не является выраженным катализатором суицидальной активности, и го-

раздо более проблемную группу, вероятно, составляют «первично» одинокие и овдовевшие МСАЗ, которых среди суицидентов обнаруживается достаточно много [4, 13], что в определённой мере создаёт мнимую тотальность восприятия алкогольного одиночества – как в результате развода, так и в результате «неожиданного» одиночества (вдовство) или изначального отсутствия брачных отношений. МСАЗ после развода не имеют более высоких суицидологических показателей, в сравнении с МСАЗ, проживающими в браке. Наоборот, отмечается определённая тенденция к снижению представленности анализируемых феноменов, что согласуется с мнением К. Renne (1971), утверждающей, что для генерации суицидального поведения у мужчин состояние разведённости имеет меньшее значение, нежели проживание в условиях «хронически несчастливой» семьи.

Безусловно, необходимо помнить, что несмотря на отмеченные особенности группы разведённых МСАЗ, рассматриваемые пациенты сохраняют высокие показатели самодеструктивного поведения, характерного для пациентов, страдающих алкогольной зависимостью вообще, и остаются группой повышенного суицидального риска.

Таким образом, не смотря на существование определённого мифа о «фатальности» развода для МСАЗ (в том числе в отношении суицидального поведения), что, кстати, является достаточно укоренившимся мнением среди практикующих психиатров и наркологов, можно констатировать, что состояние «разведённости» не является объективным фактором, повышающим суицидальную активность группы. Суицидологический профиль группы в целом, как показывают наши данные, становится более «мягким», снижается значения ряда важ-

ных в суицидологии факторов риска. Наркологические характеристики изучаемой группы носят более «недоброкачественный» характер, который, однако, часто присутствовал ещё до развода.

Литература:

1. Авдеев А.А. Браки и разводы в России // Гендерная экспертиза и законодательная политика / В 2-х т., Т. 1 / Ред-сост. – Е.В. Изотова, Е.В. Кочкина, Е.В. Машкова. – М.: Аванти-плюс, 2004. – С. 204-221.
2. Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме (методические рекомендации). – М., 1980. – 16 с.
3. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2008. – 208 с.
4. Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / М., Росстат., 2009. – 557 с.
5. Емяшева Ж.В. Некоторые закономерности влияния стрессовых событий жизни на формирование суицидальных тенденций при аддиктивном синдроме // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4. – С. 32-41.
6. Кошкина Е.А., Спектор Ш.И., Сенцов В.Г. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 287 с.
7. Кривулин Е.Н., Бочкарева И.Ю., Бецов А.С., Мингазов А.Х. Суицидальное поведение больных алкогольной зависимостью в условиях крупного промышленного города Южного Урала (г. Магнитогорск) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 37-40.
8. Лебедев Б.А., Дунаевский В.В. Алкоголь и семья. – Л.: М, 1986. – 128 с.
9. Пилягина Г.Я., Чумак С.А. Предикторы формирования и рецидивирования саморазрушающего поведения // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 3-20.
10. Разводовский Ю.Е., Дукорский В.В. Корреляты суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной болезнью // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 38-42.
11. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме ме-

тодом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – Москва, 2000. – 20 с.

12. Grollman E.A. Suicide Prevention, Intervention, Postvention. – Edition: Second ed. Binding: Paperback publisher: Beacon hill press, 1988. – 151 p.
13. Kapamadzija B., Sovljanski M., Skendzic S. Alcoholics and non-alcoholics in committed suicides // In: Proc. 9 Int. Congr. Suicide Prev. and Crisis Intervent. – Helsinki, 1978. – P. 311-315.
14. Lewis C.E. Predictors of mortality in alcoholic men: a 20-year follow-up study // Alc. Clin. Exp. Res. – 1995. – Vol. 19, № 4. – P. 984-991.
15. Noström T. The Impact of alcohol, divorce, and unemployment on suicide: A Multilevel Analysis // Social Forces. – 1995. – Vol. 74, № 1. – P. 293-314.
16. Reich J., Thompson W.D. Marital status of schizophrenic and alcoholic patients // J. Nerv. Dis. – 1985. – Vol. 173, № 8. – P. 499-502.
17. Renne K. Health and marital experience in an urban population // J. of Marriage and the Family. – 1971. – Vol. 33. – P. 338-350.
18. Rossow I. Suicide, alcohol and divorce; Aspect of gender and family integration // Addiction. – 1993. – Vol. 88. – P. 1659-1965.

LIFE AFTER DIVORCE: SUICIDE AND SUBSTANCE ABUSE INDICATORS OF MEN SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE

A.V. Merinov, A.V. Lukashuk

Ryazan State Medical University, Russia

The article deals with Suicide, substance abuse and personality and psychological characteristics of men suffering from alcohol dependence and for a long time in a state of divorce. The obtained data specify the dynamics of autoaggression in men suffering from alcohol dependence, in the period after the divorce, demonstrating the absence of significant growth of the studied parameters. That is not consistent with the pre-existing stable opinion about the "fatal" effect of divorce on the fate of the drinking man.

Keywords: divorce, alcohol dependence, autoaggression.

Открыта подписка на журнал «Суицидология»

Индекс подписки: 57986

Каталог научно-технической информации (НТИ) ОАО «Роспечать»

Информация по e-mail: sibir@sibtel.ru

УДК: 616.89–008.44

ОЩУЩЕНИЕ БЕССМЫСЛЕННОСТИ СУЩЕСТВОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ – СВЯЗЬ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И ПСИХИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ

В.А. Розанов, А.С. Рахимкулова, А.И. Уханова

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

Контактная информация:

Розанов Всеволод Анатоліевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

Рахимкулова Анастасия Станиславовна – аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-98-24-204, e-mail: rakhimkulova@yahoo.com

Уханова Анастасия Игоревна – аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования Одесского национального университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 65082, Украина, г. Одесса, ул. Дворянская, д. 2. Телефон: +380-50-333-88-48, e-mail: pestrueva@ukr.net

Опрошен 601 школьник (возраст 14,87 лет, SD=1,11 лет) с использованием инструментария, разработанного для целей международного проекта по изучению психического здоровья детей SEYLE. В рамках данной работы анализировали взаимосвязи ответов на вопрос «Ощущали ли Вы (за последние 2 недели), что Ваша жизнь не имеет смысла?» с суицидальными фантазиями, мыслями и планами, совершенными за последние 6 мес. суицидальными попытками, а также с такими проблемами психического здоровья, как депрессия, тревога, ощущение пребывания в состоянии стресса и самооценкой школьников. Ощущение бессмысленности жизни у подростков коррелирует с показателями уровня депрессии ($r=0,62$), меньшая, но достаточно значимая корреляция прослеживается с ощущением бесполезности и недовольством собой ($r=0,40$), ощущением стресса ($r=0,40$), тревогой и раздражительностью ($r=0,35$). Кроме того, переживание отсутствия смысла существования тесно ассоциировано с подростковыми фантазиями о смерти и более определенными суицидальными переживаниями – мыслями и планами. Слабее всего это переживание связано с риском суицидальной попытки. Все эти зависимости говорят о том, что ощущение бессмысленности существования является важным фактором среди тех процессов, которые приводят с одной стороны, к нарушениям психического здоровья (депрессия, тревога, сниженная самооценка), и с другой стороны – к более конкретным суицидальным мыслям и переживаниям, а также непосредственно к суицидальным попыткам.

Ключевые слова: шкала динамического контроля, суицидальный риск, суицид, опросник, способствующие факторы, препятствующие факторы.

Проблема смысла жизни является одной из центральных проблем экзистенциальной философии, ей посвящено множество фундаментальных исследований. Известно, что утрата смысла жизни характеризуется такими переживаниями, как зависть, скука, депрессия, бездеятельность, тоска, раздражение, отсутствие значимых целей, одиночество, эскапизм и т.п. [2]. Ощущение утраты смысла также тесно связано с суицидальными переживаниями и более тяжелыми проявлениями, в частности, с суицидальными попытками и самоубийством. В суицидологии широко цитируется знаменитая фраза А. Камю из его «Мифа о Сизифе», – «Есть лишь одна по-настоящему серьезная фи-

лософская проблема – проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, значит ответить на фундаментальный вопрос философии». Философское эссе А. Камю посвящено «...чувству абсурда, обнаруживаемом в наш век повсюду».

В то же время, ощущение отсутствия смысла существования – это определенное, вполне конкретное переживание, которому подвержено большое число людей в самые разные периоды своей жизни, в том числе в весьма молодом (подростковом) возрасте. Оно может быть эмпирически оценено и исследовано. Представляет интерес, насколько оно связано с более выраженными антивитальными

переживаниями, суицидальными попытками и иными проблемами психического здоровья подростков. По имеющимся данным, ощущение полноты смысла существования у молодых людей способствует уменьшению выраженности таких рисков, как курение и запойное пьянство, а также таким проявлениям психологического здоровья, как самоэффективность и саморегуляция. Это позитивное ощущение сильно зависит от семейной обстановки и имеет половые различия [4, 5]. Возможно, чувство смысла является важным компонентом психологического здоровья и связано с клиническими проявлениями здоровья психического.

В связи с этим необходимо отметить, что за последние десятилетия распространенность эмоциональных и поведенческих расстройств у подростков и молодых людей (депрессия, самоповреждения, нарушения пищевого поведения, дефицит внимания, рисковое поведение, алкогольная и наркотическая зависимость) значительно выросла [6]. Эта тенденция наблюдается как в «развитых» странах (капиталистических, с высоким уровнем жизни), так и «развивающихся» (т.е. быстро достигших экономических успехов и повышения уровня жизни) [16]. Однако высокий уровень жизни и, тем более, принадлежность к цивилизации постмодерна, отнюдь не означает высокого уровня счастья и психологического благополучия. Наоборот, неограниченная свобода личности, высокий уровень потребления и вытекающие отсюда консьюмеризм, индивидуализм и конкуренция все чаще сопровождаются тем, что В. Франкл называл «экзистенциальным вакуумом», т.е. ощущением бессмысленности существования, что, по мнению некоторых авторов, и приводит к значительным проблемам психического здоровья подростков и молодежи [7].

В данной работе мы поставили перед собой задачу проанализировать, в какой степени потеря смысла жизни связана с различными проблемами психического здоровья (ощущение стресса, депрессия, проявления рискованного поведения, серьезные суицидальные переживания и попытки) у современных школьников на Украине, в частности, в г. Одессе.

Материал и методы.

В работе использована методология крупнейшего международного проекта SEYLE (<http://www.seyle.eu/>), направленного на выяв-

ление особенностей психического здоровья европейских городских подростков и превенцию суицидов среди них [14]. Работа выполнялась в рамках Шведско-Украинского проекта по изучению психического здоровья подростков (рук. проф. Розанов В.А.) в сотрудничестве с Шведским национальным центром суицидологических исследований (рук. проф. Д. Вассерман) при поддержке Шведского института (Swedish Institute).

После согласования с управлением образования городской администрации, при содействии и участии школьных психологов и при согласии родительских комитетов школ, нами было проведено исследование, в котором приняли участие учащиеся средних школ различного типа (общеобразовательных, специализированных школ, лицеев и гимназий) г. Одессы. Исследование проводилось осенью 2012 г. Всего в исследовании принял участие 601 человек, из них 283 мальчика и 318 девочек. Возраст школьников был в пределах от 12 до 18 лет (7,0% – 12-13 лет, 67,5% – 14-15 лет, 25,5% – 16-18 лет). Средний возраст составил 14,87 лет (SD=1,11 лет).

В основе процедуры исследования лежит опросник, содержащий 116 развернутых вопросов на базе 9 общепризнанных шкал, среди которых – ГМИУ (глобальное медицинское исследование учеников), шкала САН (самочувствие, активность, настроение), шкала депрессии Бека, суицидальная шкала Пайкеля, шкала умышленных самоповреждающих действий, опросник интернет-зависимости Янга, а также специальные вопросы, составленные для проекта SEYLE и касающиеся вредных привычек и здорового образа жизни, хобби, копинг-стратегий, стрессовых жизненных ситуаций, травм, дискриминации, психического здоровья подростков, алкоголизма и наркомании, отношения к своему будущему и т.д. Опросник был переведен и адаптирован к культурным условиям юга Украины. Все компоненты опросника либо носили декларативно-установочный характер и, соответственно, не предусматривали шкалирования, либо относились к широко апробированному в отечественной практике (шкала депрессии Бека или интернет-зависимости Янга), в связи с чем потребности в их валидации не было.

Опрос проводился анонимно, поэтому были обеспечены все возможные меры безопасности и оказания помощи подросткам, имеющим по-

вышенный риск суицидальности. В частности, непосредственно после опроса ученикам вручали специально разработанный в проекте SEYLE, переведенный на русский и адаптированный нами образовательный буклет, номера мобильных телефонов и адреса электронной почты интервьюеров, разъясняли все возможности получения психологической поддержки, подчеркивая ее анонимность и доступность. Через 7-10 дней с участниками опроса проводили специальное занятие, посвященное разбору содержания буклета, обыгрыванию стрессовых ситуаций, характерных для подросткового периода развития, обсуждению эмоциональных реакций и возможностей получения помощи. Реализация проекта осуществлялась группой специально подготовленных интервьюеров.

Результаты и их обсуждение

Как и ожидалось, основная масса испытуемых никогда не ощущает (60%) или редко ощущает (19%), что их жизнь бессмысленна. С другой стороны, мысли о бессмысленности жизни с той или иной частотой посещают около 40% подростков, у 19% они появляются довольно часто, а у 2% – всегда. По мере нарастания тяжести таких переживаний число детей, испытывающих их, снижается.

При этой, в целом положительной тенденции, в группе исследованных подростков отмечаются существенные половые различия. Так, девочки на вопрос «Ощущали ли Вы (за последние 2 недели), что Ваша жизнь не имеет смысла?» в 1,2 раза реже, чем мальчики, дают ответ «Никогда» (рис. 1). В то же время, девочки в два раза чаще, чем мальчики дают ответы «Иногда», «Часто» и «Очень часто» на этот же вопрос (рис. 2).

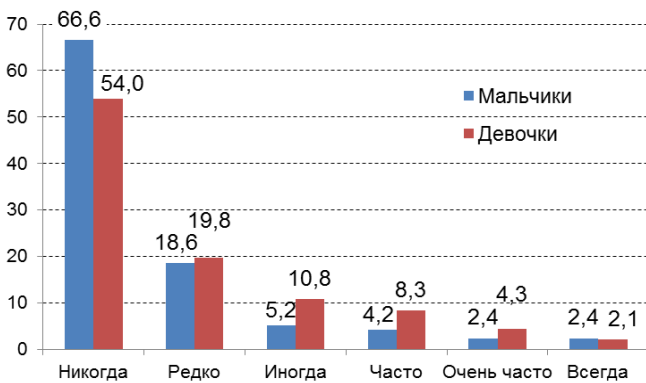


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос «Ощущаете ли Вы, что Ваша жизнь не имеет смысла?» у мальчиков и девочек (ощущение бессмысленности жизни, половые различия).

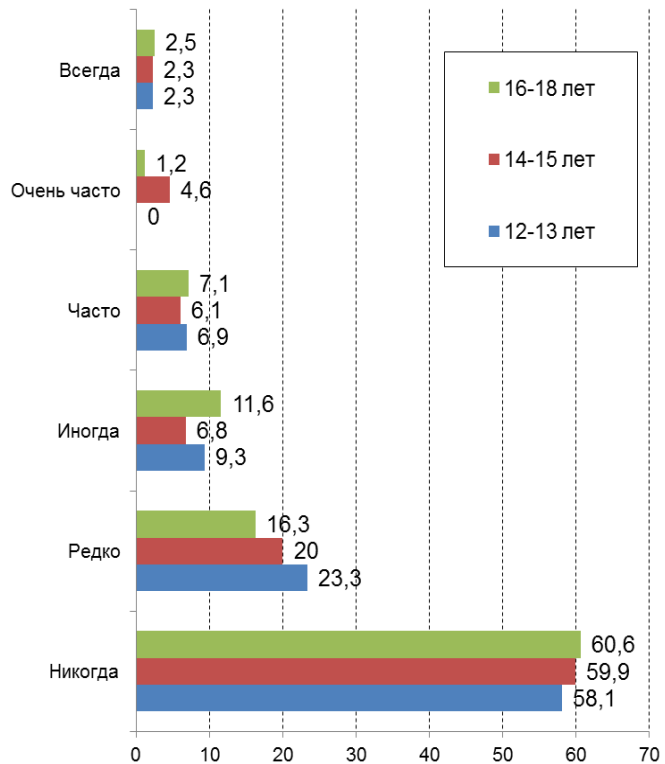


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «Ощущаете ли Вы, что Ваша жизнь не имеет смысла?» у подростков различных возрастов (ощущение бессмысленности жизни, возрастные различия).

Ответ «Всегда» имеет одинаковый уровень распределения у обоих полов (~2%). То есть, девочки более подвержены таким мыслям в условиях «неопределенности ответа». Число детей с выраженным ощущением бессмысленности невелико, почти совпадающий процент детей с такими проявлениями среди мальчиков и девочек говорит о наличии группы повышенного риска среди обследованных детей (рис. 1).

Разница в распределении ответов на вопрос о бессмысленности существования у подростков различных возрастных групп не очень существенна. Тем не менее, можно наблюдать, что подростки 16-18 лет чаще выбирают ответы «иногда», «часто», «очень часто» и «всегда» (рис. 2). Таким образом, при общей тенденции к снижению ощущения бессмысленности существования, с возрастом растет определенность этих ощущений.

Помимо вопроса об ощущении бессмысленности существования, подростки отвечали еще на 3 вопроса о суицидальных переживаниях, а именно: «Представляли ли вы, что умерли? К примеру, что можете уснуть и не проснуться»; «Думали ли вы о попытке само-

убийства, даже если в действительности не собираетесь это делать?»; «Задумывались ли серьезно о том, чтобы совершить самоубийство или, возможно, обдумывали, как именно это осуществить?» с аналогичными вариантами ответов от «Никогда» до «Всегда». Кроме того, анкета содержала прямой вопрос «Вы когда-нибудь совершали попытку самоубийства?» с вариантами ответа «Да, в течение последних 2 недель» и «Да, в течение последних 6 месяцев или больше».

Как показало исследование, фантазии о смерти («уснуть и не проснуться») бывают у 42% подростков, в то время как более определенные суицидальные переживания выявляются с убывающей частотой. Так, думали о попытке 33%, а обдумывали, как это сделать – 17% подростков. Наконец, сообщили об имевшей место суицидальной попытке 5,4% человек (n=33, из них 9 мальчиков и 24 девочки). Средний возраст лиц, совершивших попытку в течение последних 6 мес., составил 14,7 лет, младшему подростку из них было 13, а старшему – 17 лет.

Нам представлялось важным выяснить, как взаимосвязаны между собой собственно суицидальные переживания и ощущение бессмысленности существования. Для анализа таких взаимосвязей использовался коэффициент ассоциации d Сомерса в его асимметричном варианте [13]. Было высказано предложение, что отсутствие смысла жизни является влияющим фактором первого порядка, суицидальные

мысли – влияющим фактором второго порядка, суицидальные планы – третьего. При этом суицидальные попытки являются критериальной переменной. Результаты представлены на рис. 3. Можно отметить, что ощущение отсутствия смысла жизни у подростков сильнее всего влияет на возникновение суицидальных мыслей и фантазий о смерти. Влияние данного фактора на суицидальные планы выражено слабее (d=0,278), на суицидальные попытки оказываемое влияние еще меньше (d=0,081). Примерно в такой же степени с антивитальными переживаниями ассоциированы фантазии о смерти. В свою очередь, мысли ассоциированы с планами с очень высоким коэффициентом ассоциации, а планы – с попытками, но с убывающей силой.

Вероятно, роль отсутствия смысла жизни состоит, прежде всего, в провоцировании разнообразных антивитальных переживаний (фантазий о смерти и мыслей о возможной суицидальной попытке). Влияние данного фактора на осуществление конкретных суицидальных действий не так ярко выражено. Тем не менее, можно полагать, что потеря смысла является важной предпосылкой всех остальных антивитальных переживаний и планов, а также действий.

Представляет интерес, как ощущение бессмысленности жизни у подростков связано с проблемами психического здоровья (депрессия, ощущение стресса, тревожность), а также с самооценкой.

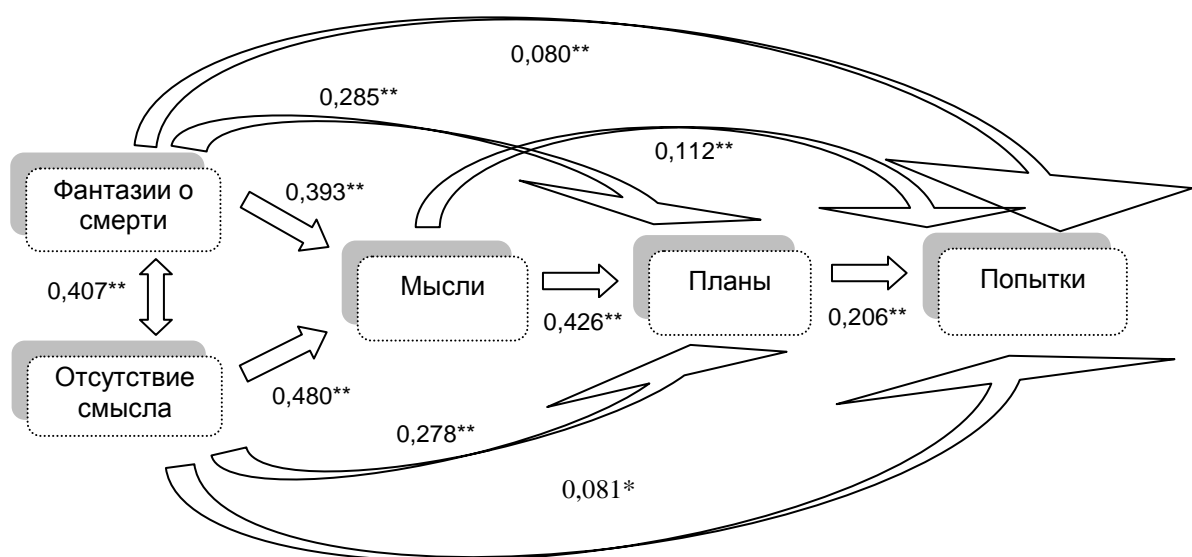


Рис. 3. Взаимосвязи и взаимовлияния потери смысла существования и иных антивитальных переживаний и суицидальных попыток (** – коэффициенты ассоциации d Сомерса статистически значимы на уровне p<0,01).

В данном исследовании мы приводим анализ этих взаимосвязей на уровне корреляций, безотносительно причинно-следственного аспекта, о котором можно говорить лишь гипотетически. Как выяснилось, потеря смысла существования тесно коррелирует с нарушениями эмоциональной сферы. Наиболее высокая корреляция наблюдается с показателями уровня депрессии по шкале Бека ($r=0,62$). При этом необходимо отметить, что основная масса подростков (>60%) демонстрирует отсутствие симптомов депрессии, в то время как 3% подростков переживают значительную депрессию. Процент подростков, подверженных легкой или средней степени депрессии, составляет порядка 37%, что является достаточно высоким показателем.

Распространенность депрессии у мальчиков и у девочек различна. Как и в случае с ощущением бессмысленности существования, девочки больше, чем мальчики, подвержены депрессии – в среднем в 1,4 раза. При этом девочки в 3 раза чаще, чем мальчики, склонны к высоким уровням депрессии (рис. 4).

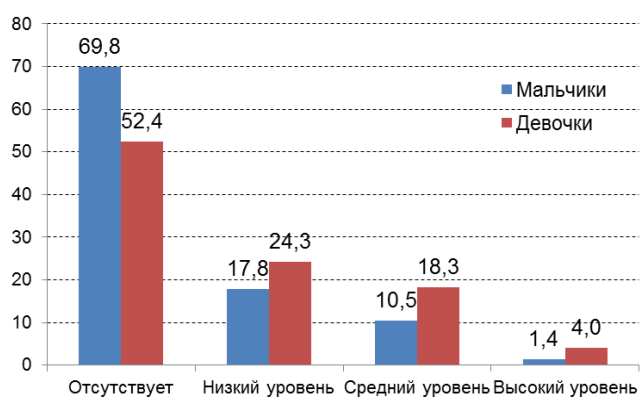


Рис. 4. Подверженность депрессии у испытуемых разных полов (уровень депрессии, половые различия).

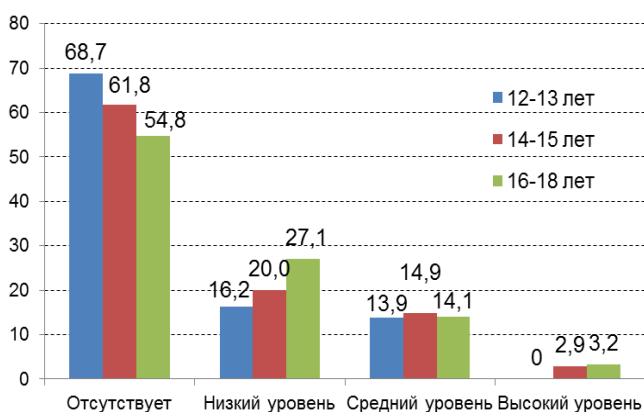


Рис. 5. Подверженность депрессии у испытуемых разного возраста.

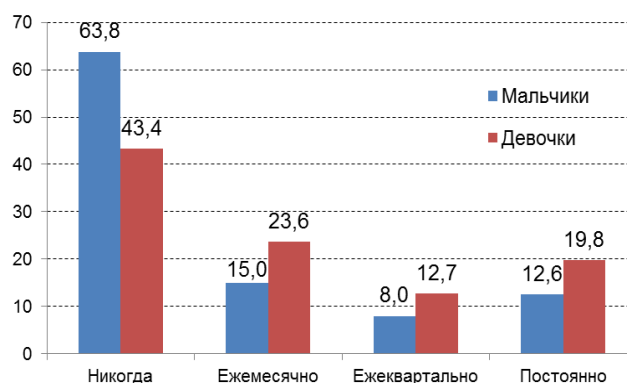


Рис. 6. Ощущение переживания стресса у подростков в связи полом.

Подростки более раннего подросткового возраста (12-13 лет) чаще демонстрируют отсутствие депрессии, в то время как подростки среднего (14-15 лет) и позднего (16-18 лет) подростковых возрастов чаще охвачены легкими формами депрессии. При этом подверженность среднему уровню депрессии выражена у подростков различных возрастов относительно равномерно, выраженная депрессия у детей 12-13 лет не выявляется, в то время как в группах 14-15 и 16-18 лет число детей с такими проявлениями примерно одинакова – около 3% (рис. 5).

Ощущение бессмысленности жизни позитивно коррелирует с таким показателем, как субъективное переживание стресса с коэффициентом $r=0,40$, что говорит о средней силе связи. При этом стоит обратить внимание, что практически постоянно переживает стресс 16% подростков, 11% – еженедельно, а 20% – ежемесячно. При этом девочки стабильно по сравнению с мальчиками субъективно испытывают больший уровень стресса, в среднем в 1,5 раза (рис. 6).

Переживание стресса у подростков различных возрастных категорий также отличается – можно наблюдать U-образную кривую зависимости, с уменьшением уровня средней частоты переживаемого стресса у подростков 14-15 лет по сравнению с подростками 12-13 и 16-18 лет (рис. 7).

Стресс и депрессия, согласно диагностическим критериям, связаны с недовольством собой, ощущением бесполезности, никчемности, иногда с ненавистью к себе. Ощущение недовольства собой, а также переживание собственной бесполезности – это важнейшие компоненты низкой самооценки. Данное чувство (иногда относимое к базовым эмоциям), веро-

ятно биологически обусловлено и связано с функцией миндалины мозга.

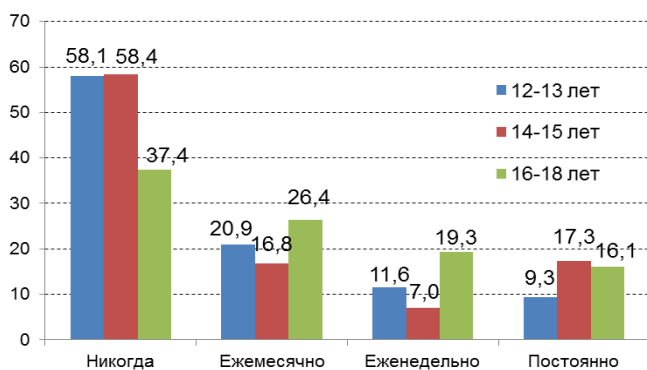


Рис. 7. Возрастные особенности переживания стресса.

В нашей выборке недовольство собой и ощущение бесплезности значимо коррелировали с ощущением бессмысленности жизни ($r=0,40$), депрессией ($r=0,55$) и уровнем стресса ($r=0,30$).

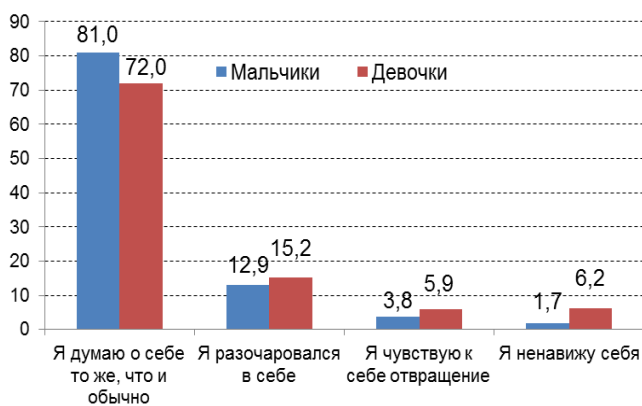


Рис. 8. Ощущение недовольства собой у подростков – половые различия.

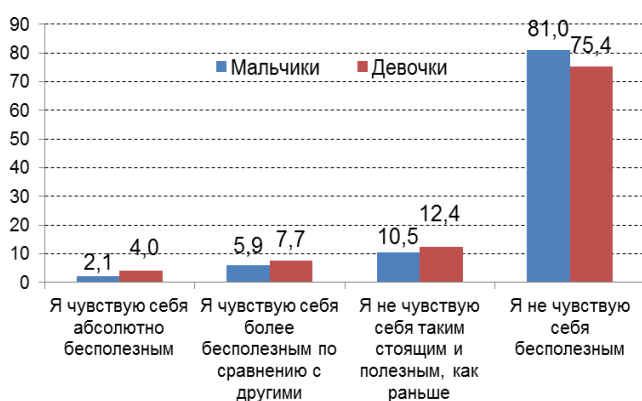


Рис. 9. Ощущение бесплезности у подростков – половые различия.

В обоих случаях, девочки в среднем больше, чем мальчики склонны разочаровываться в

себе, испытывать к себе отвращение и ненавидеть себя (рис. 8), а также чаще чувствовать себя менее стоящими и более бесплезными по сравнению с другими (рис. 9).

Подростки 12-13 лет в 1,6 раз чаще чувствуют себя абсолютно бесплезными, а подростки 16-18 лет почти в 2 раза чаще не чувствуют себя такими стоящими и полезными, как раньше. При этом они же в 2,5 раза чаще, чем дети других возрастных групп, испытывают ненависть к себе, но при этом в 1,3 раза реже испытывают разочарование в себе (рис. 10, 11). Таким образом, такое сильное чувство, как ненависть к себе, чаще проявляется в возрасте 16-18 лет.

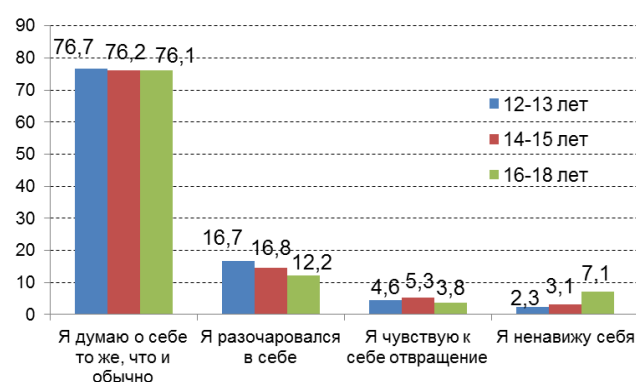


Рис. 10. Недовольство собой у подростков, возрастные отличия.

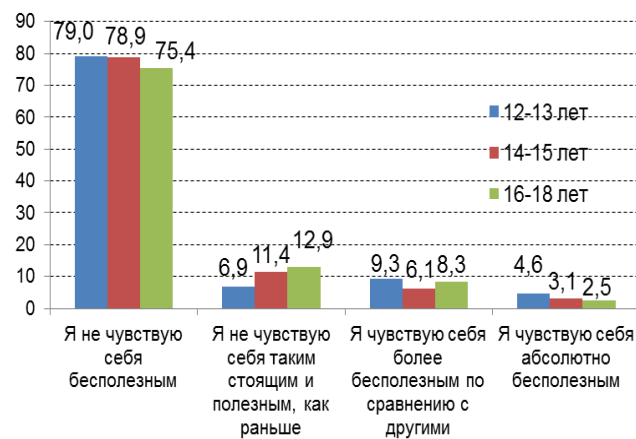


Рис. 11. Ощущение бесплезности, возрастные отличия.

Подобная картина наблюдается и в отношении чувства вины – девочки испытывают чувство вины чаще, чем мальчики, а подростки 12-13 лет чаще, чем все остальные подростки.

Корреляцию средней силы ($r=0,35$) между ощущением бессмысленности жизни у под-

ростков можно наблюдать с испытываемым ими уровнем тревожности. Тревожность также значимо позитивно коррелирует с уровнем депрессии ($r=0,60$) и стресса ($r=0,40$). Картина распространенности тревожности у подростков несколько отличается от упомянутых ранее показателей – практически треть подростков испытывает выраженную или тяжелую степень тревожности. При этом девочки испытывают состояние тревожности чаще, чем мальчики (рис. 12). Подростки в возрасте 12-13 лет менее тревожны, чем подростки 14-15 и 16-18 лет (рис. 13). Девочки в большей степени испытывают умеренные и выраженные проявления тревожности, в то время как различия между возрастными группами касаются в основном умеренной тревожности.

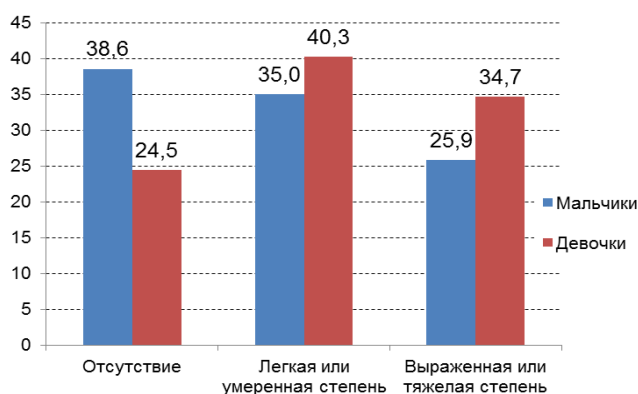


Рис. 12. Половые различия в выраженности тревожности у подростков.

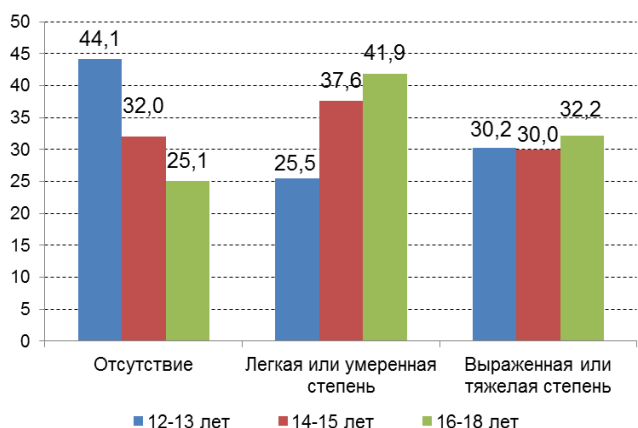


Рис. 13. Возрастные различия в выраженности тревожности у подростков.

Таким образом, ощущение бессмысленности жизни у подростков тесно коррелирует с различными нарушениями эмоциональной сферы и переживаниями, связанными со стрес-

сом. Наиболее высокая ассоциация наблюдается с показателем уровня депрессии по Беку ($r=0,62$), меньшая, но достаточно значимая корреляция, прослеживается с ощущением бесполезности и недовольством собой ($r=0,40$), ощущением стресса ($r=0,40$) и тревожностью ($r=0,35$).

Отдельно следует отметить наличие связи между ощущением бессмысленности существования и пессимистическим взглядом на будущее (безнадежностью) в рамках ответа на ключевой вопрос шкалы безнадежности Бека «Мое будущее кажется мне мрачным» ($r=0,34$). Кроме того, переживание отсутствия смысла существования тесно ассоциировано с подростковыми фантазиями о смерти и более определенными суицидальными переживаниями – мыслями и планами. Слабее всего это переживание связано с риском суицидальной попытки, однако эта связь также существует и подтверждается эмпирически и статистически.

Все эти зависимости говорят о том, что ощущение бессмысленности существования является важным фактором среди тех процессов, которые приводят, с одной стороны, к нарушениям психического здоровья (депрессия, тревога, сниженная самооценка), и, с другой стороны – к более конкретным суицидальным мыслям и переживаниям, а также непосредственно к суицидальным попыткам. Относительно того, какую роль играет этот фактор – роль фактора риска, фактора-медиатора, или фактора-модератора по отношению к тем проблемам психического здоровья, которые приводят к суицидальности, в рамках данного исследования дать прямой ответ невозможно. Авторы работы [9] считают, что поиск позитивного ощущения смысла жизни выступает в роли медиатора между некоторыми межличностными психо-социальными показателями и выраженностью суицидальных мыслей.

Мы склоняемся к тому, что потеря смысла жизни играет роль фактора риска. Как видно из наших данных, распространенность ощущения отсутствия смысла жизни и фантазий о смерти у подростков практически совпадают. Между ними и мыслями о попытке самоубийства существует сильная ассоциативная связь, при резком ослаблении связей по мере приближения к суицидальной попытке. На основании этого можно рассматривать ощущение потери смысла жизни и фантазии о смерти как перекрывающиеся факторы риска, а мысли о по-

пытке – как медиатор их влияния на риск попытки. Такая модель наиболее вероятна с точки зрения содержания таких понятий, как фактор риска и фактор-медиатор [10].

В некотором смысле это подтверждается на уровне психологических конструкторов. Так, В.Э. Чудновский [3] пишет, что смысл жизни – это не просто определенная идея, цель, убеждение, но особое психическое образование, имеющее свое содержание и структуру, при котором «суть, главное (смысло-жизненная доминанта) доминирует над неглавным, второстепенным». При этом смысл жизни выступает «буферным механизмом», системой сдерживаний и противовесов, не допускающих подчинения ни в отношении внешних обстоятельств, ни касательно сиюминутных побуждений, интересов и влечений самого человека [3].

Следует отметить, что связь между факторами, соответствующими понятию смысла жизни, или близкими к нему, и суицидальностью выявлялась эмпирически неоднократно. Так, А. Антоновским в рамках концепции салютогенеза было разработано и операционализировано такое измерение, как «чувство связности», включающее такие компоненты, как постижимость, управляемость и осмысленность. Это измерение является показателем психологического здоровья и фактором устойчивости к стрессам [1]. Исследования молодых новобранцев в армии с использованием соответствующего инструмента (опросник Антоновского) показали, что сниженное чувство связности ассоциируется с высоким риском суицидальных мыслей и химическими зависимостями [8, 11]. Оно также тесно связано с удовлетворенностью жизнью у подростков [12].

Таким образом, следует серьезно относиться к такому явлению, как ощущение бессмысленности существования или потеря смысла жизни в подростковом возрасте. Взаимосвязь между такими мыслями, попытками и собственно суицидом может быть обусловлена тем, что подросток может проходить порочный цикл мысли – эмоции – поведение много раз, усугубляя свое состояние, пока не настанет суицидальный кризис, безнадежность относительно текущей жизненной ситуации. Связка с различными нарушениями психического здоровья (депрессия, тревога, ощущение стресса), а также со сниженной самооценкой вносит свой вклад в эту патологическую цепочку. Когнитивные процессы, ассоциированные с суи-

цидальными переживаниями и проблемами психического здоровья, под влиянием стресса актуализируют суицидальный риск [15].

В связи с этим так важны меры по оказанию помощи молодым людям с повышенным уровнем этих нарушений, со скрытыми, но выраженными суицидальными переживаниями, подросткам, находящимся в состоянии стресса или переживающими экзистенциальные кризисы. Очевидно, что эти подростки, составляющие небольшую часть подростковых групп, нуждаются в непосредственной помощи, однако при этом существенной проблемой является их выявление. С другой стороны, очевидно, что более значительные контингенты современных молодых людей, имеющие не столь выраженные, но все же тревожащие экзистенциальные переживания, должны стать объектом более широких мер, направленных на ослабление таких явлений как консьюмеризм, индивидуализм, конкуренция и продвижение таких ценностей, как коллективизм, эмпатия, взаимопомощь, самоэффективность и саморегуляция. Необходимо обращать внимание и на то, чтобы жизнь подростка была полна осмысленной и целенаправленной деятельности, чтобы в ней как можно меньше было скуки, бездеятельности, бессмыслицы и бесцельности.

Литература:

1. Осин Е.Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его измерение // Психологическая диагностика. – 2007. – № 3. – С. 22-40.
2. Пивоев В.М. Философия смысла или телеология, ПетрГУ. – Петрозаводск, 2004. – 114 с.
3. Чудновский В.Э. Смысл жизни и судьба человека // Общественные науки и современность. – 1998. – № 1. – С. 175-184
4. Brassai L., Piko B.F., Steger M.F. Individual and parental factors related to meaning in life among Hungarian minority adolescents from Romania // Int. J. Psychol. – 2013. – Vol. 48, № 3. – P. 308-315.
5. Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A. Time trends in adolescent mental health // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2004. – Vol. 45, № 8. – P. 1350-1362.
6. Eckersley R. Troubled youth: an island of misery in an ocean of happiness, or the tip of an iceberg of suffering? // Early Intervention in Psychiatry. – 2011. – Vol. 5 (Suppl. 1). – P. 6-11.
7. Giotakos O. Suicidal ideation, substance use, and sense of coherence in Greek male conscripts // Mil. Med. – 2003. – Vol. 168, № 6. – P. 447-450.

8. Kleiman E.M., Beaver J.K. A meaningful life is worth living: meaning in life as a suicide resiliency factor // *Psychiatry Res.* – 2013. – Vol. 210, № 3. – P. 934-939.
9. Kraemer H.C., Stice E., Kazdin A. et al. How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors // *American journal of psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 848–856.
10. Mehlum L. Suicidal ideation and sense of coherence in male conscripts // *Acta Psychiatr Scand.* – 1998. – Vol. 98, № 6. – P. 487-492.
11. Moksnes U.K., Lohre A., Espnes G.A. The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents // *Qual. Life Res.* – 2013. – Vol. 22, № 6. – P. 1331-1338.
12. Somers R.H. A new asymmetric measure of association for ordinal variables // *American sociological review.* – 1962 – Vol. 27, № 6. – P. 799-811.
13. Wasserman D. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial // *BMC Public Health.* – 2010 – Vol. 10. – P. 192-206.
14. Wenzel A., Beck A. A cognitive model of suicidal behavior: theory and treatment // *Applied and preventive psychology.* – 2008. – Vol. 12. – P. 189–201.
15. Wu P., Li L.P., Jin J. et al. Need for mental health services and service use among high school students in China // *Psychiatr Serv.* – 2012. – Vol. 63, № 10. – P. 1026-1031.

“LIFE HAS NO MEANING” FEELINGS
IN ADOLESCENTS – RELATION TO SUICIDAL
IDEATION AND ATTEMPTS AND MENTAL
HEALTH

V.A. Rozanov, A.V. Rakhimkulova, A.I. Ukhanova

Odessa National Mechnikov University, Ukraine

With the use of instrumentation of the international project SEYLE, school children (n=601) aged 14,87 (SD=1,11) were questioned. In this research the correlations of the question “Did you have the feeling (for the last 2 weeks) that life has no meaning” with suicidal phantasies, thoughts and plans, as well as with past suicidal attempts and some problems of mental health (depression, anxiety, feeling of being stressed, self-perception) were studied. Feeling that “life has no meaning” in adolescents is strongly correlated with depression (r=0,62), lower correlation (r=0,40) was found with feeling of worthlessness and self-dislike, with feeling of being stressed (r=0,40), anxiety and irritability (r=0,35). Moreover, feeling that “life has no meaning” was strongly associated with suicidal phantasies and with more definite suicidal ideation, like thoughts and plans of attempt. The lowest association was found with the past suicide attempts. All these associations and correlations suggest that feeling that “life has no meaning” plays an important role among factors that lead to mental health problems, low self-perception and self-esteem in adolescents from one side and suicidal ideation and even suicide attempts from the other side.

Keywords: dynamic range control, suicidal risk, questionnaire, contributing factors, impeding factors.

УДК: 616.89–008.441.44

**СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕАЦИИ И ТЕМПЕРАМЕНТ
ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССАХ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Т.Д. Азарных

ФГБОУ ВПО «Воронежский государственный университет инженерных технологий», г. Воронеж, Россия

Контактная информация:

Азарных Татьяна Дмитриевна – кандидат биологических наук, доцент. Место работы и должность: доцент кафедры философии ФГБОУ ВПО «Воронежский государственный университет инженерных технологий». Адрес: 394036, г. Воронеж, проспект Революции, 19. Телефон: (908) 148-93-69, e-mail: azarnykh_t@mail.ru

Целью исследования являлось изучение связи между суицидальными идеациями (СИД) и темпераментом при посттравматических стрессах (ПТС) юношеского возраста с учетом фактора пола. Исследования проведены на студентах государственных ВУЗов г. Воронежа в возрасте 18-20 лет (446 девушек и 144 юноши). Методы: Миссисипская шкала, гражданский вариант, шкала оценки влияния травматических событий (IES-R), опросники депрессивности (BDI), психопатологической симптоматики (SCL-90-R), формально–динамических свойств индивидуальности. Во всех случаях после стресса, приведшего к ПТС, прошло не менее полугода. Установлено, что существует связь между СИД и темпераментом, которая имеет специфику, связанную с полом.

Ключевые слова: суицидальные идеации, посттравматические стрессы, темперамент, юношеский возраст, пол.

Согласно ВОЗ за последние 30 лет число детских и подростковых суицидов в мире увеличилось в 30 раз [13]. В России в последние годы ежегодно количество самоубийств среди подростков в возрасте 15-19 лет составляет 2,5 тыс., кроме того каждый 12-й подросток предпринял попытку самоубийства, что увеличивает риск совершения повторных и уже завершённых суицидов [13].

Соцопрос, проведенный среди студентов ЦФО (г. Воронеж), даёт сопоставимые цифры: 6,7% (8,3% юношей и 5,0% девушек), т.е. каждый 15-й молодой человек среди такой достаточно благополучной социальной группы как студенты сообщал, что предпринял попытку суицида [8]. Близкие к ним цифры приводят и другие авторы: суицидальные попытки совершали 7,4% студентов средних специальных учебных заведений г. Читы [17]. Использование проективных методик показывает, что 26,5% студентов ВУЗов г. Ростов-на-Дону находятся в зоне риска по суицидам [18]. Эти данные остро ставят вопрос о выявлении групп суицидального риска [14]. Одной из таких групп являются молодые люди, переживающие посттравматические стрессы (ПТС) с наличием суицидальных идеаций (СИД), поскольку показано, что СИД являются фактором риска самих суицидов [4].

ПТС, крайней выраженностью которых является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), включают весь спектр нарушений психики, возникающих после стрессов, связанных с переживанием страха, ужаса или беспомощности [21]. Относительно частоты встречаемости СИД при ПТСР данные противоречивы: в зависимости от генеза ПТСР от 38-56% [21] до 100% [22]. Установлено, что ПТСР в значительном проценте случаев сопровождается наличием коморбидных состояний (в разной комбинации) в виде депрессии, тревожности, зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) [24]. Наличие каждого из этих коморбидных состояний увеличивает риск суицидов [1], хотя больше всего суицидологи связывают его с наличием депрессивных состояний [3, 10, 11]. Однако, как показывают исследования, проведенные среди студентов, наличие как депрессивного состояния, так и другой психопатологической симптоматики, психометрически диагностируемой по SCL-90-R, недостаточно для совершения суицидов: триггерную роль играет негативно окрашенное

для личности событие, приводящее к конфликту и кризису [5], т.е. речь идет о фрустрированности какой-то важной для человека потребности [23], в случае ПТСР ею может быть потребность в безопасности.

В настоящее время накоплен экспериментальный материал, свидетельствующий о том, что само ПТСР имеет генетическую детерминанту. Так, в исследованиях на монозиготных близнецах-комбатантах вьетнамской войны показано, что 30% симптомов ПТСР военного генеза имеют наследственную природу [28]. Сама базовая эмоция страха, лежащая в основе формирования ПТС, возникает у лиц с высокой эмоциональностью и низкой активностью [16]. Установлена также связь с темпераментом ПТСР как военного [7], так и невоенного генеза [27]. Кроме того показано, что и суицидальность имеет генетическую компоненту [15]. Поэтому можно предположить, что существует и связь суицидального поведения с темпераментом.

Цель исследования: изучение связи между суицидальными идеациями и темпераментом при посттравматических стрессах в юношеском возрасте с учетом фактора пола.

Материал и методы.

Исследования проведены в течение 2004-2012 г.г. на студентах дневных отделений государственных ВУЗов инженерных и экономических специальностей г. Воронежа в возрасте 18-20 лет (446 девушек и 144 юноши). Во всех случаях после стресса, приведшего к ПТС, прошло не менее полугода. Выраженность ПТС психометрически определялась по Миссисипской шкале, гражданский вариант (MS) – Т.М. Keane [20] и шкале оценки влияния травматических событий (ШОВТС или IES-R) – М.Д. Horowitz [20]. СИД выявлялись по положительным ответам на вопрос о суициде в одном из трех тестов психометрической диагностики: ПТС (Миссисипская шкала, MS), депрессии (BDI) – А. Beck [20], психопатологической симптоматики (SCL-90-R) – L.R. Derogatis и соавт. [20] и последующей беседы.

Темперамент определялся через формально-динамические свойства индивидуальности (ФДСИ) [16]. Согласно ФДСИ выделяют следующие параметры: эргичность (выносливость), пластичность и скорость в трех сферах: психомоторной ЭРМ, ПМ, СМ, интеллектуальной ЭРИ, ПИ, СИ, коммуникативной ЭРК, ПК, СК, а также эмоциональность в этих сферах ЭМ, ЭИ и ЭК соответственно. Кроме того, рас-

смаатриваются обобщенные индексы психомоторной, интеллектуальной и коммуникативной активностей ИПА, ИИА, ИКА соответственно как сумма параметров в каждой из сфер; индекс общей эмоциональности ИОЭ как сумма эмоциональностей в трех сферах; индексы общей активности ИОА как сумма трех индексов активности, а также общей адаптивности ИОАД как разница между индексами общей активности ИОА и эмоциональности ИОЭ. Все данные представлены в виде средней арифметической (M) и стандартного отклонения (SD). Однако при определении статистической разницы между группами использовались как параметрические, так и непараметрические критерии (t – Стьюдента, U – Манна-Уитни соответственно). Последний – в случае отклонения данных от нормального распределения, которое определялось по критерию Колмогорова-Смирнова. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS (версия 13).

Результаты и обсуждение.

Установлено, что у девушек в группе «есть СИД» статистически значимая разница по сравнению с группой «нет СИД» установлена по восьми параметрам из двенадцати и всем шести индексам, у юношей – по десяти параметрам и также всем индексам (табл. 1).

Таким образом, независимо от пола с СИД связаны высокая выраженность эмоциональности в каждой из трех сфер психомоторной ЭМ, интеллектуальной ЭИ, коммуникативной ЭК и низкая всех остальных параметров: интеллектуальных эргичности ЭРИ и скорости СИ, коммуникативной эргичности ЭРК, психомоторной пластичности ПМ, кроме того у девушек также коммуникативной скорости СК, а у юношей – психомоторных эргичности ЭРМ и скорости СМ, интеллектуальной пластичности ПИ.

Выраженность параметров ФДСИ имеет специфику, связанную с полом. Однако в группе с наличием СИД разница между полами нивелируется. Так, если в группе «нет СИД» статистически значимая разница между полами установлена по семи параметрам и трем индексам, то в группе «есть СИД» она сокращается и остается только по четырем параметрам и двум индексам. У юношей в группе «нет СИД» выше уровень интеллектуальных пластичности ПИ, скорости СИ, индекс интеллектуальной активности ИИА, психомоторной эргичности ЭРМ, индекс общей адаптивности ИОАД, психомоторной эмоциональности ЭМ, но в группе «есть СИД» статистически значимая разница по всем этим параметрам и индексам исчезает.

Таблица 1

Параметры и индексы ФДСИ (баллы) при наличии СИД с учетом фактора пола

Параметры, индексы ФДСИ	Девушки						Юноши						Разница между полами			
	Нет СИД		Есть СИД		Разница между группами		Нет СИД		Есть СИД		Разница между группами		Нет СИД		Есть СИД	
	M	SD	M	SD	U, t*	p#	M	SD	M	SD	t*	p#	U, t*	p	t*	p#
ЭРМ	30,0	6,68	29,4	6,56	0,952*	,342	32,3	6,36	28,4	6,57	3,560	,001	2,783*	,006	1,032	,303
ЭРИ	28,5	5,79	26,3	5,80	3,859*	,000	29,2	5,34	27,1	5,10	2,351	,020	1,055*	,292	0,913	,362
ЭРК	36,2	6,14	34,2	7,09	3,232*	,001	35,5	6,49	30,2	7,70	4,463	,000	0,852*	,395	3,644	,000
ПМ	33,7	5,37	31,7	5,55	3,838*	,000	33,2	4,81	31,1	4,57	2,595	,010	9897,0	,297	0,787	,432
ПИ	27,1	4,31	26,6	4,33	23187,0	,296	28,6	4,01	27,0	5,00	2,187	,030	8523,0	,005	0,523	,602
ПК	30,7	5,46	30,7	6,44	0,102*	,919	29,7	5,57	29,5	6,53	0,172	,864	1,405*	,161	1,231	,219
СМ	33,5	6,20	32,6	6,05	1,573*	,116	34,9	5,63	32,1	5,58	3,024	,003	1,959*	,051	0,551	,582
СИ	30,7	5,26	29,0	5,37	3,429*	,001	32,4	5,60	30,4	5,22	2,145	,034	2,533*	,012	1,786	,075
СК	35,9	4,95	34,7	5,56	21299,0	,015	34,5	5,55	33,0	5,48	1,589	,114	2,230*	,026	2,062	,040
ЭМ	28,7	5,27	30,2	4,92	20209,5	,001	27,1	5,61	30,1	5,81	3,092	,002	8592,0	,006	0,068	,946
ЭИ	33,9	5,30	36,1	5,03	19068,5	,000	30,4	5,75	33,4	5,72	3,092	,002	6659,5	,000	3,371	,001
ЭК	32,6	5,36	34,9	5,71	4,332*	,000	28,1	5,49	31,9	6,05	3,915	,000	6,760*	,000	3,465	,001
ИПА	97,2	15,10	93,7	14,91	2,456*	,014	100,4	12,73	91,5	13,16	4,040	,000	1,783*	,075	0,981	,328
ИИА	86,3	12,71	81,9	12,35	3,667*	,000	90,2	11,85	84,5	12,37	2,796	,006	2,516*	,012	1,379	,169
ИКА	102,7	13,54	99,6	15,77	2,284*	,023	99,7	14,74	92,7	15,88	2,698	,008	1,762*	,079	2,894	,004
ИОА	286,2	32,00	275,2	33,21	3,570*	,000	290,3	29,58	268,7	29,98	4,265	,000	1,049*	,295	1,320	,188
ИОЭ	95,2	13,89	101,1	13,14	4,548*	,000	85,6	14,65	95,4	15,20	3,882	,000	5,493*	,000	2,782	,006
ИОАД	191,0	38,13	174,1	38,04	4,669*	,000	204,8	35,18	173,3	37,82	5,092	,000	2,951*	,003	0,133	,895
N	200	–	246	–	–	–	87	–	57	–	–	–	–	–	–	–

Примечание: # – ноль перед запятыми опущен; t* – критерий Стьюдента

Однако у юношей в обеих группах остается более низким уровень интеллектуальной и коммуникативной эмоциональности ЭИ, ЭК соответственно, индекс общей эмоциональности ИОЭ, а также коммуникативной скорости СК; в группе «есть СИД» также добавляется разница по коммуникативным эргичности ЭРК и индексу активности ИКА в сторону меньшей выраженности у юношей, то есть юноши в группе «есть СИД» становятся менее активными также и в коммуникативной сфере. Таким образом, установлена статистически значимая разница в выраженности параметров и индексов ФДСИ в группах с наличием и отсутствием СИД.

На основе полученных данных можно говорить о том, что появление СИД при ПТС связано как с высокой эмоциональностью, так и с низкой активностью, при этом не обязательно одновременно присутствующими, т.е. существует два варианта дезадаптации, связанные с возникновением СИД. Первый базируется на высокой эмоциональности, отражающей чувствительность, ранимость человека. Он «срабатывает» согласно концепции функциональных систем П.К. Анохина, лежащей в основе теоретического конструкта ФДСИ, в ситуациях, когда полученный результат не совпадает с поставленной целью (при этом не обязательно осознаваемой). Второй вариант дезадаптации базируется на низкой выраженности активностных параметров, которые отражают степень энерго-динамического взаимодействия человека со средой как предметной, так и коммуникативной. Сниженный индекс коммуникативной активности означает замкнутость, отсутствие потребности в общении, что делает невозможным привлечение внешних ресурсов для поиска выхода из ПТС. Сниженный индекс интеллектуальной активности свидетельствует о том, что нет достаточных интеллектуальных ресурсов по проработке психотравмы и поиску вариантов выхода из ПТС. Объяснить же связь между появлением СИД и низкой психомоторной активностью сложнее. Можно предположить, что появление СИД связано с одной из двух общебиологических стратегий реагирования на стресс, а именно снижением активности («мнимая смерть»). Однако такая реакция, согласно данным литературы [9], встречается сразу после стрессового события, и корреляция со стратегией поведения в отдаленный период отсутствует. Очевидно, что на современном уровне знаний можно только констатировать наличие такой связи.

Поскольку существует статистически значимая разница в выраженности индексов ФДСИ между группами с наличием и отсутствием СИД, то можно говорить о возможности компенсаторного влияния: высокая выраженность одного из параметров «гасит» низкую другого, снижая риск появления СИД. Самой тяжелой ситуацией будет при одновременном наличии как высокой общей эмоциональности ИОЭ, так и низкой общей активности ИОА, что фиксируется индексом общей адаптивности ИОАД, то есть у лиц склонных к меланхолии.

В группе с наличием СИД можно говорить о нивелировке темпераментальных различий, связанных с полом. При этом юноши становятся похожими на девушек, то есть более феминными, поскольку исчезает разница по тем параметрам, высокая выраженность которых характерна именно для мужчин (то есть находится под андрогенетическим контролем): активность в двух сферах – психомоторной (эргичность ЭРМ) и интеллектуальной (пластичность ПИ, скорость СИ, индекс активности ИИА) [16]. О такой же темпераментальной нивелировке по полу можно говорить и в отношении психомоторной эмоциональности, так как высокая выраженность эмоциональности во всех трех сферах связана с женским полом [16]. Согласно Ли Эллису существует 12 программ мужского поведения, которые находятся под андрогенетическим контролем, то есть связаны с влиянием андрогенов на головной мозг в определенные сензитивные периоды (перинатальный и пубертатный). К ним относятся: наступательное эротическое поведение, а также агрессивное, территориальное; ориентация в пространстве; выносливость к боли, медленное усвоение условных оборонительных рефлексов; низкая эмоциональность в ответ на угрозу; настойчивость при выполнении задания без подкрепления; слабая связь с ближайшими родственниками; тяга к созданию групп (клубы, гараж, рыбалка); поиск новых, сложных раздражителей и приключений; «хищническое поведение», связанное с охотой [26]. Согласно полученным данным эти программы у юношей в группе с наличием СИД при ПТС либо менее выражены, либо вообще отсутствуют.

Снижение активности у юношей в интеллектуальной и коммуникативной сферах, а также увеличение эмоциональности приводят к тому, что исчезает разница по индексу общей адаптивности ИОАД. Это означает, что в группе

с наличием СИД независимо от пола концентрируются меланхолики по общему типу темперамента, то есть лица, имеющие высокую общую эмоциональность и низкую общую активность не относительно группы юношей, а относительно популяционных стандартов. Учитывая преимущество мужчин в популяционном масштабе в психомоторной и интеллектуальной активности, а также их меньшую эмоциональность, попасть в эту группу меланхолических личностей для них труднее, чем женщинам.

Связь между наличием СИД и параметрами ФДСИ, отражающими активность ЦНС, подтверждается данными литературы. В частности, показано с использованием ЭЭГ, что у пациентов с депрессией (при наличии СИД и без них) отмечается разница в обработке информации. Эту разницу авторы [6] связывают с дизонтогенезом, под которым понимаются унаследованные и/или приобретенные в результате перенесенных вредностей, в том числе стрессов, неправильного воспитания, изменения реактивности ЦНС. Иначе говоря, ранее перенесенные стрессы формируют другую цитоархитектонику мозга. Поскольку темперамент также связан с активностью ЦНС, то можно говорить о том, что стрессы как фактор индивидуальной среды в возрасте до 20 лет участвуют в формировании темперамента.

Наличие связи между СИД и такой психобиологической системой как темперамент, имеющей генетическую детерминанту, позволяет прогнозировать группу риска по возникновению суицидального поведения при ПТС, однако при этом следует учитывать следующие факторы. Первый заключается в том, что ФДСИ относятся к психодинамическому уровню, то есть созревают (с вариациями в зависимости от параметра) к 12-20 годам [16]. Вторым фактором: как показано с использованием близнецового метода, влияние генотипа на параметры ФДСИ составляет не более 50-60% фенотипической дисперсии со значительными вариациями для отдельных параметров [12] (для сравнения: наследование морфологических признаков составляет 80-90%) [16]. Таким образом, по тем параметрам и индексам, в отношении которых установлена статистически значимая разница, можно прогнозировать появление СИД при ПТС. Однако практический интерес представляет также возможность прогнозирования возникновения суицидального поведения до ПТС. Поскольку существует средовое влияние в выраженности параметров

ФДСИ, то говорить о стабильности их до 20 лет нельзя, и еще менее – в отношении группы с ПТС. Это диктует необходимость определения предикторов ПТС среди параметров ФДСИ. Согласно ранее опубликованным результатам исследования, проведенным на этой же выборке, предикторами ПТС среди ФДСИ являются у девушек низкая психомоторная эргичность ЭРМ, а у юношей – низкие психомоторные пластичность ПМ, скорость СМ и индекс активности ИПА, а также коммуникативные скорость СК и индекс активности ИКА. Сопоставляя эти результаты с данными таблицы, можно сделать вывод о том, что у юношей в отличие от девушек возможно прогнозирование вероятности появления СИД до ПТС: эта вероятность будет выше при низкой психомоторной активности ИПА и ее составляющих в виде пластичности ПМ и скорости СМ, а также низкой коммуникативной активности ИКА.

Таким образом, можно сделать вывод о важной протекторной роли психомоторной активности у мужчин в возникновении СИД при ПТС. При этом важно отметить, что исследования проведены среди студентов, выросших в постперестроечной России, при общем ограниченном доступе к стадионам и спортзалам (малодоступными для большинства). Исходя из полученных данных, одной из причин роста суицидов среди молодежи в нашей стране является именно эта недостаточная физическая активность, развитие которой было просто заблокировано в силу социальных причин, ситуация усугубляется еще и «всеобщей компьютеризацией» этой возрастной группы и следующей за ней еще более юной.

Обнаруженная связь позволяет сделать предположение о том, что высокий процент суицидов в нашей стране связан с популяционным снижением психомоторной активности у мужчин, поскольку среди суицидентов преобладают мужчины [2]. Можно предположить, что определенный вклад в суицидальное поведение внесла Великая Отечественная война. Процент мужчин с высокой психомоторной активностью, выражающейся высокими мышечным тонусом, потребностью в движении, скоростью в различных видах двигательной активности, стремлением к разнообразным видам физической активности, значительно снизился: они погибли, не успев оставить потомство.

Полученные данные о связи между СИ и низким уровнем психомоторной активности подтверждаются результатами европейского

исследования, проведенного среди подростков 11 европейских стран (12395 человек), в котором было выделено три группы по выраженности рискованного поведения: с низким (57,8%), высоким (13,2%) и «невидимым» (29%) риском. Последняя включает учащихся, которые интенсивно используют Интернет и/или увлекаются видеоиграми, ведут сидячий образ жизни и имеют депривированный сон. Группа высокого риска включает учащихся со всеми видами рискованного поведения (кроме упомянутых выше, также употребление алкоголя, наркотиков, курение, прогулы, избыточный вес или дефицит массы тела). Учащиеся в группе «невидимого» риска имели сопоставимые с группой высокого показателя распространенности суицидальных мыслей (42,2% и 44% соответственно), тревоги, подпороговой депрессии и депрессии. Распространенность суицидальных попыток составила 5,9% в «невидимой» группе, 10,1% – с высоким риском и 1,7% – низким [25]. Сидячий образ жизни имеет в том числе и психофизиологическую составляющую в виде низкой психомоторной активности.

Выводы:

1. Существует связь между возникновением СИД и параметрами ФДСИ при ПТС, которая имеет специфику, связанную с полом. Только четыре параметра ФДСИ из двенадцати у девушек (психомоторные эргичность ЭРМ и скорость СМ, пластичности коммуникативная ПК и интеллектуальная ПИ) и два у юношей (коммуникативная пластичность ПК и скорость СК) не имеют связи с СИД.

2. С СИД при ПТС связаны все индексы, то есть как высокая эмоциональность, так и низкая активность в любой из трех сфер, а также по общему типу темперамента, при этом не обязательно присутствующие одновременно.

3. В группе с наличием СИД отмечается темпераментальная феминизация юношей, то есть нивелировка различий по полу по тем показателям, высокая выраженность которых находится под андрогенетическим контролем [16].

4. Обнаруженная связь позволяет прогнозировать наличие СИД при ПТС.

5. Прогнозировать вероятность возникновения СИД при ПТС до формирования ПТС можно только у юношей по низкой выраженности индекса психомоторной активности ИПА, психомоторных пластичности ПМ и скорости СМ, а также низкому индексу коммуникативной активности ИКА.

Литература:

1. Аптер А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 192-208.
2. Бертологе Х.М. Распространенность самоубийств в мире: эпидемиологический обзор (1959 – 2000 гг.) // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. – М.: Смысл, 2005. – С. 17-28.
3. Васильев В.В., Ковалёв Ю.В., Имашева Э.Р. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 30-35.
4. Вассерман Д. Модель стресс-уязвимости и развитие суицидального процесса // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 28-41.
5. Войцех В.Ф., Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Том 19, № 2. – С. 17-25.
6. Войцех В.Ф., Мельникова Т.С., Лапин И.А. Клинико-нейрофизиологические аспекты суицидального поведения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 10. – С. 14-20.
7. Епугаев Я.Ю., Иконникова М.Е. Взаимосвязь формально-динамических свойств индивидуальности с выраженностью признаков посттравматического стрессового расстройства / Психология: современные направления междисциплинарных исследований. Мат. научн. конф., посвященной памяти А.В. Брушлинского. 8 окт. 2002 г. Отв. ред. А.Л. Журавлев, Н.В. Тарабрина. – М.: Институт психологии РАН, 2003. Режим доступа: <http://www.myword.ru> (дата обращения: 31.10.2013).
8. Калашникова С.М., Мельников Н.А. Студенты и суицид // Транзитивные процессы в российском обществе: гуманитарный и социально-экономические аспекты. Сб. науч. тр. Вып. 1. – Воронеж: Центрально-Черноземное книжное издательство, 2006. – С. 60-64.
9. Китаев-Смык Л.А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти. – М.: Смысл, 2012. – 464 с.
10. Ковалев Ю.В. Феноменология суицидальных мыслей при депрессии // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 34-37.
11. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 44-58.
12. Корниенко Д.С. Генетические и средовые факторы в свойствах формально-динамического уровня интегральной индивидуальности // Психол. журнал. – 2010. – Том 31, № 2. – С. 58-65.
13. Панченко Е.А., Положий Б.С. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 1. – С. 52-56.

14. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференциальная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-13.
15. Розанов В. А. Гены и суицидальное поведение // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 3-14.
16. Русалов В.М. Темперамент в структуре индивидуальности человека: Дифференциально-психофизиологические и психологические исследования. – М.: ИП РАН, 2012. – 528 с.
17. Сахаров А.В., Говорин Н.В., Тарасова О.А., Плюснина О.Б. Некоторые клинические и социально-психологические характеристики студентов, совершивших суицидальные попытки // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 51-56.
18. Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Меркурьева К.С. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 60-64.
19. Степанова Л.Г. Введение в гендерную психологию: курс лекций. – М.: МПСУ; Воронеж: МОДЭК, 2012. – 536 с.
20. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – Ч. 2. Бланки методик. – М.: Когито-Центр, 2007. – 77с.
21. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – Ч. 1. Теория и методы. – М.: «Когито-Центр», 2007. – 208 с.
22. Шадрин И.В., Дедова К.Н. Факторы риска суицидального поведения у больных с посттравматическим стрессовым расстройством (участников современных локальных войн) // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 46-48.
23. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
24. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Фoa Э.Б., Кина Т.М., Фридмана М.Дж. – М.: Когито-Центр, 2005. – 467 с.
25. Carlil V., Hoven C.W., Wasserman C., Chiesa F. et al. Новая группа подростков с «невидимым» риском психопатологии и суицидального поведения: находки исследования SEYLE // World Psychiatry (на русском). – 2014. – Том 13. – Вып. 1. – P. 78–86.
26. Ellis L., 1983, цит. по: 19.
27. Strelau J., Zawadzki B. Trauma and temperament as predictors of intensity of posttraumatic stress disorder symptoms after disaster // European Psychologist. – 2005. – Vol. 10, № 2. – P. 124-135.
28. True W.R., Rice J., Eisen S.A. et al. Twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms // Arch. Gen. Psychiatry. – 1993. – Vol. 50, № 4. – P. 257-264.

SUICIDAL IDEATION, TEMPERAMENTUM
IN POSTTRAUMATIC STRESS
AT JUVENILE AGE

T.D. Azarmykh

Voronezh SU of Engineering Technology, Russia

The Purpose of the study was to explore correlation between suicidal ideas and *temperament* in posttraumatic stress at juvenile age. 144 male and 446 female students of Voronezh universities aged 18-20 were tested during the study. The Methods of the study: Missisipi scale, civil variant (Keane T.M.), IES-R (Horowitz M.J.), BDI (Beck A.), SCL-90-R (Derogatis L.R. et al.), questionnaire of formal-dynamic properties of individuality (Rusalov V.M.). In all the cases at least six months has passed after exposure to a traumatic event. It was established relationship between suicidal ideas and temperament.

Keywords: suicidal ideas, posttraumatic stress, temperament, juvenile age, gender.

УДК: 616.895.4:616.89-008.441.44

**ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ
РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ТЕКУЩЕГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

А.А. Яковлева, Г.Г. Симуткин

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» СО РАМН, г. Томск, Россия

Контактная информация:

Яковлева Альбина Леонтьевна – врач-психиатр отделения аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75

Симуткин Герман Геннадьевич – доктор медицинских наук. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, д. 4. Телефон: (382-2) 73-87-75, e-mail: simutkin@pochta.ru

Настоящее исследование посвящено изучению влияния коморбидности аффективных и личностных расстройств на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода и суицидальное поведение. Общая группа пациентов с текущим депрессивным эпизодом была разделена на основную подгруппу

(n=25) – с наличием коморбидного расстройства личности и подгруппу сравнения (n=25) – без коморбидного расстройства личности. В качестве психометрических инструментов использовались SIGH-SAD, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Шихана, шкала тревоги Гамильтона, CGI-S, опросник суицидального поведения. В ходе исследования показано, что наличие коморбидного расстройства личности определяло более раннее начало аффективного расстройства, большую тяжесть текущего депрессивного эпизода и выраженности тревоги, увеличение риска суицидального поведения.

Ключевые слова: аффективные расстройства, расстройства личности, коморбидность, суицидальное поведение.

Результаты эпидемиологических и клинических исследований указывают на высокий уровень коморбидности аффективных и личностных расстройств [1, 2, 6, 17, 22, 23]. По данным недавнего американского исследования (The National Comorbidity Survey Replication) распространенность расстройств личности (РЛ) в населении составляет 5,7% (кластер А – шизоидное, параноидное, шизо-типическое РЛ), 1,5% (кластер В – пограничное, асоциальное, гистрионное (истерическое) и нарциссическое РЛ), 6,0% (кластер С – уклоняющееся, зависимое, обсессивно - компульсивное РЛ) и 9,1% – любое РЛ. Наиболее существенная коморбидность РЛ (особенно из кластера В) отмечалась именно с аффективными расстройствами (АР) – 38,1% [23].

В различных исследованиях приводятся достаточно противоречивые данные в отношении клинического значения коморбидности РЛ и АР [17, 27], при этом сложность проблемы заключается в необходимости учета влияния различных биопсихосоциальных факторов, участвующих в формировании как РЛ, так и АР [4, 5]. С одной стороны, современные исследования показывают, что в случае коморбидности с РЛ депрессивные расстройства манифестируют в более раннем возрасте, отличаются более тяжелой симптоматикой, в таких случаях также отмечается более медленное становление ремиссии и более частое повторение депрессивных эпизодов, большее число суицидальных попыток и в целом АР имеют худший прогноз. Кроме того, коморбидность с РЛ снижает эффективность лечения (медикаментозного и психотерапевтического) текущего депрессивного эпизода и ухудшает комплайнс [26, 27, 29].

В ряде исследований о влиянии коморбидности РЛ на течение биполярного аффективного расстройства (БАР) показано, что наличие коморбидного РЛ ассоциировано с некомплайентностью таких пациентов [16], снижением ответа на терапию литием, худшим исходом терапии, повышением риска употребления ал-

коголя и другими веществами, повышением тяжести резидуальных аффективных симптомов [11, 20]. Биполярные пациенты с коморбидным РЛ в сравнении с биполярными пациентами без коморбидного РЛ больше времени проводят в стационаре [10], чаще имеют суицидальную идеацию и поведение [30, 31], а также имеют более тяжелые симптомы аффективных нарушений и более низкий уровень функционирования [13]. P.J. Bieling и соавт. [11] выявили, что расстройства личности из кластера А являются наиболее весомыми предикторами более плохого выхода у пациентов с биполярной депрессией. При длительном наблюдении за биполярными пациентами (около 3 лет, n=648) было подтверждено, что наличие коморбидного РЛ (особенно кластера В) обуславливало повышение риска суицида [19, 24].

Отдельные отечественные исследования [7] выявили, что среди пациентов с АР (n=85) преобладают РЛ кластера С (26%). При этом пациенты с сопутствующим РЛ были моложе и у них отмечалось более раннее начало заболевания. У лиц с сопутствующим РЛ из кластера С отмечалось достоверно более длительное течение депрессивной фазы. По общему клиническому впечатлению больные с сопутствующей личностной патологией данного типа хуже реагировали на лечение, им назначалось больше препаратов, у них чаще сохранялась и была более выражена остаточная симптоматика. Наличие личностной патологии отражалось также в более высоком уровне тревоги и субъективно более высокой оценке тяжести депрессии у соответствующих пациентов. Выявлено дезадаптирующее влияние личностных радикалов ригидного тревожно-депрессивного спектра [8].

С другой стороны, имеются отдельные исследования, которые отрицают наличие существенного влияния коморбидного РЛ на клинико-динамические характеристики большого депрессивного расстройства за исключением более раннего возраста к началу АР и негатив-

ного влияния на результаты лечения [15]. В работе Р. Brieger и соавт. [12] показано, что кроме возраста к началу АР, числа попыток самоубийства (чаще при наличии коморбидности с РЛ из кластеров А или В) и качества жизни все другие характеристики выхода из депрессивного эпизода и переменные течения АР не были связаны с наличием или отсутствием коморбидных РЛ. Результаты отдельных исследований также не подтверждают существенного негативного влияния РЛ на течение БАР, за исключением более раннего возраста наступления БАР I типа [9, 14] или частоты суицидального поведения [31]. Последний аспект подтверждается в ряде работ, при этом РЛ (особенно кластера В) могут вносить самостоятельный вклад в повышение риска самоубийства у биполярных пациентов в течение жизни [21]. Особенно часто усиление суицидального поведения с повышением серьезности и частоты попыток суицида отмечается у пациентов в случае коморбидности АР и пограничного расстройства личности [18]. Высокая интенсивность депрессии, тревоги или гнева повышает риск суицидального поведения у таких пациентов [3, 25].

Таким образом, несмотря на противоречивость имеющихся данных о клиническом значении коморбидности АР и РЛ, большинство современных исследователей подтверждает высокую степень риска суицидального поведения в случае указанной коморбидности.

Цель исследования: изучение влияния коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода, а также на суицидальное поведение соответствующих пациентов.

Материал и методы.

В исследование было включено 50 пациентов (30 женщин в возрасте 32,8±9,8 лет и 20 мужчин в возрасте 29,2±8,1 лет) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом в рамках единственного депрессивного эпизода – 20 человек, рекуррентного депрессивного расстройства – 20 человек и БАР – 10 человек. Общая группа пациентов была разделена на две подгруппы: первая – 25 человек (15 женщин, 10 мужчин) состояла из пациентов с АР коморбидными с РЛ – основная группа, и вторая подгруппа – 25 человек (15 женщин, 10 мужчин) с АР без коморбидного РЛ – группа сравнения. Распределение нозологических ка-

тегорий в выделенных группах представлено в табл. 1.

Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ($p>0,05$). При этом как в основной группе ($n=15$; 60%), так и в группе сравнения ($n=15$; 60%) преобладали женщины. РЛ в первой подгруппе были представлены в 92,0% ($n=23$) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 4,0% ($n=1$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 4,0% ($n=1$) – истерическое расстройство личности (F60.4).

Критериями исключения являлись: возраст менее 18 и старше 65 лет, хронические изменения личности после утраты близкого, после переживания катастрофы, тяжелые органические заболевания головного мозга с выраженными когнитивными нарушениями, а также верифицированный диагноз дистимии, циклотимии, наличие психотических симптомов.

Оценка тяжести текущего депрессивного эпизода производилась с помощью шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version) [32], которая содержит 21 пункт шкалы депрессии Гамильтона и 8 пунктов, оценивающих атипичные депрессивные симптомы (социальный отход, увеличение веса, увеличение аппетита, гиперфагия, увеличение в собственно в питании, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость).

В настоящем исследовании использовалась сокращенная версия SIGH-SAD (17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов по оценке атипичных депрессивных симптомов: социальный отход, увеличение веса, увеличение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость).

Таблица 1

Диагностическая структура исследованных групп

Диагноз	Основная группа		Группа сравнения	
	n	%	n	%
Депрессивный эпизод (F32.1, F32.2)	7	28,0	6	24,0
Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1, F33.2)	10	40,0	10	40,0
Биполярное аффективное расстройство (F31.3, F31.4)	8	32,0	9	36,0
Всего:	25	100,0	25	100,0

Для определения степени выраженности тревоги использовалась шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS).

Кроме того, для оценки тяжести текущего депрессивного эпизода использовалась шкала CGI-S (The Clinical Global Impression – Severity scale). Для субъективной оценки степени тяжести депрессии и тревоги соответственно использовались шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI) и шкала тревоги Шихана (Sheehan patient rated anxiety scale – SPRAS).

С целью объективизации различных аспектов суицидального поведения у соответствующих пациентов применялся опросник суицидального поведения SBQ-R (Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised) [28], включающий в себя 4 основных блока вопросов: 1. Вы когда-либо думали о самоубийстве или пытались совершить самоубийство? (SBQ-R-I). 2. Как часто Вы думали о самоубийстве в течение прошлого года? (SBQ-R-II). 3. Сообщали ли Вы когда-либо кому-нибудь о мыслях или намерении совершить самоубийство? (SBQ-R-III). 4. Насколько вероятно, что Вы когда-нибудь совершите попытку самоубийства? (SBQ-R-IV).

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v.8.0.

Результаты и обсуждение.

Средний возраст к началу АР в основной группе и в группе сравнения составил $32,3 \pm 11,4$ и $40,4 \pm 7,2$ лет соответственно ($p < 0,01$), что свидетельствует о более раннем начале АР у пациентов с коморбидным РЛ.

При оценке тяжести текущего депрессивного эпизода средний суммарный балл по шкале SIGH-SAD до начала терапии в основной группе составил $31,2 \pm 8,2$ балла, а в группе сравнения $25,2 \pm 7,5$ ($p < 0,001$), что указывает на большую тяжесть текущего депрессивного эпизода в группе пациентов с коморбидным РЛ. При отдельном рассмотрении степени тяжести типичных и атипичных депрессивных симптомов по шкале SIGH-SAD оказалось, что средний суммарный балл до начала терапии по HDRS-17 в основной группе составил $23,2 \pm 3,7$ балла, тогда как в группе сравнения соответствующий показатель составил $19,7 \pm 3,4$ балла ($p < 0,05$). Средний суммарный балл, оценивающий степень выраженности атипичных депрессивных симптомов по шкале SIGH-SAD,

до начала терапии в основной группе составил $6,7 \pm 2,5$ балла, а для группы сравнения – $4,6 \pm 2,8$ ($p < 0,05$). Это свидетельствует о большей выраженности как типичных, так и атипичных депрессивных симптомов именно в случае коморбидности АР и РЛ по сравнению с пациентами, страдающими АР без коморбидного РЛ.

Выраженность уровня тревоги по HARS до начала терапии в основной группе составила $26,0 \pm 8,5$ балла, в группе сравнения – $21,0 \pm 10,7$ ($p < 0,05$), что указывает на более выраженные проявления тревоги в основной группе пациентов.

Показатели по шкале депрессии Бека в основной группе и в группе сравнения составили соответственно $27,1 \pm 11,5$ и $23,8 \pm 7,9$ балла ($p < 0,05$), а по шкале тревоги Шихана соответственно $62,4 \pm 33,7$ и $39,0 \pm 20,6$ ($p < 0,01$) балла. Эти данные говорят в пользу того, что пациенты основной группы субъективно оценивали степень тяжести депрессии и тревоги как более выраженные, чем пациенты из группы сравнения.

Сравнительная оценка тяжести психических расстройств по шкале CGI-S также выявила большую выраженность тяжести психического расстройства у пациентов основной группы – $4,5 \pm 0,7$, чем в группе сравнения – $4,2 \pm 0,6$ баллов ($p < 0,05$).

Оценка суицидального поведения пациентов с помощью шкалы SBQ-R (табл. 2) выявила более высокий средний суммарный балл в основной группе больных по сравнению с соответствующим показателем у пациентов с АР без коморбидности с РЛ ($9,5 \pm 4,1$ и $4,1 \pm 2,0$ баллов соответственно; $p < 0,001$) и преимущественно более тяжелые характеристики суицидального поведения в прошлом и более высокую вероятность суицидальной попытки в будущем.

Таблица 2

Сравнительные показатели суицидального риска

Шкала	Основная группа	Группа сравнения
SBQ-R (суммарный балл)	$9,5 \pm 4,1^{***}$	$4,1 \pm 2,0$
SBQ-R-I	$2,8 \pm 0,9$	$1,6 \pm 1,0$
SBQ-R-II	$2,9 \pm 1,46^{***}$	$1,4 \pm 0,87$
SBQ-R-III	$2,1 \pm 0,96^{***}$	$1,1 \pm 0,3$
SBQ-R-IV	$1,7 \pm 1,5^{***}$	$0,1 \pm 0,05$

Примечание: *** – $p < 0,001$

Для выявления статистически значимых корреляционных взаимосвязей между показателями SBQ-R и основных клинических и самооценочных шкал был проведен корреляционный анализ по Спирмену. Примечательно, что в основной группе наиболее выраженная и статистически значимая корреляция по Спирмену была обнаружена между показателями SBQ-R и шкалы тревоги Шихана ($R_s=0,29$; $p<0,05$), тогда как в группе сравнения наибольший индекс корреляции $R_s=0,33$ ($p<0,05$) отмечался между показателями SBQ-R и шкалы депрессии Бека. Другими словами, более тяжелые характеристики суицидального поведения у пациентов с АР коморбидными с РЛ были соотносимы с субъективно переживаемым более высоким уровнем тревоги, в то время как у пациентов с АР без коморбидности с РЛ определяющее значение для утяжеления характеристик суицидального поведения имела субъективно оцениваемая тяжесть текущей депрессии.

Заключение и выводы.

Таким образом, полученные результаты исследования показали, что наличие РЛ помимо того, что приводит к возникновению АР в более раннем возрасте, также оказывает значительное влияние на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода: по сравнению со случаями АР без коморбидности с РЛ обуславливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода, большую выраженность как типичных, так и атипичных депрессивных симптомов, большую степень выраженности тревоги. Кроме того, при коморбидности АР и РЛ отмечаются более тяжелые характеристики суицидального поведения. При этом наиболее значимой переменной, коррелирующей с более неблагоприятными показателями суицидального поведения у соответствующих пациентов, являются тяжесть субъективно оцениваемой тревоги, в то время как у пациентов с «чистым» аффективным расстройством – тяжесть субъективно оцениваемой депрессии.

Полученные данные могут иметь важное прикладное значение, позволяя более точно оценить суицидальный риск в случае коморбидности АР и РЛ, а также подобрать наиболее оптимальный комплекс психофармакологического лечения и психотерапии.

Литература:

1. Гараян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. часть I // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 1. – С. 79–89.
2. Гараян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований, часть II // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 3. – С. 80–92.
3. Лермонтов П.А., Ласовская Т.Ю. Пограничное личностное расстройство у подростков: диагностика, распространенность, клиника, динамика (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 51–55.
4. Лукьянова Е.В., Семке В.Я. Изучение истерического расстройства личности в зарубежной психиатрии (литературный обзор) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 65–70.
5. Семке В.Я. Взаимодействие социальных и биологических факторов при личностной патологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 5-8.
6. Смудевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Читлова В.В. Расстройства личности и депрессия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Том 112, № 9. – С.4-11.
7. Степанов И.Л., Ваксман А.В. Особенности течения циркулярных депрессий у больных с сопутствующим личностным расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Том 23, № 4. – С. 32-36.
8. Степанов И.Л., Горячева Е.К. Комплексная оценка влияния структурно- психопатологических и личностных особенностей больных депрессией на их социальное функционирование // Психическое здоровье. – 2011. – № 11. – С. 44–48.
9. Altindag A., Yanik M., Nebioglu M. Comorbid personality disorders in subjects with bipolar I disorder // Int. J. Psychiatr. Clin. Pract. – 2006. – Vol. 10, № 1. – P. 33–37.
10. Barbato N., Hafner R.J. Comorbidity of bipolar and personality disorder // Aust. NZ J. Psychiatr. – 1998. – Vol. 32. – P. 276–280.
11. Bieling P.J., MacQueen G.M., Marriot M.J. et al. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms // Bipolar Disord. – 2003. – Vol. 5. – P. 14–21.
12. Brieger P., Ehrh U., Bloekink R. et al. Consequences of comorbid personality disorders in major depression // J. Nerv. Ment. Dis. – 2002. – Vol. 190, № 5. – P. 304–309.
13. Carpenter D., Clarkin J.F., Glick I.D., Wilner P.J. Personality pathology among married adults with

- bipolar disorder // *J. Affect. Disord.* – 1995. – Vol. 34. – P. 269–274.
14. Casas-Barquero N., García-López O., Fernández-Argüelles P., Camacho-Laraña M. Clinical variables and implications of the personality on the outcome of bipolar illness: a pilot study // *Neuropsychiatr. Dis Treat.* – 2007. – Vol. 3, № 2. – P. 269–275.
 15. Charney D.S., Nelson, J.C., Quinlan D.M. Personality traits and disorders in depression // *Am. J. Psychiatr.* – 1981. – Vol. 138. – P. 1601–1604.
 16. Colom F., Vieta E., Martinez-Aran A. et al. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients // *J. Clin. Psychiatr.* – 2000. – Vol. 61. – P. 549–555.
 17. Fan A.H., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. To examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients // *J. Clin. Psychiatr.* – 2008. – Vol. 69, № 11. – P. 1794–803.
 18. Fyer M.R., Frances A.J., Sullivan T. et al. Suicide attempts in patients with borderline personality disorder // *Am. J. Psychiatr.* – 1988. – Vol. 145, № 6. – P. 737–739.
 19. Garno J.L., Goldberg J.F., Ramirez P.M., Ritzler B.A. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality // *J. Clin. Psychiatr.* – 2005. – Vol. 66, № 3. – P. 339–345.
 20. George E.L., Miklowitz D.J., Richards J.A. et al. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates // *Bipolar Disord.* – 2003. – Vol. 5, № 2. – P. 115–122.
 21. Goldberg J.F., Ramirez P.M., Ritzler B.A. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality // *J. Clin. Psychiatr.* – 2005. – Vol. 66, № 3. – P. 339–345.
 22. Hasin D.S., Goodwin R.D., Stinson F.S., Grant B.F. Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions // *Arch. Gen. Psychiatr.* – 2005. – Vol. 62. – P. 1097–1106.
 23. Lenzenweger M.F., Lane M., Loranger A.W. et al. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // *Biol. Psychiatr.* – 2007. – Vol. 62, № 6. – P. 553–564.
 24. Leverich G.S., Altshuler L.L., Frye M.A. et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network // *J. Clin. Psychiatr.* – 2003. – Vol. 64, № 5. – P. 506–515.
 25. Mehlum L., Friis S., Vaglum P., Karterud S. The longitudinal pattern of suicidal behaviour in borderline personality disorder: a prospective follow-up study // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – Vol. 90. – P. 124–130.
 26. Mulder R.T. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review // *Am. J. Psychiatr.* – 2002. – Vol. 159. – P. 359–371.
 27. Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies // *Br. J. Psychiatr.* – 2006. – Vol. 188. – P. 13–20.
 28. Osman A., Bagge C.L., Gutierrez P.M. et al. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples // *Assessment.* – 2001. – Vol. 8, № 4. – P. 443–454.
 29. Skodol A.E., Grilo C.M., Keyes K.M. et al. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample // *Am. J. Psychiatr.* – 2011. – Vol. 168, № 3. – P. 257–264.
 30. Uco A., Karaveli D., Kundakci T., Yazici O. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders // *Compr. Psychiatr.* – 1998. – Vol. 39. – P. 72–74.
 31. Vieta E., Colom F., Martinez-Aran A. et al. Bipolar II disorder and comorbidity // *Compr. Psychiatr.* – 2000. – Vol. 41. – P. 339–343.
 32. Williams J., Link M., Rosenthal N. E. et al. Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale-Seasonal Affective Disorder Version (SIGH-SAD). – New-York: New York Psychiatric Institute, 1992.

THE IMPACT OF COMORBIDITY AFFECTIVE AND PERSONALITY DISORDERS ON THE MAIN CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE CURRENT DEPRESSIVE EPISODE AND SUICIDAL BEHAVIOR

A.L. Yakovleva, G.G. Simutkin

Mental Health Research Institute SB RAMSci, Tomsk, Russia

The present study investigates the impact of comorbidity of mood disorders and personality disorders on the main clinical characteristics of the current depressive episode and suicidal behavior. The total group of patients with a current depressive episode was divided into subgroup with the presence of a comorbid personality disorder (n=25) and subgroup without comorbid personality disorder (n=25). As psychometric instruments used SIGH-SAD, BDI, SPRAS, HARS, CGI-S, SBQ-R. The presence of a comorbid personality disorder determined earlier onset of affective disorder, greater severity of current depressive episode and of anxiety, increased risk of suicidal behavior.

Keywords: mood disorders, personality disorders, comorbidity, suicidal behavior.

УДК: 616.89-008.441.44

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ВОЗРАСТНОГО И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СУИЦИДОВ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ

А.Ю. Лазуткина, В.В. Горбунов, Н.В. Говорин, А.В. Сахаров

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Чита, Россия
Региональная дирекция медицинского обеспечения на Забайкальской железной дороге, г. Чита, Россия

Контактная информация:

Лазуткина Анна Юрьевна – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, д. 39-а; старший инспектор, врач ЛПО Региональной дирекции медицинского обеспечения на Забайкальской железной дороге ОАО «РЖД». Тел.: 8 (924) 218-03-37, e-mail: lazutkina_au59@mail.ru

Горбунов Владимир Владимирович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, д. 39-а. Тел.: 8 (914) 470-29-33, e-mail: gorbunovvv2008@mail.ru

Говорин Николай Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, д. 39-а. Тел.: 8 (3022) 35-53-00, e-mail: Govorin-Nik@yandex.ru

Сахаров Анатолий Васильевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Адрес: 672090, г. Чита, ул. Горького, д. 39-а. Тел.: 8 (914) 479-65-43, e-mail: sawt@list.ru

Целью работы стало исследование прогностической значимости возрастного и психосоциальных факторов риска для возникновения суицидов у 7959 работников локомотивных бригад Забайкальской железной дороги. С 2008 по 2013 год в наблюдаемой группе произошло 22 случая завершённых суицидов, которые в объеме данной выборки были оценены статистическим анализом. Установлено, что предиктором суицидов в его обратной зависимости являлся эффект возраст, а также сочетание эффектов возраст и стресс. Доля лиц, способных совершить суициды в объеме данной выборки, определена в 0,5% при мгновенном риске суицидов в $1420,7 \pm 475,9$ дней.

Ключевые слова: факторы риска, суицид, суицидальное поведение, стресс.

Проблема своевременной диагностики и профилактики суицидального поведения чрезвычайно актуальна [4, 7]. В России смертность по причине самоубийств стоит на пятом месте среди всех причин смертности, а в возрастной группе от 15 до 34 лет занимает первое место. При этом проблема суицидов одна из самых важных для общественного здоровья, вызывающая огромные социальные затраты и страдания человека, семьи, общества [8].

Одним из субъектов Российской Федерации со сверхвысокими показателями смертности по причине самоубийств является Забайкальский край, где на протяжении уже многих лет частота суицидов в 2,5-3 раза выше, чем по стране в целом [3, 10]. Это определяет необходимость изучения основных факторов, влияющих на величину самоубийств, в том числе среди отдельных категорий населения [2].

Основной аспект медицинского решения этой проблемы – совершенствование превентивных мер, включающих раннюю надежную диагностику состояний, угрожающих суицидом [7]. В этом аспекте научный и практический интерес представляют пациенты с депрессивными расстройствами, у которых риск самоубийств в 20 раз выше, чем в популяции [1].

У работников локомотивных бригад (РЛБ) Забайкальской железной дороги (ЗабЖД) ежегодно происходят случаи завершённых суицидов, а решение врачебно-экспертной комиссии [9] о допуске к поездной работе не гарантирует отсутствие суицидов у работников и, следовательно, отсутствие экономических потерь и безопасность движения на железнодорожном (ЖД) транспорте.

Цель исследования: изучение прогностической значимости вероятных факторов

риска для возникновения суицидов у работников локомотивных бригад на Забайкальской железной дороге.

Материал и методы.

В исследование были вовлечены 7959 работников локомотивных бригад Забайкальской железной дороги за 2008-2013 годы (2008 г. – n=7959; 2009 г. – n=7851; 2010 г. – n=7141; 2011 г. – n=6817; 2012 г. – n=6016; 2013 г. – 5722 работников с учетом естественной убыли), в возрасте $35,7 \pm 10,5$ лет (от 18 до 66 лет), не имевшие, согласно установленным правилам [9], тяжелой соматической патологии и психических расстройств.

В период прохождения врачебно - экспертной комиссии, согласно имеющимся рекомендациям, первоначально осуществлялся поиск факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в том числе оценивалось чрезмерное потребление алкоголя [5]. Далее, в силу стрессовой профессии работников локомотивных бригад [6], учитывались такие факторы риска (ФР) как психосоциальный стресс, тревожная и/или депрессивная симптоматика по результатам скринингового опроса [5], а также результаты обследования по тестам Спилбергера и Люшера.

За 6 лет наблюдения в изучаемой группе произошли 22 случая завершённых суицидов, которые в объеме данной выборки со всеми исходами от любых причин были подвергнуты статистической обработке программами: KRelRisk 1.1 и Statistica 6.0. Распределение переменных определяли с помощью одновыборочного t-критерия. Значение $p < 0,05$ оценивалось как статистически значимое. Далее проводился пошаговый регрессионный анализ с вычислением непрерывных предикторов суицидов, факторный дисперсионный анализ (ДА) для определения возможного сочетанного воздействия факторов риска и при удовлетворительном согласии данных с распределением семейства Вейбулла, анализ выживаемости для выяснения связи предиктора с выживаемостью и для определения мгновенного риска.

Результаты и обсуждение.

Частота развития суицидов среди работников локомотивных бригад ЗабЖД на 1000 составила: 2009 год – 0,12; 2010 год – 1,12; 2011 год – 0,58; 2012 год – 0,33; 2013 год – 1,05 (рис. 1).

Средний возраст умерших – $33,0 \pm 8,3$ лет. Способы совершения суицидов: 77,3% (n=17) – механическая асфиксия, 9,1% (n=2) – само-

стрел, 9,1% (n=2) – падение с высоты, 4,5% (n=1) – отравление уксусной эссенцией.

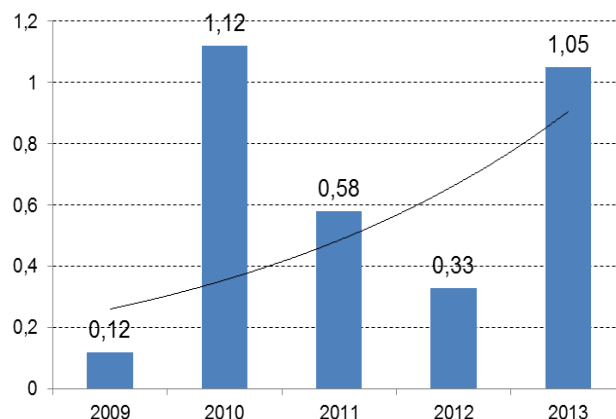


Рис. 1. Частота развития суицидов среди работников локомотивных бригад ЗабЖД на 1000.

Для создания многофакторной регрессионной модели прогнозирования исходов с учетом выше описанных положений мы использовали 19 клинико-лабораторных показателей [5]. При проведении многофакторного анализа первоначально выделялся признак, имевший наибольшее влияние на развитие исследуемого исхода. Включение последующих переменных предполагалось в том случае, если их добавление увеличивало общую прогностическую мощность модели. Относительный риск (ОР) эффектов для возникновения суицидов определялся как вероятность предполагаемого исхода от их воздействия в экспонированной (имевшей контакт с предполагаемыми факторами риска) группе, по сравнению с группой неэкспонированной в программе KRelRisk 1.1.

Результаты многофакторного регрессионного анализа показали, что из всех исследуемых факторов с суицидами имеется связь у эффекта – возраст. Для построенного уравнения регрессии коэффициент детерминации для самоубийств был определен $R^2 > 0,001$, F-критерий 3,67 и уровень значимости $p = 0,005$, что свидетельствует о чувствительности и достоверности данной математической модели. Так как завершённые суициды произошли в возрасте 19-49 лет, то в указанном диапазоне с (n-1) степенями свободы относительный риск эффекта возраст для суицидов был определен соответственно в 5,5 раз, а также для всех возрастов совершения самоубийства этого диапазона для выяснения направления зависимости эффекта возраст с суицидами (табл. 1).

Таблица 1

Прогностическое значение эффектов возраст и возраст + стресс для суицидов

n=7959 эффект	Суициды (n=22)			
	Множественная регрессия			Факторный ДА (возраст*стресс)
	β	ОР (95% ДИ) ¹	p	ОР (95% ДИ) ¹
Возраст ²	-0,02	5,5 (0,74–41,05)	0,02	1,1 (0,1–9,4)
19		22,2 (3,2–156,2)		67,8 (8,8–520,8)
23		5,3 (1,2–22,4)		16,6 (1,9–144,4)
26		2,5 (0,6–10,6)		–
27		2,5 (0,6–10,6)		–
28		1,3 (0,2–9,7)		7,04 (0,8–61,9)
30		2,9 (0,7–12,5)		–
31		1,4 (0,2–10,0)		–
32		1,5 (0,2–11,0)		–
33		1,9 (0,3–14,3)		–
34		1,6 (0,2–11,8)		–
36		1,8 (0,2–13,5)		–
38		1,7 (0,2–12,2)		9,0 (1,0–79,1)
39		1,7 (0,2–12,3)		–
40		1,5 (0,2–11,1)		–
44		2,1 (0,3–15,2)		–
45		1,9 (0,3–14,0)		–
47		2,1 (0,3–15,4)		–
49		1,7 (0,2–12,8)		–

Примечание: ¹ – 5% доверительный интервал; ² – оцененный возрастной диапазон исходов по суицидам 19-49 лет.

За время наблюдения среди 22 случаев совершенных суицидов эффект психосоциальный стресс при жизни был определен у 22,7% (n=5) работников локомотивных бригад, который вероятнее всего был связан с работой [6]. Роль таких психосоциальных факторов риска, как низкий уровень образования и дохода, а также социальная изоляция была незначительной, так как РЛБ имеют минимум среднее образование и заработную плату выше среднего [11]. Большинство (77,3%) из лиц, совершивших суициды, состояли в браке, а 22,7% из них были холосты. У 77,3% (n=17) работников, умерших по причине самоубийства, эффект стресс при жизни определен не был.

Исходя из того, что у лиц с депрессивными расстройствами риск самоубийств значительно превышает популяционный [1] и для определения возможного сочетанного воздействия при суицидах эффектов возраст и стресс был выполнен факторный дисперсионный анализ, который исходя из квадрата множественного коэффициента корреляции $R^2 > 0,003$, F-критерия 1,32 и $p = 0,02$, определил исследуемую модель как достоверную. Графическая оценка на основании F-критерия 42,78 при $p = 0,007$ для эффекта возраст и $F = 42,78$ при $p = 0,02$ для эффекта возраст*стресс позволила определить их как значимые (рис. 2 и 3).



Рис. 2. Графическая оценка одномерного критерия значимости эффекта возраст для суицидов у РЛБ ЗабЖД.



Рис. 3. Графическая оценка одномерного критерия значимости эффекта возраст*стресс для суицидов у РЛБ ЗабЖД.

Исходя из этих данных, был оценен относительный риск для эффекта возраст*стресс для суицидов в границах возраста совершенных суицидов (19-49 лет), а также относительный риск эффекта возраст*стресс для возрастов совершения самоубийства лицами, имевшими контакт при жизни с этим сочетанным эффектом (табл. 1).

Для выяснения влияния эффекта возраст на выживаемость при суицидах в группе работников локомотивных бригад ЗабЖД был выполнен анализ выживаемости, при котором по кривым Каплана-Маера была определена кумулятивная доля выживших лиц (99,5%) в возрастном интервале совершения суицидов 18-49 лет (рис. 4).

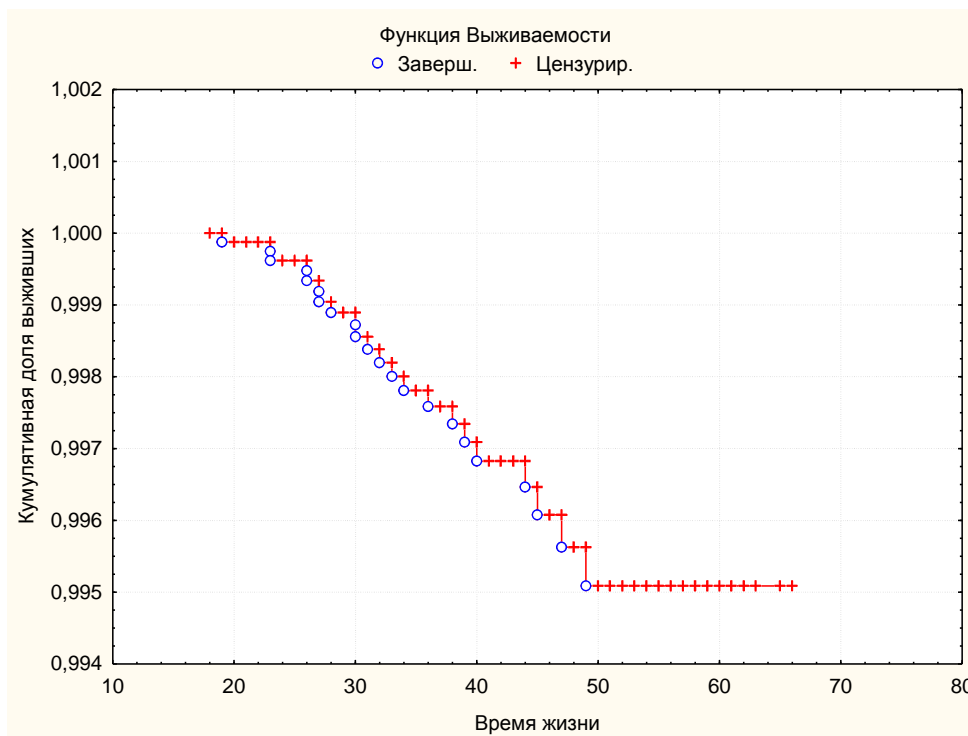


Рис. 4. График времени жизни и кумулятивной доли выживших лиц при суицидах.

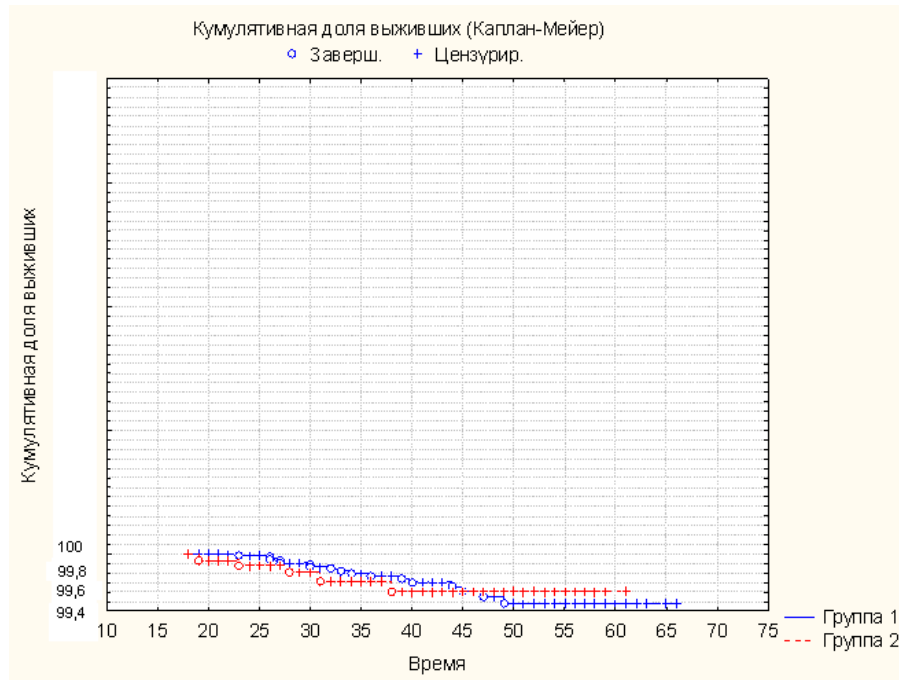


Рис. 5. Кумулятивный уровень прожития у РЛБ ЗабЖД, совершивших суициды с диагностированным при жизни стрессом (2 группа) и без него (1 группа).

Для оценки сочетанного эффекта возраст*стресс на выживаемость было проведено сравнение кумулятивной доли выживших лиц, совершивших суициды с диагностированным при жизни стрессом (группа 2) и без него (группа 1). По критерию Z-распределения, давшего значимое отклонение ($p=0,45$), кривым Каплана-Майера (рис. 5) и различия кумулятивного процента выживших лиц (табл. 2), были выявлены статистические значимые различия в сравниваемых группах.

Опираясь на выявленные различия выживаемости у лиц, совершивших суициды с диа-

гностированным при жизни стрессом и без него, была определена вероятность летального исхода в малый промежуток времени при условии, что в начале исследуемого промежутка пациент был жив по кривым Каплана-Маера (рис. 6) и критерию Z-распределения, давшего значимое отклонение ($p=0,95$) в сравниваемых группах.

Для подтверждения зависимости между переменными возраст и стресс и выживаемостью при суицидах с помощью регрессионной модели Кокса были оценены коэффициенты регрессии для этих эффектов.

Таблица 2

Времена жизни и кумулятивный процент выживших РЛБ ЗабЖД при суицидах с диагностированным при жизни стрессом (группа 2) и без него (группа 1)

Нижние границы возрастных интервалов	Группа 1		Группа 2	
	Кумулятивный процент выживших	Умершие	Кумулятивный процент выживших	Умершие
18,00	100	1	100	2
23,33	99,98	4	99,87	1
28,66	99,91	5	99,80	1
34,00	99,79	2	99,71	1
39,33	99,73	2	99,60	0
44,66	99,65	3	99,60	0
50,00	99,48	0	99,60	0
55,33	99,48	0	99,60	0
60,66	99,48	0	99,60	0
65,99	99,48	0	99,60	0

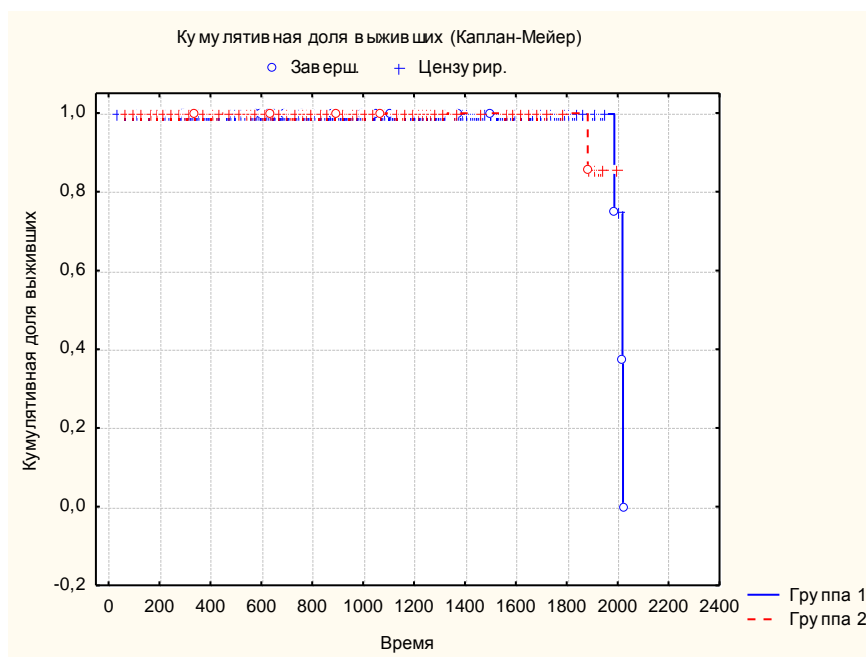


Рис. 6. График функции мгновенного риска при суицидах с диагностированным при жизни стрессом (группа 2) и без него (группа 1).

Высоко значимое значение критерия $\chi^2=9,34$ при $p=0,009$ данной модели подтвердило включение в нее эффектов значимо связанных с выживаемостью, из которых только эффект возраст при $\beta=0,07$; $t=-2,8$ и $p=0,005$ был признан наиболее важным предиктором для риска суицида.

Закключение.

Таким образом, в нашем проспективном исследовании предиктором суицидов у работников локомотивных бригад ЗабЖД в обратной зависимости был установлен эффект возраст. Эффект-стресс не являлся самостоятельным предиктором для самоубийств, но в сочетании с эффектом возраст увеличил относительный риск возникновения суицидов в возрасте совершения самоубийств (19, 23, 28, 31 и 38 лет) в состоянии стресса соответственно в 67,8; 16,6; 7,04; 6,04 и 9,0 раз, в сравнении относительного риска эффекта возраст у лиц, совершивших суициды в этих возрастах без диагностированного при жизни стресса, оцененного соответственно в 22,2; 5,3; 1,3; 1,4 и 1,5 раз.

Исходя из кумулятивного процента выживших лиц, определена доля лиц (0,5%) в среде работников локомотивных бригад ЗабЖД, способных совершить суициды с определением времени жизни до летального исхода в $1420,7 \pm 475,9$ дней. В отношении установленных предикторов суицидов с целью сохранения жизни, безопасности дорожного движения на

ЖД транспорте и предотвращения экономических потерь необходимо проводить профилактические мероприятия. С этой целью следует ввести в работу психологов дороги методики оценки уровня хронического стресса и тревожно-депрессивных состояний, с оказанием психологической помощи нуждающимся в ней работникам, с особым акцентом на лиц молодого возраста.

Литература:

1. Бузук С.А. Индивидуально-психологические особенности, ассоциированные с высоким суицидальным риском, у больных с депрессивными расстройствами // Психическое здоровье. – 2012. – № 9. – С. 85.
2. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Томск: Иван Федоров, 2008. – 178 с.
3. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Суициды в Забайкальском крае: эпидемиология и организация помощи населению // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 5-6.
4. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 58-63.
5. Кардиоваскулярная профилактика: рекомендации ВНОК // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Том 10, № 6, Прил. 2. – С. 7-22.
6. Ключкова Е.А. Охрана труда на железнодорожном транспорте: Учебник для техникумов и кол-

леджей железно-дорожного транспорта. – М.: Маршрут, 2004. – 412 с.

7. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические предикторы суицидального риска // Психическое здоровье. – 2012. – № 4. – С. 46.
8. Остроглазов В.Г., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 6. – С. 18-20.
9. Приказ Минздравсоцразвития РФ № 796 от 19.12.2005 г. «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний к работам, непосредственно связанным с движением поездов и маневровой работой».
10. Сахаров А.В. Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье: дисс. ... к.м. наук. – Чита, 2007. – 140 с.
11. Федеральная служба государственной статистики // Gks.ru – Российский статистический ежегодник – 2011. Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/b11_13/IssWWW.exe/Stg/d1/06-09.htm (дата обращения 08.02.13).

EVALUATION OF PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF AGE AND PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS FOR THE OCCURRENCE OF SUICIDES AMONG WORKERS OF LOCOMOTIVE BRIGADES OF THE TRANSBAIKALIAN RAILWAY

A.Y. Lazutkina, V.V. Gorbunov,
N.V. Govorin, A.V. Sakharov

Chita SMA, Russia

The aim of this work was the study of the prognostic significance of age and psychosocial risk factors of suicide in 7959 workers of locomotive brigades of the Transbaikalian railway. From 2008 to 2013 in the observed group occurred 22 cases of completed suicides, which in the volume of this sample were assessed by statistical analysis. It is established that predictor of suicide in its inverse relationship was the effect of age, as well as the combination of the effects of age and stress. The proportion of individuals who are able to commit suicide in the volume of this sample, defined in 0,5% with immediate risk of suicide in 1420,7±475,9 days.

Keywords: risk factors, suicide, suicidal behavior, stress.

УДК: 616.89-008.441

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю.Е. Шматова, М.В. Морев, Е.Б. Любов

ФГБУИ «Институт социально-экономического развития территорий РАН», г. Вологда, Россия
ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России, г. Москва

Контактная информация:

Шматова Юлия Евгеньевна – кандидат экономических наук. Место работы и должность: младший научный сотрудник ФГБУИ «Институт социально-экономического развития территорий РАН». Адрес: 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56 а. Телефон: (8172) 59-78-03, e-mail: ueshmatova@mail.ru

Морев Михаил Владимирович – кандидат экономических наук. Место работы и должность: заведующий лабораторией исследования социальных процессов ФГБУИ «Институт социально-экономического развития территорий РАН». Адрес: 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56 а. Телефон: (8172) 59-78-03, e-mail: 379post@mail.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий отделом суицидологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии Минздрава России». Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-75-72

Объективизирован социально-экономический ущерб смертности трудоспособного населения Вологодской области в 2012 г. от социально значимых болезней и девиантного поведения (убийств и самоубийств) посредством доли количества потерянных лет трудоспособной жизни в общем бремени смертности населения и доли ВРП. Суммарные потери от смертности вследствие социально значимых болезней и девиантного поведения составили 55,8% суммарных потерь смертности в области, или 5,4% ВРП, более чем от иных причин. Основной вклад в суммарное бремя смертности связан с злоупотреблением алкоголем и самоубийств: по 25% соответственно.

Ключевые слова: социальное здоровье, смертность, социально-экономические потери, самоубийство, убийство, социально значимые заболевания.

Социальное здоровье человека определено, в частности, реализацией трудового потенциала. Диалектической противоположностью здоровья служит болезнь, ограничивающая, по Ф.

Энгельсу, в свободе (возможностях, выборе) жизнь. К социально значимым заболеваниям (СЗЗ) официально отнесены туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно по-

ловым путем (ИППП), гепатит В и С, ВИЧ-инфекции, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, болезни повышенного кровяного давления [21]. Социально значимые заболевания рассматривают показателями социального здоровья по ряду ключевых признаков: 1) высокие уровни заболеваемости и болезненности; 2) заболеваемость и болезненность связаны с социально-экономическими условиями; 3) отрицательное влияние на человеческий капитал, на социально-экономическое развитие страны [13]. Высокая смертность экономически активного населения обуславливает нехватку трудовых ресурсов, и, следовательно, невозможность успешного социально - экономического развития региона.

Девиантное (отклоняющееся), то есть не соответствующее официально установленным или фактически сложившимся в обществе нормам и ожиданиям, поведение включает наркомании, самоубийства, насилие [6, 23, 24] и характеризует социальное неблагополучие (нездоровье) общества.

Цель работы: оценка экономического ущерба смертности от СЗЗ и девиантного поведения (наркоманий; самоубийств и убийств) на региональном уровне (в Вологодской области).

Материалы и методы.

Социально-экономические последствия преждевременной смертности трудоспособного члена общества выражены стандартизованными единицами ВОЗ «Потерянные годы продуктивной жизни (ППГЖ)» [15, 28] и потерями душевного валового регионального продукта (ВРП) в 2012 г.

Результаты и обсуждение.

В структуре общей смертности трудоспособного населения Вологодской области в 2012 г. почти треть (32,2%) приходится на болезни системы кровообращения, согласно общемировой тенденции [3]. Второе место занимают смерти от внешних причин (27,7%). Суммарно на группы приходится 60% объема преждевременной смертности. В структуре смертности женщин трудоспособного возраста удельный вес каждой группы меньше, составляя по 24%. Однако при оценке ППГЖ вклад внешних причин достигает 42,4% (23691 ППГЖ) потерь от общей смертности (55862 ППГЖ), тогда как потери от болезней системы кровообращения многократно меньше (13555 ППГЖ, или 24,3%), так как смертность от несчастных случаев преобладает у молодых [15].

В денежном эквиваленте потери бюджета региона достигают почти 10 млрд. руб. вследствие смертности от болезней системы кровообращения и 17 млрд. руб. в результате смертей от внешних причин, или 2,3 и 4,1% ВРП соответственно. На 3-4-м местах в структуре смертности трудоспособных жителей области находятся злокачественные новообразования и болезни системы пищеварения: 6266 и 6689 ППГЖ, или 14,5 и 12,7% общей смертности соответственно, тогда как на онкологические болезни пришлось 10,4%, а на заболевания системы пищеварения – 12%.

Самоубийства за счет пика риска среди лиц трудоспособного возраста [15, 16] влекут наибольшие демографические (снижение ожидаемой продолжительности жизни) и социально-экономические (ППГЖ) потери. От самоубийств в Области погибли 177 трудоспособных жителей (3,7% общей смертности; табл. 1), что составило 3351 ППГЖ (6% потерь ППГЖ, или 14% бремени смертности от внешних причин). В денежном эквиваленте – более 2,4 млрд. рублей, или 0,58% ВРП. Однако уровень зарегистрированной суицидальной смертности не отражает реальную ситуацию. Согласно подходу ЮНИСЕФ, латентный уровень суицидов существенно выше [12]: не менее 244 погибших (табл. 1).

В общей смертности «скрытые суициды» составили 5,1%, или 7,4% суммарных ППГЖ (17,5% смертности от внешних причин). Ущерб достигает 3 млрд рублей или 0,71% ВРП. Совокупные социально-экономические потери от самоубийств составили более 5,4 млрд рублей или 1,3% ВРП. Втрое меньший социально-экономический ущерб вызван убийствами: 2,2% бремени общей смертности (табл. 1), а потери ППГЖ – 4% всех потерь (9,4% потерь вследствие внешних причин). В денежном эквиваленте ущерб составил 1,6 млрд рублей или 0% ВРП. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в качестве факторов риска смертности, заболеваемости и инвалидности выделено злоупотребление алкоголем [10], наносящее ущерб в 17 млн. лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (DALY¹), или 4,5% суммарного бремени болезней в мире [3, 38], употреблением спиртного объяснено 6,5% смертей в Европе [10].

¹ DALY – сводный показатель, объединяющий годы жизни, утраченные в результате преждевременной смерти, и годы жизни, частично утраченные по причине того, что были прожиты в состоянии неполного здоровья.

Таблица 1

Социально-экономические потери вследствие смертности в Вологодской области

Причина смерти	Случаев	% общей смертности	ПГПЖ	% ПГПЖ	млрд. руб.	% к ВРП
Болезни системы кровообращения	1549	32,0	13555	24,3	9,78	2,33
Болезни органов пищеварения	607	12,7	6689	12,0	4,83	1,15
Внешние причины, в т.ч.:	1321	27,7	23691	42,4	17,1	4,07
ДТП	179	3,7	4119	7,4	2,97	0,71
Убийства	104	2,2	2217	4,0	1,6	0,38
Суициды	177	3,7	3351	6,0	2,42	0,58
Скрытые суициды*	244	5,1	4153	7,4	3,0	0,71
Болезни, вызванные алкоголем**	368	7,7	5109	9,1	3,69	0,88
Злокачественные новообразования	691	14,5	6266	10,4	4,52	1,08
Туберкулез	74	1,5	1207	2,2	0,87	0,21
Иные СЗЗ***	48	1,0	549	0,98	0,40	0,09

Примечания: * Скрытые суициды включают случайные удушения; прочие случайные отравления; падения, прыжок или спадание с высоты с неопределенными намерениями, а также несчастный случай, вызванный огнестрельным оружием. ** Алкогольные психозы, алкогольные полиневропатия, миопатия, кардиомиопатия, гастрит, болезнь печени, хронический панкреатит алкогольной этиологии, алкогольный синдром у плода, отравление алкоголем. *** Психические расстройства неалкогольного происхождения, сахарный диабет, ЗППП, ВИЧ-инфекция, Гепатит В и С.

Злоупотребление алкоголем вносят весомый вклад и в смертность от болезней органов систем кровообращения и пищеварения, что следует учитывать при определении бремени болезни [31]. Так, 40-80% случаев цирроза печени связаны с хроническим алкоголизмом [25, 29]. Среди хронических панкреатитов доля алкогольных достигает 40-75% [26]. Численность больных алкоголизмом и алкогольными психозами, объемы потребления спиртного, также смертность от случайных отравлений алкоголем в Вологодской области выше, чем в среднем в России. Заболеваемость алкогольными психозами на 70% превышает среднероссийский показатель. По количеству спиртного (108,6 литров в год) на душу населения область находится на втором месте после Омской.

Для определения социально - экономических последствий употребления алкоголя учтены следующие причины смертности: алкогольные психозы, полиневропатия, миопатия, кардиомиопатия, гастрит, болезни печени, хронический панкреатит алкогольной этиологии, отравление алкоголем (случайное, преднамеренное и с неопределенными намерениями). В области по указанным причинам скончались 368 лиц трудоспособных лиц (7,7% общей смертности населения). Суммарно потери составили 5109 ПГПЖ, или 9% всех потерь ПГПЖ (табл. 1). Область потеряла 3,7 млрд. рублей, или 0,9% ВРП. Более 60% (3129 чело-

веко-лет) потерь ПГПЖ вследствие смертности от спиртного пришлось на горожан, 88% (4500 человеко-лет) – на мужчин.

Около 2/3 смертей от несчастных случаев и насилия связаны с употреблением спиртного [17]. Большинство (60-80%) убийств и суицидов совершено в опьянении. ВОЗ называет управление транспортными средствами в нетрезвом состоянии первостепенным фактором риска безопасного дорожного движения [9]. У более 60% погибших в ДТП повышено содержание алкоголя в крови [11].

Итак, не прямые потери от алкоголя в области за счет 80% убийств составили 1,28 млрд. руб., или 0,3% ВРП, 60% ДТП – 1,78 млрд. руб., или 0,43% ВРП, 70% самоубийств – 1,7 млрд. руб., или – 0,41% ВРП (табл. 2). Суммарный социально-экономический ущерб от смертности, косвенно связанной с алкоголем, составил 4,76 млрд. руб., или 1,1% ВРП. В пересчете на ПГПЖ вследствие употребления алкоголя (3,7 млрд. руб., или 0,9% ВРП) совокупный ущерб достигает 8,46 млрд. руб., или 2% ВРП.

Заболеваемость сахарным диабетом в России неуклонно растет, особо у детей и подростков (с 2000 г. на 30 и 40% соответственно). В области в 2012 г. умер по данной причине 21 человек трудоспособного возраста, и потери составили 290 ПГПЖ (табл. 2). Гипергликемия служит причиной 22% смертей от ишемической болезни сердца (ИБС) и 16% смертей от

инсульта [14], или 1374 и 325 ПППЖ соответственно. Прямые и косвенные потери вследствие диабета составили 1699 ПППЖ, или 1,23 млрд. руб. (0,29% ВРП) (табл. 2).

ВОЗ вторым (после алкоголизма и табакокурения) по значимости фактором риска смертности, заболеваемости и инвалидности указывает гипертензию [38, 39]. С ними связано 7,5-9,4 млн. смертей в год, или 12,8-16,5% общемировой ежегодной смертности [36], то есть 57 млн. DALY, или 3,7% суммарных DALY [3]. В Области не отмечены смерти по данной причине среди лиц трудоспособного возраста, но повышенное артериальное давление – причина 51% смертей от инсульта и 45% – от ИБС [33], что соответствует 1036 и 2810 ПППЖ соответственно, или 2,78 млрд. руб. (0,66% ВРП) (табл. 2).

Пятнадцать жителей Вологодской области трудоспособного возраста умерли от психических расстройств, причем 13 погибли из-за алкогольных психозов. Несмотря на «незначительные» потери ПППЖ, весом вклад данных расстройств в общем бремени смертности.

Выводы:

Суммарные потери от смертности вследствие «социального нездоровья» составили 31200 ПППЖ, свыше половины (55,8%) суммарных потерь смертности в области, или 22,5 млрд. руб. (5,4% ВРП), более, чем от иных причин. Прямые потери составили 40%, а возможные, не учтенные официальной статистикой (косвенные) – 60%. Структура бремени социального нездоровья вологодцев показательна. Лидером ПППЖ выступает смертность от злоупотребления алкоголем, составившая четверть суммарного бремени «социального нездоровья» – 24,3%.

Сходная доля потерь приходится на смертность от самоубийств и «скрытых суицидов» – 24,0%. Онкозаболевания (20,1%), инсульт и ИБС (12,3%), традиционно приоритетные для здравоохранения развитых стран, финансирования группы заболеваний, определили суммарно менее трети ущерба смертности трудоспособного населения области.

Таблица 2

Структура бремени смертности СЗЗ и девиантного поведения в Вологодской области

Причина смерти	Виды потерь	ПППЖ	Совокупные потери	Млрд. руб.	Доля ВРП (%)
Диабет	прямые	290	1699	1,23	0,29
	косвенные	325 (инсульт) 1374 (ишемическая болезнь сердца)			
Повышенное давление	косвенные	1036 (инсульт)	3846	2,78	0,66
		2810 (ишемическая болезнь сердца)			
Алкоголь	прямые	5109	7580*	5,47	1,3
	косвенные	2471 (ДТП)			
		1773 (убийства) 2346 (суициды)			
Суициды	официальные	3351	7504	5,42	1,29
	латентные	4153			
Онкология	прямые	6266	6266	4,52	1,08
Туберкулез	прямые	1207	1207	0,87	0,21
Убийства	прямые	2217	2217	1,6	0,38
ЗППП, психические расстройства гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция	прямые	549	549	0,61	0,14
Суммарные потери	прямые	18989	31185	22,5	5,4
	косвенные	12169			
Общая смертность			55862	40,3	9,6

Примечание: * Совокупные прямые потери от смертности вследствие алкоголя и косвенные потери от ДТП в нетрезвом виде без вклада алкоголя в смертность от убийств и суицидов, т.к. они учтены в других графах данной таблицы.

Внешние причины смерти лидируют по суммарному ущербу (23700 ПППЖ), причем более половины (62%) связаны с суицидами, убийствами, ДТП в опьянении, случайными отравлениями алкоголем.

Ухудшение социального здоровья населения наносит существенный ущерб экономике региона с тенденцией депопуляции за счет смертности экономически активного населения. Подавляющая доля смертей по причине социального нездоровья потенциально предотвратимы. Проблема социального нездоровья и его профилактики требует особого внимания на федеральном и региональном уровнях, будучи вписана в широкую программу охраны здоровья населения и при разработке и обосновании профилактических (антисуицидальных) мероприятий.

Ограничения исследования вытекают из его целей. Не учтены потери вследствие временной и стойкой утраты трудоспособности, последствия бесплодия, внутриутробной патологии. Злоупотребление алкоголем приводит к распаду семьи, снижению качества жизни больных и их семей. Важно определение бремени коморбидности. В 1927 г. Д.Д. Плетнев [20] отметил, что нет соматических болезней без психических, из них вытекающих, и нет психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов. Причина 30% обращений к врачам общей практики в европейских странах – психические недуги [22]. Психические расстройства чаще встречаются у амбулаторных (в 1,5–2 раза) и стационарных (в 1,5–3 раза) пациентов [1, 27, 30, 37], особо в кардиологической и гастроэнтерологической практике [2, 4, 8, 19].

Литература:

- Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов: Часть 3. // Клиническая медицина. – 2007. – № 6. – С.19-21.
- Богачев М.А., Одарченко С.С., Богачева Н.М. Анализ нозологических форм психических расстройств умерших от сердечно-сосудистой патологии // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – Вып. 2. – С. 98-99.
- Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. / Под ред.: Mendis S., Puska P., Norrving V. Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2013. – 163 с.
- Гагулин И.В., Гафаров В.В., Гафарова А.В. и соавт. Инсульт и влияние депрессии на риск его возникновения в популяции мужчин 25-64 лет // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – Вып. 2. – С. 103.
- Гарганеева Н.П. Д.Д. Плетнев о психической симптоматике в картине чисто соматических заболеваний: уроки истории и современность // Кардиосоматика. – 2013. – № 2. – С. 5-11.
- Глинский Я.И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». – С-Пб.: Юрид. Центр Пресс, 2004. – 520 с.
- Говорин Н.В., Сахаров А.В. Экономические затраты учреждения здравоохранения в результате обусловленных злоупотреблением алкоголя случаев лечения в соматическом стационаре // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Том 21. – Вып. 2. – С. 33-36.
- Громова Е.А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы) // Сиб. медицинский журнал. – 2012. – Том 27, 2. – С. 22-28.
- Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире 2013 г. – ВОЗ, 2013.
- Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012: курс на благополучие. – ВОЗ, Женева, 2013 г. – 190 с.
- Злоупотребление алкоголем в РФ: социально-экономические последствия и меры противодействия. (Доклад утвержден Советом Общественной палаты Российской Федерации 13 мая 2009 года). [Электронный ресурс]. Режим доступа <http://www.oprf.ru/files/dokladalko.pdf>.
- Иванова А.Е., Сабгайда Т.П. и др. Смертность российских подростков от самоубийств / Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). – 2011. – 132 с.
- Комментарий к Постановлению Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». – Российская газета.– 07.12.2004 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2004/12/07/perechen-zabolevaniy.html>
- Мировая статистика здравоохранения 2012. – ВОЗ, Женева, 2013.
- Морев М.В., Любов Е.Б. Социально-экономический ущерб вследствие смертности населения от самоубийств // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011. – № 6. – С. 119-130.
- Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: территориальный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1 (14). – С. 3 -11.
- Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 29-36.
- Оганов Р.Г., Калинина А.М., Концевая А.В. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 4. – С. 4-9.
- Палий И.Г., Резниченко И.Г., Севак Н.М. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: особенности клинического течения и медикаментозной терапии //

- Новости медицины и фармакологии. – 2007. – № 6 (210). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medi.ru/doc/g740209.htm>
20. Плетнев Д.Д. К вопросу о соматической циклотимии // Русская клиника. – 1927. – Том 7, № 36. – С. 495-500.
 21. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 15 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» / Система ГАРАНТ [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://base.garant.ru/12137881/#ixzz2yprLxNkf>
 22. Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ: факты и цифры. – ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген-Вена, 2003. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med.by/who/2003/fs0303r.pdf>
 23. Редько А.Н. Социально опасная патология как проблема общественного здоровья и здравоохранения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / Официальный сайт ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mednet.ru/images/stories/files/abstracts/redkoan.pdf>
 24. Римашевская, Н.М. Русский крест [Электронный ресурс] // Природа. – 1999. – № 6. – Режим доступа: <http://vivovoco.rsl.ru>
 25. Садовникова И.И. Циррозы печени. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения // Русский медицинский журнал. – 2003. – Том 5, № 2. – С. 37-43.
 26. Сереброва С.Ю. Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. – 2008. – Том 10, № 1. – С. 30.
 27. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. – М., 2000. – 160 с.
 28. Финансовый макроанализ в здравоохранении: рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макевеев, А.А. Колинко. – М., 2000.
 29. Хазанов А.И. Возможности прогрессирования алкогольного и неалкогольного стеатогепатита в цирроз печени // Росс. журнал гастроэнтеролог., колопроктолог. – 2005. – № 2. – С. 26-32.
 30. Шматова Ю.Е., Фалалеева О.И. Гулин К.А. Общественное психическое здоровье: проблемы и тенденции. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 186 с.
 31. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Усенко К.Ю. Отчет о научно-исследовательской работе «Экономические последствия алкоголизма для государства. http://www.healthconomics.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=339:2009-06-28-16-13-02&catid=55:2009-05-29-19-56-44&Itemid=104
 32. Almanza J., Downhill J.E., Nierman D.M. Psychiatric Disorders in Chronically Critically // Patients in a Respiratory Care Unit. Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 157-190.
 33. Burg M.M., Abrams D. Depression in chronic medical illness: The case of coronary heart disease // Journal of Clin. Psychol. – 2001. – Vol. 57, № 11. – P. 1323-1337.
 34. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. – Geneva: World Health Organization, 2009. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
 35. Gudmundsson G., Gislason T., Janson C. et al. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries // Resp. Med. – 2006. – Vol. 100, № 1. – P. 87-93.
 36. Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. – 2012. – Vol. 380, № 9859. – P. 2224-2260.
 37. Rincon H.G., Granados M., Unutzer J. et al. Prevalence, Detection and Treatment of Anxiety, Depression, and Delirium in the Adult Critical Care Unit // Psychosomatics. – 2001. – Vol. 42. – P. 391-396.
 38. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. – Geneva, WHO, 2009.
 39. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. – Geneva, WHO, 2010.
 40. Zyrianova Y., Kelly B.D., Gallagher C. et al. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support // Irish J. Med. Sci. – 2006. – Vol. 175, № 2. – P. 32-36.

ECONOMIC BURDEN SOCIAL SIGNIFICANT DISEASES AND DEVIANT BEHAVIOR (AT THE REGION LEVEL)

J.E. Shmatova, M.V. Morev, E.B. Lyubov

Institute Socio-economic Development territories
The Moscow Research Institute of Psychiatry, Russia

The article presents the results of the cost analysis of the social and economic burden of mortality in the Vologda region in 2012 by Years of Potential Life Lost. The total burden of social significant diseases (i.e., mental diseases, alcoholism, and drug abuse, homicides and suicides), accounted for over half (55.8%) of the total mortality burden, or 5.4% of GRP, more than from other causes. The main contribution to the total burden of death from alcohol abuse and suicide: 25%, respectively.

Keywords: social health, mortality, social and economic losses, suicide, socially significant diseases.

УДК: 27-175+27-186

СТАРООБРЯДЧЕСКИЕ ПОСТРОЙКИ ДЛЯ САМОСОЖЖЕНИЙ (XVII–XVIII вв.)*М.В. Пулькин*

ФГБУ науки «Институт языка, литературы и истории Карельского научного центра Российской академии наук», г. Петрозаводск, Россия

Контактная информация:

Пулькин Максим Викторович – кандидат исторических наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник ФГБУ науки «Институт языка, литературы и истории Карельского научного центра РАН». Адрес: 185910, г. Петрозаводск, ул. Пушкинская, д. 11. Телефон: (921) 624-31-25, e-mail: vmp@sampro.ru

Исследование посвящено техническим проблемам организации ритуального суицида на религиозной почве. Выявлено, что необходимыми для успешного проведения «гарей» стали специальные постройки, конструктивные особенности которых препятствовали как аресту собравшихся для самосожжения приверженцев старообрядческой веры, так и бегству тех, кто в последние минуты проявлял малодушие. В то же время архитектурные черты «згорелых домов» существенно менялись со временем, обретая все более скромные масштабы.

Ключевые слова: суицид, старообрядчество, проповедь, крестьяне, превенция, наставники, лидеры, христианство.

Проблема практического осуществления старообрядческих самосожжений и неизбежно возникающих здесь многочисленных и разнообразных сложностей явно недостаточно рассматривалась в исторической литературе. Авторы, изучающих старообрядческие «гари», привлекали преимущественно духовные аспекты и идеологическая сторона вопроса: соотношение суицидального поведения радикальных противников никоновских реформ с эсхатологическими настроениями, которые существовали в российском обществе в конце XVII в. [26]. Между тем изучение сложных практических вопросов, которые приходилось решать в процессе организации «гарей», позволяет не только выявить новые аспекты истории старообрядческого движения, но и существенно приблизиться к пониманию вопроса о причинах самосожжений, «эпидемия» которых столь широко распространилась по Руси / России. Эта проблема далека от решения и остается остро дискуссионной и в настоящее время [23, 25]. Исследование ритуального суицида на религиозной почве должно осуществляться на стыке ряда наук, среди которых особое место по праву принадлежит суицидологии. Профессиональные исследователи самоубийств, не обращая напрямую к выяснению причин и обстоятельств старообрядческих самосожжений, тем не менее, открывают существенные аспекты суицидального поведения, не доступные представителям других областей знания, и тем самым позволяют найти новые пути изучения старообрядческих «гарей» [4, 32].

Как показывают самые ранние сведения о «гарях», первые самосожжения происходили в

разного рода хозяйственных постройках, наспех приспособленных для новой неожиданной цели. Например, как явствует из отписки арзамасского воеводы Т. Булгакова, в мае 1675 г. «згорело деревни Коваксы розных помещиков крестьян в дву овинах семдесят три человека» [27]. Овины нередко использовались для небольших самосожжений. Это были «очень небольшие деревянные постройки, где обычно перед обмолотом сушили снопы. <...> Ничто так быстро не воспламенялось, как эти срубы. Там могли поместиться не более шести человек» [20]. Но одновременно возникали новые традиции, связанные с самосожжениями. Так, в конце XVII в. в Каргопольском уезде имел место принципиально иной случай. Местные старообрядцы наскоро приготовили для «гари» свои избы, куда могло поместиться значительно большее количество «насмртников». Судя по доношению воеводы В. Волконского, отправленному в Москву в декабре 1683 г., «в ызбах де иных дорских, в которых живут они, росколники, окна забиты чюрками, а толко де оставлено по одному полному окну и соломою все вокруг обволочены» [35].

Расцвет самосожжений связан с существенными изменениями в их подготовке. Постепенно, по мере становления технологии самосожжений, вырабатывались аналогичные для всех «гарей», происходящих в разных частях страны, способы организации «огненной смерти». Подавляющее большинство самосожжений происходило в специальной постройке, получившей в источниках название «згорелый дом». Прототипом «згорелого дома» стали

морильни конца XVII в. – место гибели первых самоубийц «благочестия ради». По словам духовного писателя конца XVIII в. Андрея Иоаннова, «в Новгородской области многие в могилах живые погребались, и тако живота своего бедного лишались, и в Нижегородской области тоже многие тысячи огнем в овинах горели и в лесах, в луговой стороне, в морильнях от учителей своих запертые погибали» [13]. Об этих помещениях сохранились подробные сведения. Так, один из поволжских старцев имел собственную морильню в Ветлужском лесу. Это было здание без окон и дверей, «куда садимы были постники через потолок». Постройку охраняли пять-шесть сторожей с тяжелыми дубинками. Через два дня после лишения пищи несчастные пленники просили у старца пищи, но не получали ее. Через четыре дня они умоляли и «с проклятием требовали утоления голода». Спустя шесть и более дней они умирали в страшных мучениях, «проклиная и своих родителей, родивших их для такой страшной смерти» [16]. По мнению митрополита Дмитрия Ростовского, у старообрядцев имелся даже особый скит, «глаголемый Морельщики». Находящиеся в нем негодяи «простых людей, мужей и жен прельщают, еже в затворе постничеством и гладом умрети, акибы за Христа» [9].

«Згорелый дом», как правило, отличался как от морильни, так и от обычных жилых построек своими огромными размерами, наличием нескольких (до пяти) комнат и небольшими окнами, через которые нельзя спастись от огня, точно так же, как прежде, в морильне, отсутствовала возможность избежать голодной смерти. Масштабы строительства со временем менялись. В конце XVII в. старообрядцы возводили грандиозные фортификационные сооружения, способные выдержать длительную осаду, иногда – окруженные мощными стенами. Затем постепенно в течение следующего столетия «згорелые дома» становились все менее впечатляющими. Причины строительства укреплений видны из труда Ивана Филиппова. По его мнению, единственной целью стало предотвращение внезапного штурма и захвата «насмртников». Так, старообрядцы перед вторым самосожжением в Палеостровском монастыре «подкрепиша около монастыря ограду, чтоб их внезапно не схватили гонители» [14]. Как видно из следственного дела, старообрядцы построили острог непосредственно на территории монастыря из заготовленного монахами леса и готовились выдержать в нем осаду. Позднее там же произошло массовое самосожжение. Аналогичные приготовления к самосо-

жжению имели место в других местностях России. В 1683 г. старообрядцы пришли «в черные дикие леса» на севере Архангельской епархии и «поставили острог, а в нем избы неведомо для какова воровского вымыслу». Штурм этого поселения силами посланного к старообрядцам небольшого отряда оказался невозможен. В свое оправдание перед царями Петром и Иваном, не сумевший предотвратить самосожжение Афанасий, архиепископ Холмогорский и Важский, приводил подробное описание мощной старообрядческой фортификации: «у острога ворота, и у них двери утверждены многими запоры. А острог был зделан в толстом лесу, от земли мерою трех сажен мерных, и поделаны были частые бойницы, и наверху бревенные катки, и внутрь острога деланы мосты, и на мостах было многое каменье, и поделаны караулные вышки, да внутрь того острога было четыре избы, на них клетки, у ворот изба на подклете, на ней – вышки» [27]. В 1685 г. здесь произошло самосожжение: сгорели около 230 человек [33]. Иногда помещение для самосожжения напоминало не острог, а частично вкопанное в землю укрепление. Так, в феврале 1684 г. подполковник Ф. Козин описывал постройку, подготовленную к «гарии», следующим образом: «зделаны у них кельи в горах, а с которую сторону имать было мочно, и они, раскольники, засыпали землею, толки одне провели трубы, куды выходить дыму, да окна для свету» [35].

Иногда было достаточно одного взгляда на «згорелый дом» для того, чтобы выявить его зловещее предназначение. Придя в 1693 г. в Рогозерскую пустыню Пудожского погоста на поиски своей матери, крестьянский мальчик Кириллка увидел следующее: «в той де пустыни построена у них изба о пяти житьях, а в той де избе каргопольцев мужеска полу больши ста человек, да и иных городов и Пудожского погоста и из волостей мужеска полу и женска блис тысячи человек». Старообрядцы хорошо вооружились и подготовились к обороне: «ружья у них болши ста пищалей, а порошу при нем было четверика с два». Цели собрания безуспешно маскировались от непосвященных. Старообрядцы заявляли, что «собрались де они для церковного расколу, и говорят между собою: как де будет к нам присылка, и они де хотели противность чинить», т.е. обороняться, а не сжигаться. Собравшиеся не испытывали нехватки продовольствия: «хлеб им де приносят Пудожского погоста околних деревень жители» [5].

Строительство «згорелого дома» всегда велось тайно. Как правило, власти узнавали о

его существовании только после того, как здание было построено, и в нем начиналась целенаправленная подготовка к самосожжению. Исключение составляет один случай. В 1749 г. записной раскольник Яким Ворохов подал в Устюжскую провинциальную канцелярию доношение, в котором указывал, что записан в последнюю ревизию на починке, где собирается построить для себя новый дом. Канцелярия, взяв с него подписку, чтобы он «раскольников других к себе не принимал, и расколу никого не научал, и не жегся б», разрешила ему строительство. После этого никто не осмеливался «запрещения чинить», и возведение «згорелого дома» понемногу продвигалось. В 1753 г. собравшиеся в доме Я. Ворохова старообрядцы совершили самосожжение. Раздосадованный Сенат пообещал сурово наказать канцеляристов, не проявивших должной бдительности, и распорядился, на основании этого прецедента, разослать во все губернии указ, запрещающий старообрядцам возводить «такие строения». В случае обнаружения подозрительных зданий, «буде где ныне вновь такие строения раскольнические сделаны, оныя все разорить» [30].

В течение всего XVIII в. перед «гарью» чаще строились отдельные дома, не предназначенные для длительной обороны [24]. Несомненным доказательством планомерности подготовки к самосожжению стало создание запасов легковоспламеняющихся материалов (пороха, смолы, бересты, соломы). Здесь, на уровне технологии, не происходило существенных изменений со времени создания «Жалобницы» (1691 г.), содержащей эмоциональное, но предельно точное описание подготовки к самосожжению: «в толпы собираются купно мужи и жены со младенцы своими, и многочисленне заключившеся в едином храме, и довольно ограждают храмину ту тростичами и соломою и изгребием сухим, и своими руками себя сожигают» [6].

Некоторые «згорелые дома» имели еще и подвальные помещения – «пещеры». Так, в конце XVII в., как утверждает, ссылаясь на дела Устюжской приказной избы, митрополит Димитрий Ростовский (Д.С. Туптало), старообрядцы построили «в лесах» «великия храмины <...>, а под храминами ископаны были в земле пещеры». После появления решительно настроенной воинской «команды» «насмртники» оказали ожесточенное сопротивление присланным от воеводы стрельцам: «учинились сильны и не далися». После боя, отразив первый натиск посланцев воеводы, старообрядцы сожглись: «и те свои храмины со многолюд-

ством обволокли соломою, и зажгли, и сами в них сгорели». Смерть от дыма ждала и тех, кто находился здесь же, под «згорелым домом»: «а другия в пещерах, яже под храминами, задохлися и изгибли» [9]. Небольшим самосожжениям предшествовала гораздо более скромная подготовка, сводившаяся к строительству уединенной кельи и подготовке легковоспламеняющихся материалов. Так, крестьянка Анни Саволайнен, пришедшая осенью 1686 г. к «згорелому дому», расположенному близ деревни Баранья Гора прихода Яакима в Шведской Карелии, обнаружила следующую красноречивую картину: «изнутри вдоль стен были сложены смолистые дрова, а посредине избы в земляном полу сделано углубление, вероятно, для пороха» [15].

Документы XVIII в., как указывалось выше, в большинстве случаев создают гораздо более скромное описание приготовлений к самосожжению. Так, в 1746 г. поручик Волков обнаружил и уничтожил в Томском крае, деревне Тугозвоновой избу, «приготовленную к зажжению». По донесению, составленному им позднее, она представляла собой «большое строение, сделанное с перерубом, делившим ее на две половины». Одна половина предназначалась для мужчин, другая – для женщин [2]. Исключения составляют немногие описания «згорелых домов» XVIII в., содержащие сведения о значительных постройках. В 1738 г. в Сибирской губернской канцелярии рассматривалось огромное дело о самосожжении нескольких сотен человек в деревне Шадринной. «Гари» предшествовала колоссальная подготовка. Как говорилось в материалах следствия, старообрядцы собирались во множестве изб, которые составляли поселение самосожигателей. Постройки «кругом обставлены частоколом», за которым построены «четыре избы большие и шесть малых», в них сделаны узкие входы, «а с улицы в стенах есть прихожие двери, до того тоже узкие, что едва может войти в них один человек». Сверху в них «вбиты запуски, к дверям и запускам для запора слегу, запуски сделаны из толстого лесу, в середине во всех избах и сенях, и наверху и внизу, с полу набросаны кудель, веники, солома, смоль». Для того чтобы в случае необходимости одновременно зажечь все постройки, в желобах вокруг изб насыпан порох [29]. Есть и другие примеры. В начале октября 1750 г. «записные раскольники» разных селений под предводительством крестьянина Петра Сидорова, бросили свои хозяйства и отправились в лес. Там они общими усилиями выстроили огромный сруб из толстых бревен, внутри которого поставили особую избу из

сухого и ветхого леса. Избу они обложили хворостом и берестой, в некоторых местах добавили еще и порох. Затем все собравшиеся, 61 человек, сгорели в собственноручно построенном странном здании [31].

Иногда в «згорелые дома» превращались обычные элементы поселений староверов: часовни, жилые дома, хозяйственные постройки. При этом часовни – место старообрядческих богослужений – использовались для «гарей» наиболее активно. В 1725 г. в Важском уезде, «в черном диком лесу» богатый крестьянин Василий Нечаев построил часовню и пригласил в нее старообрядческого наставника каргопольца Исаака Петрова. Старец регулярно совершал богослужения и начал планомерную подготовку к самосожжению [29]. Однако чаще в источниках речь идет об использовании для самосожжений часовни в такие критические моменты, когда возведение специальной постройки («згорелого дома») оказывалось невозможным. Услышав в 1738 г. о приезде следственной комиссии О.Т. Квашнина-Самарина, не без оснований осмысливаемой раскольниками в качестве «гонителей», выговские старообрядцы «обезумевшись», «начаша в нарекованных своих часовнях щиты в окна и двери устроить, к сим солому, смолья с порохом и изгребами уготавлити на самосожжение» [36]. В Архангельской губернии, судя по документам XVIII в., прослеживаются аналогичные закономерности. Так, перед одним из крупных самосожжений в Мезенском уезде (1743 г.) присланная от местного архиерея комиссия обнаружила следующую зловещую картину. Все местные жители собрались в одну большую двухэтажную часовню. На ее верхний этаж вела лестница, которую старообрядцы предусмотрительно сломали. Попытки переговоров духовенства и чиновников с «насмртниками» оказались безуспешными. Вскоре 75 старообрядцев погибли в огне [11]. Примерно в это же время в часовне на р. Умбе сгорели старцы Филипп и Терентий со своими сторонниками [7].

В ряде случаев для самосожжения в лесу возводилось небольшое поселение, которому, вместе с его обитателями, вскоре предстояло погибнуть в пламени. В 1744 г. несколько крестьянских семейств построили в глухом лесу в Каргопольском уезде постройки, в одной из которых, самой просторной, произошло самосожжение [29]. В 1756 г. приняли смерть 172 (по сведениям акад. Н.Н. Покровского, более 200) старообрядца Чаусского острога Тобольской епархии. Для «гари» они выбрали пустое место за деревней Мальцевой, между болотами

и озерами. Туда они перенесли из ближайшей деревни четыре избы. Две из них, поставленные рядом, образовали некое подобие храма. В нем готовящиеся к смерти регулярно собирались для общей молитвы. В подполье каждой избы они собрали солому и сосновые стружки. Дома окружал «стоячий тын», в окна вставлены железные решетки, ворота постоянно закрыты. На крышах непрерывно, день и ночь, стояли четыре человека из числа самосожигателей с заряженными ружьями. В собрание не допускали никого, кроме тех, кто желал умереть [31]. После появления вооруженного отряда для захвата старообрядцев они приняли бой, но видя, что сопротивление бесполезно, погибли в огне [21, 28].

В дальнейшем для добровольных аутодафе иногда использовались монастыри, частные дома (примером здесь является самосожжение в Березовом Наволоке [14]) или даже пещеры [10]. Например, в середине XVIII в. один из каргопольских «згорелых домов» имел весьма незамысловатую конструкцию: он представлял собой «избу хоромного строения с сенями, а при сенях другая изба» [29]. В XIX в. ситуация существенно изменилась. Так, одно из последних в истории старообрядчества самосожжений – «гарь» 1812 г. близ хутора Кастенки – произошло в пещере, вырытой старцем Филатием специально для этой цели [22]. Последние в истории самосожжения словно вернулись к истокам кошмарной традиции. Трупы погибших в «гарях» вновь стали находить в лесных избушках, а не в специально возведенных для гибели постройках. Так, погибшие в мае 1860 г. в Каргопольском уезде старообрядцы горели в небольшой тесной постройке, ранее возведенной местными крестьянами для хозяйственных нужд [18].

Интерьер «згорелого дома» довольно редко описывается в имеющихся источниках. Например, при тюменском самосожжении 1753 г., как утверждает в опубликованном Н. Загоскиным деле, основу внутреннего убранства постройки, предназначенной для самосожжения, составляли святые образа. Перед висевшими в переднем углу иконами горели свечи, «а на стуле, поставленном на лавке и изображавшем таким образом налой, – лежала неведомая книга, по которой читал облаченный в синие ризы Калинин (наставник самосожигателей. – М.П.); присутствовавшие молились с зажженными свечами в руках». Тут же поставлен был небольшой столик, на нем стоял белый деревянный сосуд, имевший форму большого стакана. «По окончании чтения Калинин, взяв в

руки означенный сосуд и произнося какие-то молитвы, стал одного за другим причащать из него деревянной ложкою готовившихся к самосожжению раскольников». Это были последние часы перед «гарью». На исходе ночи, когда закончились все приготовления к самосожжению, «посторонние лица, в том числе и местные власти, вышли из дома и отошли в сторону ожидать сгорания. Оставшиеся в доме раскольники накрепко заперлись в нем и с наступлением утренней зари подожгли его» [12].

Другие описания «згорелого дома» приводят к мысли о том, что в нем находилось все необходимое для длительного противостояния воинскому подразделению и одновременно – для пресечения всех попыток к бегству. Исследователи самосожжений пишут об этом со всей определенностью. Так, Д.И. Сапожников утверждает, что у сгоревших в 1742 г. в Устюжском уезде старообрядцев «изба была так устроена, чтоб никому из нее нельзя было выкинуться» [29]. Последнее обстоятельство особенно важно с психологической точки зрения. Как известно, «ограничение произвольных движений чрезвычайно важно для внушаемости» [3]. Наставники старообрядцев, вероятнее всего, догадывались об этом специфическом феномене психики и активно использовали его для своих целей. Особое значение при строительстве «згорелого дома» и организации самосожжений придавалось «железному утверждению» – замкам и решеткам на окнах и дверях. Первое упоминание о такого рода хладнокровной предусмотрительности старообрядцев содержится в обширном труде Евфросина Каргопольские старообрядцы-самосожигатели, писал он, сами себе не верят: «окны и двери укрепляют, дабы по зажжении, аще и сам кто от них восхощет от них убежати, но да не возможет» [19]. Иногда в документах встречаются упоминания о происхождении замков и решеток, используемых самосожигателями. Выясняется, что их ковали сами старообрядцы непосредственно перед самосожжением, специально для «згорелого дома». В 1755 г. крестьянин Иван Кондратьев в своих показаниях утверждал: «<...> ко окнам и дверям железные крюки, петли и решетки и прочее железное утверждение на то строение ковал, выходя в Кунозерское раскольническое жилище, записной того ж погоста раскольник Изот Федоров», который впоследствии «с женой Ириною в той избе с прочими людьми погорел» [27]. В тех случаях, когда искусные мастера не находились, окна просто забивали «чюрками».

Элементы фортификации иногда сохранялись в облике «згорелого дома» и в XVIII в. Этот вывод подтверждается, кроме приведенных выше, и другими свидетельствами [24]. В доношении Белозерской воеводской канцелярии Правительствующему Сенату, датированном 1754 г., сохранилось следующее описание предназначенной для самосожжения избы: она «имелась о трех жильях, в длину девяти, поперек осми сажен, а в вышину например рядов з двадцать, срубленная из толстого елевого лесу <...> и покрыта вся берестою и сухою дрянью и еловой сухой корой, которой де вскоре ником образом разрубить и разломать было невозможно, и воды поблизости нет» [27]. Обобщенную картину подготовки к самосожжению дополняет описание вооружений, приготовленных для обороны «згорелого дома». В «згорелом доме» почти всегда размещался арсенал, необходимый для сопротивления «гонителям» и предотвращения ареста собравшихся для «добровольной смерти» старообрядцев. Заметим, что некоторые старообрядческие поселения, в том числе и те, где самосожжения никогда не осуществлялись, сохраняли каждодневную готовность к самозащите при помощи всех видов оружия, существовавшего в тот период. Так, судя по следственным материалам конца XVII в., Выговское поселение старообрядцев располагало разнообразными вооружениями. Как указывал один из очевидцев, «у них раскольников, в том их воровском пристанище ружья, пищалей, и копей, и рогатин, и бердышев есть многое число, также пороху и свинцу есть многое число» [34].

В источниках часто упоминается о том, что самосожигатели некоторое время отстреливались от «команд», присланных для «увещания», или угрожали им огнестрельным оружием. В некоторых случаях создание боевых запасов, необходимых для обороны старообрядческого «згорелого дома», происходило непосредственно на месте предстоящего самосожжения. Так, тюменский воевода в 1687 г. сообщал в своей «отписке» царям Ивану и Петру, что близ реки Тегени готовящиеся к самосожжению старообрядцы «завели кузнецов и куют копыя и бердыши». Кроме того, они создают прочие запасы, необходимые для существования значительного коллектива, весьма быстрым и эффективным способом: «к большой дороге выходят, и людей бьют и грабят, и платье отнимают» [1]. Иногда готовящиеся к самосожжению старообрядцы, распродают свое имущество, добывали пропитание. Так, перед самосожжением близ деревни Баранова Гора в 1686 г.

старообрядческий наставник Пекка Ляпери продал свою корову и получил средства для существования небольшой общины своих сторонников, неспешно готовящихся к смерти [15].

Самосожжения могли происходить и в обычном старообрядческом поселении, но лишь в том случае, если попытка отбить натиск «слуг Антихристовых» окажется неудачной. Например, собравшиеся в конце XVII в. для самосожжения в Тюменском уезде старообрядцы заявляли, что «буде де станут нас с той заимки гнать, и мы де все тут во дворе заждемся» [1].

На Европейском Севере России примером планомерной подготовки к самосожжению стал эпизод из истории старообрядческого поселения на реке Выг. В первые годы существования Выговского общежития (основано в 1694 г.) его обитатели предусмотрительно запаслись большим количеством оружия: ружьями, пищалями, копьями, рогатинами, намереваясь «от присыльных людей боронитца». Но на крайний случай, как указывал на допросе в 1695 г. беглый крестьянин Терешка Артемьев, у выговских старообрядцев все готово к самосожжению: «Как де по указу великих государей к ним для поимки посланные люди будут, и оне де все расколники <...> заодно противность чинить будут, а если де устоять не могут, и оне де все сами себя пожгут» [8]. Судьба этих двух поселений сложилась по-разному. Тюменские старообрядцы были вынуждены реализовать свою угрозу и погибли в огне. Собравшиеся на Выгу приверженцы «древлего благочестия» в силу уникальных обстоятельств не подвергались столь же суровым гонениям. Они избежали «добровольной смерти» и создали крупнейший центр старообрядческой культуры, успешно существовавший на протяжении полутора столетий.

Можно утверждать, что обитатели «згорелого дома» поддерживали прочную связь с местными старообрядцами. В скрупулезной подготовке к самосожжению заметное участие принимали старообрядческие скиты — поселения, где эсхатологические настроения были наиболее ощутимы и оформлены. Именно в скитах создавались условия для продуманной и целенаправленной подготовки к самосожжению (например, в Кунозерском скиту изготавливались решетки для «згорелого» дома). Заметим также, что старообрядцы-скитники в награду за помощь в организации «гари» получали определенную часть имущества самосожигателей. Так, сгоревшие в Нименской волости Каргопольского уезда перед смертью заявляли, что «лутчие пожитки отданы ими в Чаженгское

раскольническое жительство и раскольникам в часовню» [27].

Наиболее яркие примеры связаны со старообрядческим Выговским общежитием. Последнее регулярно поставляло образованных наставников для будущих самосожжений. По данным следственного дела 1742 г., «из обретающегося на Выгу раскольнического Данилова скита многия выходят и простонародных в свою раскольническую прелесть привлекают к себе в скит ведут <...> и которой де насмерть згоре скит, в том учитель в их же ските научен» [27]. Наставником самосожигателей, погибших в Мезенском уезде в 1744 г., стал выходец с Выга Иван Акиндинович [17]. Уцелевшие во время самосожжений печорские старообрядцы «устремилась в Выговское общежитие, ища в нем себе поддержку и защиту». И неспроста: ведь они подчинялись общежитию «по духовной линии, будучи последователями его вероучения, и отчасти зависели от него в хозяйственно-правовом отношении». Выговские старообрядцы всегда «снабжали их наставниками, оказывали им материальную помощь в трудные минуты жизни» [17].

Самосожжения, таким образом, предстают не как спонтанный акт отчаяния, а как вполне сознательный и продуманный поступок. Для тех, кто искренне уверовал в спасительность самосожжений, «згорелый дом» стал воображаемыми воротами в Царствие Небесное. Но для тех, кто оказался в числе сторонников массового самоубийства по собственной неосторожности или в силу нелепого стечения обстоятельств, он превратился в место страшной пытки огнем и гибели. Смерть моментально уравнивала тех и других, но ей всегда предшествовала длительная, кропотливая подготовка, которая превращала умирание в искусство, требующее богословских, технических, психологических и военных познаний.

Литература:

1. Акты, относящиеся к расколу в Сибири // Дополнения к актам историческим, собранные и изданные Археографическою комиссиею. — СПб., 1867. — Том 10, № 3.
2. Беликов Д.Н. Старинный раскол в пределах Томского края. — Томск, 1905. — 232 с.
3. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. — СПб., 1908. — 176 с.
4. Богданов С.В. Темпоральные характеристики самоубийств в российской провинции второй половины XIX века (на материалах Курской губернии) // Суицидология. — 2013. — Том 4, № 3. — С. 76-78.
5. Дело о пудоожских раскольниках // Акты исторические, собранные и изданные Археографиче-

- скою комиссиею. – СПб., 1842. – Том 5. – С. 378-394.
6. Демкова Н.С. Из истории ранней старообрядческой литературы. «Жалобница» поморских старцев против самосожжений (1691 г.) // Древнерусская книжность. По материалам Пушкинского Дома. – Л.: Наука, 1985. – С. 48–61.
 7. Демкова Н.С., Ярошенко Л.В. Малоизвестное старообрядческое сочинение середины XVIII в. «История пострадавших отец Филиппа и Терентия» // Рукописное наследие Древней Руси. По материалам Пушкинского Дома. – Л.: Наука, 1972. – С. 174-209.
 8. Демкова Н.С. О начале Выговской пустыни: Малоизвестный документ из собрания Е.В. Барсова // Памятники литературы и общественной мысли эпохи феодализма. – Новосибирск: Наука, 1985. – С. 244.
 9. Димитрий Ростовский. Розыск о раскольнической брынской вере, о учении их, о делах их, и изъявление, яко вера их неправа, учение их душевредно, и дела их не богоугодны. – М., 1855. – 614 с.
 10. Добротворский И.О самосожигательстве раскольников // Православный собеседник. – 1861. – Том 1. – С. 433–453.
 11. Есипов Г. Самосожигатели // Отечественные записки. – 1863. – № 2. – С. 605-627.
 12. Загоскин Н. Самосожигатели. Очерк из истории русского раскола // Литературный сборник «Волжского вестника». – 1883. – Том 1. – Вып. 1. – С. 165-204.
 13. Иоаннов А. Полное историческое известие о старообрядцах, их учении, делах и разногласиях. Собранные из потаенных старообрядческих преданий, записок и писем, церкви Сошествия Святого духа, что на Большой Охте, протоиереем Андреем Иоанновым и на три части разделенное. – СПб., 1794. – 172 с.
 14. История Выговской старообрядческой пустыни. Издана по рукописи Ивана Филиппова. Издана по рукописи Ивана Филиппова. – СПб., 1862. – 383 с.
 15. Катаяла К. Дымом в Царствие Небесное. Самосожжения староверов в Шведской Карелии в конце XVII в. // Выговская поморская пустынь и ее значение в истории России: Сб. научных статей и материалов. – СПб.: Дмитрий Буланин, 2003. – С. 25-39.
 16. Лопарев Хр. Предисловие // Отразительное писание о новоизобретенном пути самоубийственных смертей: Вновь найденный старообрядческий трактат против самосожжений 1691 г. / Сообщ. Х. Лопарев. – СПб., 1895. – 160 с.
 17. Мальшев В.И. Усть-Цилемские рукописные сборники XVI-XIX в. – Сыктывкар, 1960. 236 с.
 18. Островский Д. Каргопольские «бегуны» // Олонекские епархиальные ведомости. – 1900. – № 11. – С. 418–421.
 19. Отразительное писание о новоизобретенном пути самоубийственных смертей: Вновь найденный старообрядческий трактат против самосожжений 1691 г. / Сообщ. Х. Лопарев. – СПб., 1895. – 160 с.
 20. Паскаль П. Протопоп Аввакум и начало Раскола. – М.: Знак, 2011. – 680 с.
 21. Покровский Н.Н., Зольникова Н.Д. Староверы-часовенные на востоке России в XVIII-XX вв. Проблемы творчества и общественного сознания. – М.: Наука, 2002. – 471 с.
 22. Пругавин А. Самоистребление. Проявления аскетизма и фанатизма в расколе. (Очерки, аналогии и параллели) // Русская мысль. – 1885. – Кн. 1. – С. 77–111.
 23. Пулькин М.В. Самосожжения старообрядцев в конце XVII–XVIII в. // Новый исторический вестник. – 2006. – № 1 (14). – С. 5–13.
 24. Пулькин М.В. Дело о самосожжении старообрядцев в мае 1784 г. // Исторический архив. – 2007. – № 2. – С. 205–210.
 25. Пулькин М.В. Слухи о самосожигателях: истоки, достоверность, фиксация и использование (конец XVII–XVIII в.) // Традиционная культура. – 2011. – № 1. – С. 143–149.
 26. Пулькин М.В. Самосожжения старообрядцев: проблемы историографии // Религиоведение. – 2012. – № 2. – С. 33–42.
 27. Российский государственный архив древних актов. Ф. 159. Оп. 3. (лист и номер дела указаны в тексте статьи).
 28. Русское старообрядчество: светское и церковное законодательство XVII–XVIII вв. Авт.-сост. Р.В. Кауркин, Е.П. Титков, С.Р. Савенкова, А.В. Морохин. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородского ун-та, 2008. – 312 с.
 29. Сапожников Д.И. Самосожжение в русском расколе (со второй половины XVII в. до конца XVIII в.). Исторический очерк по архивным документам. – М., 1891. – 126 с.
 30. Сенатский указ «О недопускании раскольников строиться в особливых отдаленных местах и производить там самосожжения» // Полное собрание законов Российской империи. Собрание 1. – СПб., 1830. – Том XIV. – № 10585.
 31. Сырцов И. Самосожигательство сибирских старообрядцев в XV и XVIII столетиях // Тобольские епархиальные ведомости. – 1887. № 19-20. С. 357.
 32. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 26–34.
 33. Шашков А.Т. Неизвестная «гарь» 1685 г. в верховьях Кокшеньги (к изучению истории старообрядческих самосожжений конца XVII в.) // Проблемы истории, русской книжности, культуры и общественного сознания. – Новосибирск: Наука, 2000. – С. 104-111.
 34. Юхименко Е.М. Изветные челобитные на выговских старообрядцев 1699 г. // Старообрядчество в России (XVII-XVIII вв.). М.: Церковь, 1994. С. 200.
 35. Юхименко Е.М. Каргопольские «гари» 1683-1684 гг. (К проблеме самосожжений в русском старообрядчестве) // Старообрядчество в России (XVII-XVIII вв.). – М.: Церковь, 1994. – С. 120-138.
 36. Яковлев Г. Извещение праведное о расколе беспоповщины. – М., 1888. – 124 с.

OLD BELIEVERS BUILT FOR SELF-
IMMOLATIONS (XVII-XVIII centuries)

M. V. Pulkin

Research is devoted to the technical problems of the organization of ritual suicide on religious grounds. Revealed that necessary for the success of the "burnt" special steel construction, design features which prevented

the arrest as supporters gathered for self-immolation Old Believer faith and escape those last minutes showed cowardice. At the same time the architectural features "zgoirelyh houses" significantly changed over time, acquiring more modest scale.

Keywords: suicide, the Old Believers, the preaching, the peasants, prevention, mentors, leaders, Christianity.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы, по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.
2. Агрессия (ауто-; гетероагрессия и др.).
3. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.
4. Методы превенции и коррекции.
5. Социальные, социологические, правовые аспекты суицидального поведения.
6. Педагогика и агрессивное поведение, суицид.
7. Историческая суицидология.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте elibrary.ru В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале, подразумевает его согласие на размещение статьи и контактной информации на данном сайте.

3. На титульной странице указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается резюме объемом до 120 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.

Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

10. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи.

В списке перечисляются в *алфавитном порядке* сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц;

б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»;

в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

12. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

13. *Статьи*, поступившие в редакцию, подлежат *рецензированию*. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала.

14. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

16. Плата за публикацию не взимается.

Статьи в редакцию направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология» или по e-mail: sibir@sibtel.ru